



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado



Presentado por:

D./Da MARTA SORO GARCÍA

Tutor/a:

D./Da ESPERANZA DONGIL
COLLADO

Valencia, a 3 de junio de 2019

PROPUESTA DE PROGRAMA ANTE DUELO POR SUICIDIO: PREVENCIÓN DEL DUELO PATOLÓGICO

RESUMEN

El duelo es la reacción emocional ante la pérdida de algo valioso o significativo. Sin embargo, generalmente el término duelo se emplea para referirse a la pérdida de un ser querido. Por tanto, el duelo no es una enfermedad, ni una entidad psicopatológica, sino una respuesta emocional natural ante una experiencia vital estresante. Distintas corrientes de la psicología han tratado de establecer un modelo explicativo sobre el proceso de duelo, de modo que se distingue entre los modelos psicodinámicos, los modelos humanistas y los modelos cognitivos. Uno de los tipos de pérdida que con mayor probabilidad puede aumentar el riesgo de desarrollar un duelo patológico es el duelo por suicidio de una persona querida. El duelo por suicidio constituye una de las pérdidas más dolorosas, desbordantes y complejas de afrontar por parte de los allegados. Por ende, el programa propuesto tiene como objetivo principal reducir el riesgo de duelo patológico en los familiares y allegados en duelo por suicidio, haciéndoles comprender el proceso de duelo que están experimentando. Para ello, se llevará a cabo un programa compuesto por 9 sesiones en las que se abordarán distintos aspectos importantes del duelo normal y adaptativo, del duelo por suicidio y del duelo patológico o complicado, con el objetivo de detectar y prevenir el desarrollo de este último en los participantes.

Palabras clave: duelo, suicidio, prevención, patológico, programa, muerte traumática

ABSTRACT

Grief is the emotional reaction to the loss of something valuable or meaningful. However, the term grief is generally used to refer to the loss of a loved one. Grieving is therefore not a disease, nor a psychopathological entity, but a natural emotional response to a stressful life experience. Different currents of psychology have tried to establish an explanatory model on the grieving process, so that one distinguishes between psychodynamic models, humanist models and cognitive models.

One of the types of loss that is most likely to increase the risk of developing a pathological duel is the suicide duel of a loved one. Suicide grief is one of the most painful, overwhelming and complex losses faced by those close to us. Therefore, the proposed program has as its main objective to reduce the risk of pathological grief in relatives grieving by suicide, making them understand the grieving process they are experiencing. To this end, a programme will be carried out consisting of 8 sessions that will address various important aspects of normal and adaptive mourning, suicide mourning and pathological or complicated dueling, with the aim of detecting and preventing the development of a complicated duel in the participants.

Key words: grief, suicide, prevention, pathological, death, traumatic death

Introducción

El duelo y las pérdidas

Etimológicamente, el término duelo proviene del latín “dolus” que significa dolor, desafío o combate. Dicho término es entendido como la reacción emocional que se genera en el individuo tras la pérdida de algo significativo (Neimeyer, 2007). Por tanto, el concepto de duelo y el de pérdida se encuentran íntimamente relacionados, ya que cuando se hace referencia al duelo, este puede referirse a diferentes tipos de pérdidas (Bonanno y Kaltman, 2001), aunque generalmente el concepto de duelo se emplea para referirse a la pérdida de un ser querido, entendiendo así el duelo como la experiencia de adaptación a una nueva realidad en la que el ser querido ya no está presente. El duelo es por tanto una respuesta emocional normal ante una pérdida importante, cuya intensidad dependerá entre otros factores, de las circunstancias que rodearon la pérdida, la fuerza del apego que se tenía con el fallecido, y de los rasgos de personalidad que posea el individuo, (Echeburúa y Herrán, 2007). Por tanto, el duelo no es una enfermedad, ni una entidad psicopatológica, sino una respuesta emocional natural ante una experiencia vital estresante (Cabodevilla, 2007).

No obstante, existen diferentes tipos de pérdidas a los que el duelo puede hacer alusión directa, estos son los siguientes: pérdidas relacionales cuando se refiere al fallecimiento de un ser querido, al cese de una relación amorosa, o a la migración entre otros, pérdidas materiales cuando se alude a una pérdida de carácter simbólico como una herencia o un objeto, pérdidas intrapersonales cuando se refiere a desengaños o a la propia imagen del individuo, y finalmente las pérdidas evolutivas, las cuales hacen referencia a una pérdida inevitable en el individuo como consecuencia de una transición en el ciclo vital (Chaurand, Feixas y Neimeyer, 2011). Conocer los distintos tipos de pérdida es imprescindible para comprender las distintas reacciones que se dan ante cada una de ellas y por ende en el individuo que las experimenta (Guic 2014; Salas 2016). Muchos son los autores que han tratado de conceptualizar el duelo desde distintos enfoques (Freud, 1917; Klein, 1938; Lindemann, 1944; Kübler-Ross, 1969; Worden 1998). Finalmente, todos estos autores coinciden en que el duelo es un proceso adaptativo en la vida del individuo que se desencadena tras la pérdida de una figura significativa y que requiere de una serie de adaptaciones tanto internas como externas para poder resolverse. Asimismo, otros autores entienden el duelo como el conjunto de procesos psicológicos que se originan en el individuo tras una pérdida y que producen una alteración en el sistema comportamental del apego (Bowlby, 1980). Por ende, el duelo no representa una entidad psicopatológica puesto que no necesariamente lleva asociados síntomas clínicos. Además de ello, posee un carácter multidimensional, afectando al individuo en múltiples dimensiones: física, cognitiva, relacional y espiritual (Payás, 2010).

Modelos explicativos del duelo

Actualmente, no existe una única teoría o modelo general que englobe todas las conceptualizaciones relativas al duelo, sin embargo, se retroalimentan entre sí. El plano psicoanalítico es el que predomina de base en todas las investigaciones. Por ello, es imprescindible partir desde el mismo para comprender la evolución que ha experimentado el propio proceso (Porta, Romero y Oliete, 2008). Es importante añadir, que el proceso del duelo ha sido explicado cronológicamente en función de etapas, fases y tareas (Montés, Jiménez y Jiménez, 2019). A continuación, se expondrán los modelos teóricos más relevantes.

Modelos psicodinámicos

Originariamente, desde el enfoque psicoanalítico, el proceso del duelo era definido y estudiado en base a los mecanismos intrapsíquicos universales que subyacen a todo ser humano, concediéndole gran importancia a los conceptos de depresión y obsesión (García, 2013). En el campo de estudio psicoanalítico, se parte de la definición de Freud, quien describió el duelo como una reacción frente a la pérdida de una persona amada o de la propia libertad, o de un ideal, etc. (Freud (1917)). Esta definición dio paso a la primera distinción entre duelo normal y patológico, al afirmar que el individuo puede mostrar resistencia a la hora de abandonar una posición libidinal. En este caso, se generaría un estado próximo a la melancolía, la cual es definida como una perturbación o disminución del amor propio. Estableció como objetivos de la elaboración del duelo, la retirada de la libido inmersa en el objeto, y su liberación hacía otra fuente. Por tanto, la resolución del duelo llega cuando la realidad de la no existencia del objeto acaba imponiéndose (Freud, 1917). Más tarde, continuando en la línea psicoanalítica, Melaine Klein, aportó su visión sobre el proceso del duelo, incorporando en su obra *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*, los conceptos de posición depresiva infantil y estados maníaco depresivos. Por lo que finalmente establece que dependiendo de cómo se procese el duelo en la infancia, este será más o menos complicado en la etapa adulta (Klein, 1938). De igual forma, establece que la persona en duelo experimenta un mayor malestar cuando concibe que las fantasías inconscientes con el fallecido no podrán cumplirse lo que genera la aparición de la posición depresiva. En definitiva, para la autora un duelo reactiva experiencias infantiles dolorosas y dependiendo de cómo estas hayan sido resueltas en la infancia, se avanzará hacia una adecuada o inadecuada resolución del duelo que se está experimentando actualmente. De manera análoga, Erich Lindemann (1944) incorpora al modelo propuesto por Freud, la concepción de duelo como un proceso psicológico pasivo y universal, en el cual se produce un acontecimiento no deseado, que conlleva a la aparición de reacciones involuntarias. Estas reacciones, serán las responsables de la elaboración del propio duelo. Su postura se basó en la defensa del concepto de “desapego” el cual define como el desprendimiento del lazo afectivo con el fallecido.

La Teoría del apego

Dentro del paradigma psicodinámico surgió la figura de John Bowlby (1977). Este autor reconoció la influencia de otras disciplinas como la psicología cognitiva y definió el duelo como el cómputo de procesos psicológicos que se desencadenan a partir de la pérdida de un ser querido. No obstante, se centró en el estudio de la tendencia del ser humano a establecer vínculos afectivos, y por ende, en las repercusiones que se derivaban de la fragmentación o amenaza de los mismos. Por lo que finalmente, desarrolla la denominada “teoría del apego” basándose en los trabajos de Lorenz con animales, y en los de Harlow con crías de monos (Bowlby, 1980). En esta teoría, señala que el apego surge de la necesidad de seguridad, y que suele dirigirse a unos pocos individuos concretos, perdurando durante un largo periodo de tiempo. El establecimiento de estos vínculos, no solo se considera normal en los niños sino también en los adultos, y generalmente suelen desarrollarse a corta edad. Si esta figura desaparece, la reacción generalmente es de ansiedad intensa y fuerte protesta emocional (Bowlby, 1977). Por ello, una crianza inadecuada, puede provocar que el individuo establezca vínculos de apego ansiosos o débiles (Winnicott, 1953). En consecuencia, la incapacidad para deshacer los vínculos de apego con el fallecido, puede convertirse en la causa de un duelo complicado, ya que el individuo mantiene un impulso de búsqueda no adaptándose a la realidad circunstante (Bowlby, 1980, 1993).

Modelos humanistas

Los modelos humanistas, conciben el duelo como un proceso de equilibrio entre el funcionamiento del individuo y su entorno. Por tanto, el superviviente debe interpretar y adaptarse a la pérdida para retomar así, el valor de su existencia (Pérez 2016; Atehortua 2016). Cada individuo vive la misma experiencia de pérdida sin embargo asumen el duelo de forma distinta en función de sus experiencias previas, su cultura y sus creencias (Allport 1957; Worden 2009). De la mano de Kübler Ross (1969) se alude de forma directa a la terapia de la gestalt, haciendo referencia al duelo desde una perspectiva intrapersonal y humanista, en la que es el individuo mismo el que trata de asumir su propio duelo, su partida, porque es consciente de que va a morir.

De este modo, el concepto de duelo es entendido como un proceso que integra una serie de etapas relativamente universales, las cuales son las siguientes: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación.

Modelos cognitivos

Los modelos cognitivos entienden el duelo como un proceso más enérgico y particular, modificando el concepto de fases o etapas, por el de tareas. Su máximo exponente es Worden (1997). Para este autor las tareas son las siguientes: aceptar la realidad, elaborar el dolor de la pérdida, adaptarse a un mundo sin el fallecido y hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva. Las tareas finalizan cuando se ha logrado hallar un lugar adecuado para el fallecido en la vida emocional del superviviente. Es posible seguir manteniendo todo lo que nos ha aportado en vida el fallecido, incorporándolo a nuevas pautas de vida que incluyan las relaciones transformadas pero duraderas, con las personas que nos han importado y a las que hemos amado (Attig, 1996).

Manifestaciones del duelo normal

Las reacciones emocionales que suelen darse con mayor frecuencia en un duelo normal son los sentimientos de tristeza, ira, culpa, remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, shock y añoranza, etc. (Worden, 2013). A nivel físico, el individuo puede experimentar reacciones tales como: vacío en el estómago, presión en el pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, dificultad para respirar con normalidad, debilidad muscular, falta de energía y sequedad bucal (Lindemann, 1944). Finalmente, a nivel cognitivo puede darse incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia, así como alucinaciones visuales y auditivas. Finalmente, a nivel conductual pueden aparecer trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, retraimiento, hiperactividad y agitación, conductas de búsqueda y llanto (Winnicott, 1953).

Tabla 1

Manifestaciones del duelo normal en adultos

Físicas	Cognitivas	Conductuales
Vacío en el estómago	Incredulidad	Trastornos del sueño
Presión en el pecho y garganta	Confusión	Trastornos alimentarios
Hipersensibilidad al ruido	Preocupación	Conducta distraída
Despersonalización	Sensación de presencia	Retraimiento
Dificultades respiratorias	Alucinaciones visuales y auditivas	Hiperactividad
Ansiedad	Culpa y remordimiento	Agitación
Debilidad muscular	Anhedonia	Conductas de búsqueda y llanto
Falta de energía	Añoranza	
Sequedad bucal		

Nota. Fuente: (Worden, 2013) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Mediadores del duelo

Tras una pérdida, existen una serie de mediadores que van a marcar las diferencias individuales, y por tanto, la forma en que se va a desarrollar el proceso de duelo en el individuo. El primero de ellos hace referencia al cómo era la persona fallecida, es decir, como era la relación del superviviente con el fallecido. El segundo mediador se corresponde con la naturaleza del apego la cual incorpora: la fuerza del apego, la seguridad del apego, ambivalencia de la relación, los posibles conflictos con el fallecido y las relaciones de dependencia (Worden, 2013). En algunos casos, el individuo puede llegar a sentir emancipación si la relación con el fallecido era ambivalente; alivio si la muerte se ha producido tras una larga y dolorosa enfermedad e insensibilidad a causa del embotamiento que genera la situación (Cabodevilla, 2007). El tercer mediador, hace referencia a las circunstancias de la muerte. Habitualmente, las muertes se suelen clasificar en función de las categorías “NASH”: natural, accidente, suicidio y homicidio. De este modo, dependiendo de la tipología de la muerte, el duelo será más o menos complejo de afrontar (Bonanno y Kaltman, 2001).

De igual forma, existen una serie de dimensiones asociadas a la intensidad del mediador, estas son las siguientes: proximidad del acontecimiento, muerte inesperada o repentina, muerte violenta o traumática, pérdida múltiple, muerte evitable, muerte ambigua y muerte estigmatizada. El cuarto mediador, se corresponde con los antecedentes históricos, es decir, cómo la persona ha afrontado los posibles duelos de su pasado y si se han resuelto de forma adecuada. Otra variable relevante sería, si la persona presenta un historial anterior de depresión o ansiedad. El quinto mediador se relaciona con las variables de personalidad que pueden influir en la forma de afrontar el duelo, estas son las siguientes: edad, sexo y estilo de afrontamiento (Winnicott 1953). Por último, el sexto y el séptimo mediador se asocian con las variables sociales relativas al apoyo percibido, y las tensiones concurrentes que se puedan generar tras la pérdida del ser querido, las cuales contribuyan a incrementar el dolor experimentado (Weber 1998; Worden,2013).

Duelo complicado o patológico

La literatura suele diferenciar entre el duelo como una respuesta natural normal ante una pérdida significativa y que por tanto no se considera una enfermedad, y el duelo como una respuesta no natural o anormal ante una pérdida importante. Este tipo de respuesta no natural se suele describir o señalar como duelo patológico, duelo complicado o no resuelto. Se trata de conceptos sinónimos o afines que intentan explicar las diferencias en la respuesta emocional de los individuos en función de las circunstancias que rodeen la pérdida (Falagán, 2014), aunque generalmente se suele utilizar el término *duelo patológico*. Por ejemplo, la intensidad de la respuesta emocional no será igual ante una pérdida natural, como la muerte de un anciano, que ante la pérdida de un hijo. Así, las personas que sufren este tipo de pérdida podrán ser más vulnerables a desarrollar un duelo patológico. Este tipo de duelo suele darse ante situaciones que han supuesto un estrés desproporcionado en el individuo y que finalmente terminan por cronificarse durante años. Presenta síntomas poco frecuentes en el duelo normal como pueden ser alucinaciones o ideas delirantes, además de sentimientos de culpabilidad, inutilidad o deseos intensos de morir. Las pérdidas por suicidio; muerte repentina, síndrome de la muerte infantil súbita, aborto natural, muerte perinatal, aborto provocado, muerte esperada o sida, son las que constituyen la categoría de duelo por pérdidas especiales y con mayor frecuencia terminan en duelo complicado (Echeburúa y Herrán, 2007).

En definitiva, el duelo complicado es definido como la intensificación del proceso de duelo que no sigue un curso normal, de manera que el individuo recurre a comportamientos desadaptativos o se implica de manera estable en las reacciones del duelo, impidiendo así su resolución (Horowitz, 1980). Por tanto, ante un duelo complicado, debe seguirse una intervención enfocada a nivel individual para adaptarse a las necesidades específicas del individuo y/o grupal para proporcionar apoyo social. En ocasiones, una combinación de ambas es la mejor de las opciones ya que el sujeto puede beneficiarse de las ventajas de los dos tipos de tratamiento (Barreto y Soler, 2004). Los objetivos que se persiguen con la intervención son: disminuir la ansiedad y la tristeza, aumentar la autoestima, promover el apoyo social/familiar, mejorar la calidad de vida y prevenir la cronificación de los síntomas (Rando, 1993). Existen distintas clasificaciones del duelo patológico. Una de las más reconocidas en la literatura es la clasificación de Worden (2013). Este autor señala cuatro categorías o tipos de duelo patológico: reacciones de duelo crónicas, reacciones de duelo retrasadas, reacciones de duelo exageradas y reacciones de duelo enmascaradas.

Tabla 2

Reacciones del duelo complicado/patológico

Duelo exagerado	Duelo retrasado	Duelo crónico	Duelo enmascarado
Desbordamiento emocional	Reacción emocional nula ante el acontecimiento	Perdura más de un año	Respuesta emocional ténue
Conducta desadaptativa	Distanciamiento o conductual	Pensamientos recurrentes e intrusivos	Síntomas somáticos como expresión del duelo
evitativa	Negación	Rabia	Ansiedad
Trastornos clínicos como depresión, ataques de pánico, fobias o estrés postraumático	Manifestaciones propias del duelo tras varias semanas o meses	Autorreproches	Cefaleas
		Conducta disruptiva	Gastroenteritis
		Aislamiento	

Nota. Fuente: (Vedia, 2016) Duelo patológico: factores de riesgo y protección. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia 6(2)

Comorbilidad del duelo con otros trastornos

El duelo normal puede presentar comorbilidad con determinados trastornos como depresión mayor, ansiedad, fobias específicas o consumo de alcohol y/o otras sustancias. Pero en la esfera del duelo patológico, la comorbilidad suele darse en una proporción mayor, especialmente el trastorno de depresión mayor, el consumo de sustancias, y además el trastorno de estrés postraumático cuando la muerte tuvo lugar en circunstancias traumáticas y/o violentas (Robinson y Fleming, 1992; Wakefield, 2007; Worden y Silverman, 1993; Zisook y Knedler, 2007).

El duelo en el DSM y la CIE-10

Como se ha comentado, el duelo no constituye una entidad psicopatológica, sino una respuesta adaptativa normal, salvo en aquellos casos en los que se desarrolle una perturbación mental intensa que dificulte sustancialmente la vida del individuo (Montés, Jiménez y Jiménez, 2019). Por ello, en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), no se establecen unos criterios diagnósticos firmes del mismo y se le incluye dentro de una categoría adicional para el estudio cuando se trata de duelo complicado o patológico. De este modo, la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica el duelo complicado en el DSM-IV, dentro de la categoría de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE 10 clasifica este tipo de duelo en la categoría de trastornos adaptativos (Guic y Salas, 2016). En la nueva versión DSM-5, los criterios diagnósticos que se establecen en la categoría de afecciones que necesitan más estudio para el trastorno de duelo complejo persistente, son los siguientes:

Tabla 3

Criterios diagnósticos trastorno duelo complejo persistente. DSM-5.

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido

2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte
 3. Preocupación en relación al fallecido
 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte
- C. Después de la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos y 6 meses en el caso de niños:
- Malestar reactivo a la muerte
1. Importante dificultad para aceptar la muerte
 2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida
 3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido
 4. Amargura o rabia en relación a la pérdida
 5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte
 6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida
- Alteración social de la identidad
7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido
 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento
 9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte
 10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido
 11. Confusión acerca del papel de uno en la vida o una disminución del sentimiento de identidad propia
 12. Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro desde la pérdida
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su edad

Especificar si debido a:

Duelo traumático

Nota. Fuente: American Psychiatric Association (2013). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Madrid: Panamericana.

Evaluación del duelo patológico

En cuanto a la evaluación del duelo patológico, cabe señalar que resulta un tanto compleja dado que el duelo en sí mismo constituye un proceso de marcado carácter individual, por lo que no se siguen unas pautas concretas y estandarizadas de riguroso seguimiento para todos los individuos. Asumiendo así, que cada persona procesa el duelo de forma distinta la cual puede ser más o menos adaptativa (Gil-Julià, Bellver y Ballester 2008). En primera instancia lo que debe hacerse es recopilar la mayor cantidad de información posible mediante el uso de cuestionarios, autorregistros, entrevistas y/o genogramas. Lo más importante es evaluar si el duelo sigue un curso normal, o si por el contrario presenta características propias o cercanas al duelo complicado (Chaurand, Feixas y Neimeyer, 2010). Para evaluar el curso que sigue el duelo en un individuo y si este es proclive a sumergirse en la esfera de duelo complicado, se emplean algunos de los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado. CRDC (Parkes y Weiss, 1983). Consta de 8 ítems con escala tipo likert y evalúa síntomas de riesgo de duelo complicado en atención primaria.
- Bereavement Risk Index. BRI (Kristjanson, Cousins, Smith y Lewin, 2005). El siguiente cuestionario es cumplimentado por un profesional tras el contacto directo con el individuo y la familia, y consta de 8 ítems tipo likert que evalúan alto, moderado y bajo riesgo de duelo complicado (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2012).
- Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo. VRCD (Barreto y Soler, 2008). Este cuestionario es más completo ya que consta de 19 ítems tipo likert evaluando de igual forma predictores de riesgo de duelo complicado.

Duelo patológico por suicidio

Uno de los tipos de pérdida que con mayor probabilidad puede aumentar el riesgo de desarrollar un duelo patológico es el duelo por suicidio de una persona querida. El duelo por suicidio constituye una de las pérdidas más dolorosas, desbordantes y complejas de afrontar por parte de los allegados. Concretamente, según la Escala NASH, es el tipo de duelo más difícil de elaborar después del homicidio (Acinas, 2011). Aunque, el duelo por desaparecidos es considerado el más complejo de todos, dado que, al no aparecer el cuerpo, resulta muy difícil iniciar el duelo y con ello su resolución.

La compleja profundidad del acto sumerge al núcleo sociofamiliar del individuo en un cómputo de emociones muy intensas que en multitud de ocasiones generan shock, aturdimiento, desconcierto, búsqueda de una explicación racional del suceso que en muchos casos desgraciadamente nunca llega, lo cual acrecienta aún más la desesperación y el dolor emocional (Cain 1972; Acinas, 2011). Todas estas reacciones de tan elevada intensidad convierten este tipo de duelo en un estresor que debe resolverse adecuadamente para evitar la aparición de consecuencias graves en los allegados o el enquistamiento en un dolor permanente que acaba por matar en vida a los supervivientes (Worden, 2013).

Suicidio

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud. OMS (1976), como un acto con resultado letal, deliberado y realizado por el propio individuo, siendo consciente de sus consecuencias y a través del cual espera obtener los cambios deseados. A su vez, el parasuicidio o intento de suicidio, es definido como un acto sin resultado letal caracterizado por las autolesiones o ingesta de sustancias con el fin de provocar cambios en el organismo mediante el acto.

Epidemiología del suicidio

Desde el año 2010, el suicidio se establece como la principal causa de muerte externa en España, siendo así la principal causa absoluta de muerte en varones de entre 15 y 29 años, y la segunda en mujeres de ese mismo rango de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2010). En 2014 se registraron en España 3602 muertes por suicidio siendo en un 75% hombres y en un 25% mujeres. Lo cual implica alrededor de 10 muertes al día. Más tarde en 2015 se produjo un leve descenso de muertes por suicidio, concretamente, 308 casos menos, continuando con una tendencia mayormente elevada en hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Sin embargo, según arrojan los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística. INE (2017), cada año mueren a causa del suicidio en España, un total de 3.679 personas. Estas cifras implican alrededor de unas 10 muertes al día y han supuesto un incremento del 3,1% respecto al año anterior. De este total de población, 2718 son hombres, y por ende, 961 son mujeres. Esto supone que en un 73,87% son hombres y en un 26,12% mujeres.

El rango de edad en el que se registran mayor número de actos suicidas corresponde al comprendido entre los 50 y los 54 años, seguido en orden decreciente del de 45 a 49 años. Por tanto, el suicidio es una de las principales causas de muerte no natural en España, superando incluso a las 1943 muertes por accidentes de tráfico registradas en 2017. Los métodos mayormente empleados por los varones son el ahorcamiento y las armas, mientras que en el caso de las mujeres son la ingesta de fármacos y el salto al vacío (Instituto Nacional de Estadística, 2017). En el rango comprendido entre 2015 y 2017, las comunidades autónomas con mayor porcentaje de suicidios son en orden decreciente Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana. Finalmente, en lo que se refiere a países exsoviéticos, los mayores porcentajes de suicidio se registran en Lituania, Rusia, Eslovenia y Hungría, mientras que en los países orientales, los mayores porcentajes corresponden a Corea del Sur y Japón (Instituto Nacional de Estadística 2015; 2017).

Consecuencias del suicidio en los supervivientes

Tras un intento de suicidio consumado o no consumado, se desarrollan una serie de consecuencias en el individuo, pero también en su núcleo familiar y social. A nivel individual, pueden darse lesiones físicas y/o psíquicas, así como sentimientos de culpabilidad y vergüenza, si finalmente el episodio no tuvo graves consecuencias (Federación Mundial para la Salud Mental, 2010). Todo ello sumado a la estigmatización y distanciamiento de la sociedad hacia la familia, ya que estos se muestran benevolentes durante unos meses, pero seguidamente se retiran y es la familia la que debe hacer frente al duelo por sí misma. Esta pérdida genera una gran cantidad de reacciones, entre las más comunes se encuentran el estado de shock inicial, la incredulidad y la culpa (Acinas, 2011). Cuando el sentimiento de culpa deriva en rumiaciones constantes y en cuestionamientos sobre uno mismo y sobre lo que podría haber hecho para evitarlo, los individuos tienden a recurrir a conductas de riesgo para la salud. Por ello, es muy importante despersonificar la culpa y promover la comunicación entre los allegados. En ocasiones puede generarse una cobertura sensacionalista de los medios de comunicación lo que contribuye al malestar de la familia.

En muchos casos, los allegados no han sabido percibir el riesgo o el malestar que se estaba gestando en el individuo, de ahí que surjan sentimientos de culpabilidad, impotencia y traición (Federación Mundial para la Salud Mental, 2010). Las preguntas: ¿Qué hice?, ¿Qué no hice?, ¿Qué dije?, ¿Qué no dije?, ¿Podría haber hecho algo para evitarlo?, aturden al núcleo tanto familiar como social del individuo y suscitan una disfuncionalidad en su día a día al sentirse en parte responsables (Garcíandía, 2013).

La familia debe convivir con los sentimientos de enfado, rabia, y miedo al sentirse enfrascados en una atmósfera gris, dónde todo parece apuntarles con un foco. El acontecimiento genera un estigma en la familia que tiende a categorizarlos de gente perturbada o rara que ha atentado contra su vida quebrantando así los valores morales establecidos en la sociedad. Esta estigmatización arrastra a todas las generaciones futuras, así como a la familia y amigos (Winnicott, 1953). Por ende, los allegados al individuo que ha cometido la conducta suicida, presentan mayor probabilidad de padecer estrés postraumático, ansiedad y depresión, lo que finalmente incrementa el riesgo de sufrir un duelo complicado (Rando, 1993). En definitiva, se hace notable la necesidad de soporte psicológico durante todo el proceso, especialmente en los casos de familiares o amigos con antecedentes psiquiátricos, los cuales son más vulnerables a las consecuencias negativas descritas.

Programas revisados sobre duelo por suicidio

Con el fin de conocer los distintos tipos de programa tanto de intervención como de prevención ante un duelo patológico por suicidio, se ha llevado a cabo una revisión en la literatura científica, en las siguientes bases de datos: EBSCO, Web of Science, Redalyc y Scopus, entre otras. Para realizar esta revisión se han empleado una serie de operadores booleanos tales como “Not”, “Or”, y/o “And”, haciendo énfasis en la búsqueda de los siguientes términos clave: “Duelo”, “Tratamiento”, “Prevención”, “Patológico”, “Suicidio” y “Programa”. Tras la revisión y análisis de los resultados, no se han encontrado protocolos, programas de prevención o tratamientos específicos para el duelo patológico por suicidio.

Si se ha observado que las pautas de actuación ante un proceso de duelo y ante un duelo patológico, se basan principalmente en modelos humanistas, como la Gestalt, la Logoterapia, o el Modelo integrativo relacional, aunque el tratamiento mejor establecido parece ser el cognitivo conductual (Worden, 2013). Todos estos modelos comparten una serie de objetivos comunes, centrados en ayudar a comprobar la realidad de la culpa propia o ajena, corregir la negación y las posibles distorsiones cognitivas, explorar fantasías de futuro, trabajar la ira, comprobar la realidad de la sensación de abandono y finalmente, ayudar a que el superviviente le otorgue un significado a la pérdida (Cain, 1972; McIntosh y Kelly, 1992; Werth, 1999; Callahan, 2000; Quayle, 2007).

Dentro de estos modelos humanistas, la logoterapia concibe el abordaje del duelo planteando que el individuo acepte la realidad, se enfrente a ella como única alternativa y se desvincule de la figura de apego, readaptándose a la nueva vida sin el fallecido, tomando conciencia de la transición que supone este proceso (Frankl, 2009). El modelo integrativo relacional, procedente de la Gestalt y de la terapia existencial y transpersonal concibe el abordaje del duelo desde un modelo integrativo, en cuanto a que incorpora una visión global de la experiencia del duelo, no limitándose únicamente al acontecimiento sino a las circunstancias que lo envuelven y que pueden estar generando aún más aturdimiento. Por otro lado, se habla de un modelo relacional aludiendo a la necesidad de establecer una buena relación paciente-terapeuta que sea capaz de reforzar el carácter gregario de los seres humanos y por tanto, facilitar el proceso. El abordaje del duelo se sustenta principalmente en cuatro tareas: aturdimiento-choque, protección-evitación, integración-conexión, crecimiento-transformación (Payás, 2012). En cuanto a los modelos cognitivos del duelo, se basan fundamentalmente en los esquemas de creencias disfuncionales, como las ideas irracionales de Ellis, el estilo atribucional externo e incontrolable para el éxito y el fracaso de Weiner, la indefensión aprendida de Seligman los pensamientos distorsionados de Beck, o las tareas propuestas por Worden (Fabry, Bulka & Sahakian, 1995; Meichembaum & Fitzpatric, 1992; Neeld, 1990).

También resaltan los recursos internos del propio individuo, como la capacidad de encontrar sentido a las experiencias, la percepción de control ante la adversidad, la dimensión espiritual, o las habilidades de relación y comunicación con el entorno para reorganizar la vida. Además de las técnicas y procedimientos recogidos en la literatura por los diferentes modelos, existen algunas Guías de práctica clínica pero orientadas al manejo de la conducta suicida y a la prevención del suicidio en los allegados. De modo que no se ha encontrado evidencia de programas o guías focalizadas en la prevención de la sintomatología del duelo patológico en los familiares y allegados en duelo por suicidio. Algunos ejemplos son los siguientes: Después de un intento de suicidio: Guía para cuidar a su familiar después del tratamiento en la sala de emergencias, (Substance Abuse and Mental Health Services Administration ,2009); Enfermedad Mental y Suicidio: Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos, (World Federation for Mental Health ,2010); Preventing suicide: a global imperative, (World Health Organization, 2014). En cuanto a Guías de intervención específicas en duelo por suicidio, solo se ha encontrado la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (2012). Esta guía se centra en las siguientes recomendaciones: reservarse un momento del día para recordar al fallecido y expresarse, plasmar las emociones en un cuaderno, hacer ejercicio aeróbico, utilizar técnicas de relajación, cuidar adecuadamente las horas de sueño, compartir la experiencia en grupos de apoyo, comunicar sus necesidades al resto, evitar la toma de decisiones apresurada, respetar las decisiones de los otros miembros de la familia, no sentirse culpable, entender que su dolor no es patológico, no abusar de fármacos o drogas, solicitar ayuda profesional y finalmente no tratar de buscar explicaciones que probablemente no existan. Además de estas Guías de naturaleza divulgativa, también existen abordajes desarrollados dentro del ámbito privado en centros de atención al duelo que tratan de paliar el dolor de los supervivientes mediante sesiones tanto individuales como grupales.

Cabe mencionar algunos de los más reconocidos: Asociación de Investigación, prevención e intervención del Suicidio (Red AIPIS); Centro de Humanización de la Salud (CHES). Instituto de psicoterapia Integrativa Relacional (IPIR). Asociación Viktor E. Frankl. Asociación Valenciana de Apoyo en el Duelo “CAMINAR”, y finalmente la Asociación Después del Suicidio-Supervivientes (DSAS) de apoyo específico en duelo por suicidio. Todas estas instituciones, poseen un protocolo de actuación similar. En primer lugar, realizan una entrevista con el individuo en duelo en la cual se valora su situación actual, seguidamente se les explica la dinámica del centro y su objetivo durante las sesiones grupales. Las reuniones son periódicas y requieren de un compromiso de asistencia. Estas se centran en que el individuo relate su experiencia frente a individuos en su misma situación, con el objetivo de sentirse respaldado, comprendido y apoyado socialmente. Las técnicas de intervención suelen combinar algunas técnicas de orientación cognitivo-conductual con técnicas procedentes de orientación humanista.

En definitiva, como se ha podido observar, no existe evidencia en la literatura científica, acerca de programas tanto de intervención como de prevención de la sintomatología de duelo patológico ante un duelo por suicidio. No obstante, si se han encontrado programas o pautas de actuación ante un proceso de duelo y ante un duelo patológico, basadas en modelos humanistas, aunque el tratamiento mejor establecido parece ser el cognitivo conductual. También existen algunas Guías de práctica clínica pero orientadas al manejo de la conducta suicida y a la prevención del suicidio en los allegados. De modo que no se ha encontrado evidencia de programas o guías focalizadas en la prevención de la sintomatología del duelo patológico en los familiares y allegados en duelo por suicidio. Finalmente, cabe destacar la existencia dentro del ámbito privado, de centros de atención al duelo que tratan de paliar el dolor de los supervivientes mediante sesiones tanto individuales como grupales.

Justificación

Según datos del Instituto Nacional de Estadística. INE (2010) el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Se estima que en 2020 el número de suicidios consumados será de 1,53 millones. En España, la conducta suicida sigue las pautas del resto del mundo, produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino, cifrándose aproximadamente entre 50 y 90 casos por cada 100.000 habitantes/año. El método más frecuente es la intoxicación con medicamentos, aumentando la tasa de intentos conforme aumenta la edad. El suicidio produce un efecto devastador en la familia y en las relaciones próximas. Preguntas que nunca serán respondidas, sentimientos ambivalentes y contrapuestos de amor-odio-impotencia-resignación. Un entorno social que suele huir de un acontecimiento desgarrador cargado de prejuicios. Un sentimiento de vacío, de tristeza y culpa inconsolable. El duelo por suicidio es uno de los más complejos y difíciles de afrontar. Muchas personas pueden llegar a enfermar repentinamente, desarrollar depresión mayor, o agudizar los síntomas de una enfermedad que ya se padece. Otras pueden implicarse en conductas de riesgo grave para la salud y para la vida orientadas hacia la autodestrucción, como el consumo de sustancias psicoativas, exceso de alcohol, tabaquismo, conducción temeraria, atracones de comida, etc. Los programas tanto de tratamiento como de prevención de esta sintomatología de riesgo en los familiares y allegados en duelo por suicidio son difusos. Las herramientas y técnicas con las que los profesionales cuentan para atender este tipo de casos suelen proceder de diferentes corrientes que, si bien pueden ser eficaces, no existen en la actualidad protocolos de prevención que se centren en detectar y prevenir la aparición de un duelo patológico en los supervivientes. En el presente trabajo se plantea un programa de prevención específico para el duelo patológico por suicidio, intentando incluir el abordaje de las respuestas y manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas fundamentales de este tipo de pérdida: sentimientos de traición, vergüenza, miedo, enfado, las preguntas sin respuesta, el egocidio, el derrumbamiento del sistema de creencias, la dimensión espiritual o las distorsiones cognitivas.

También se pretende proporcionar herramientas de ayuda centradas en las características específicas de cada tipo de pérdida: suicidio de la pareja, de algún hijo, hermanos, padres, amigos, etc. El programa incluye también la detección y prevención de trastornos psicopatológicos graves, como trastornos de ansiedad y depresivos, conductas autodestructivas, fobias, abuso de sustancias e incluso la propia ideación suicida.

Objetivos del programa

Los objetivos que el programa propuesto se propone alcanzar son los siguientes:

- I. **Objetivo general:** Reducir el riesgo de que los participantes en duelo por suicidio desarrollen síntomas de duelo patológico haciéndoles comprender el proceso de duelo que están experimentando.
- II. **Objetivos específicos:**
 - a. Promover la comprensión del duelo como proceso normal y adaptativo
 - b. Facilitar una distinción entre el duelo normal y el duelo complicado o patológico
 - c. Facilitar la comprensión del duelo por muertes traumáticas
 - d. Desmitificar ciertas creencias irracionales y mitos sobre el duelo
 - e. Comprender la interferencia que genera el duelo por suicidio y sus distintas manifestaciones
 - f. Comprender qué es una conducta autodestructiva, por qué se produce y cuáles son las repercusiones que genera en el individuo
 - g. Promover los factores de protección asociados al duelo patológico y facilitar el entendimiento de su abordaje terapéutico

Metodología.

Ámbito de aplicación. Población diana

Este programa va dirigido a adultos mayores de 18 años que actualmente se encuentran en duelo por suicidio. El duelo puede haberse desarrollado a causa del suicidio de un familiar directo como un padre, un hijo o un hermano o por parte de un allegado como una pareja o amigo. El programa se llevará a cabo en formato grupal, concretamente en grupos reducidos de unas 9 o 10 personas aproximadamente. Respecto al ámbito de aplicación, el programa está diseñado para ser implementado primordialmente en el ámbito privado. Se llevará a cabo en un centro específico de atención al duelo, acondicionado con el material necesario para su puesta en marcha. De modo que, a lo largo de las distintas sesiones se emplearán una serie de materiales tales como un *aula con sillas y mesas, un ordenador, una pizarra, tiza, un proyector, bolígrafos, lapiceros, gomas* etc. Por ende, los criterios de inclusión para poder participar en este programa serán los siguientes:

- Ser mayor de 18 años y haber padecido la muerte de un familiar o allegado por suicidio
- Presencia de sintomatología física, cognitiva o conductual asociada al suceso
- Que el duelo por suicidio interfiera negativamente en algún ámbito de su vida (personal, social, familiar etc.)

Por contraposición, los criterios de exclusión del programa serían los siguientes:

- No poseer la mayoría de edad, dado que las sesiones no estarían adaptadas a sus necesidades de acuerdo con la edad
- Padecer una enfermedad mental diagnosticada que imposibilite su comprensión

Fases y estrategias del programa.

La propuesta de programa para duelo por suicidio, versa de 3 bloques o fases: Fase 1: Evaluación inicial, Fase 2: Implementación del programa y Fase 3: Evaluación post-tratamiento. La primera de ellas, consta de una evaluación inicial de los componentes del grupo mediante diversos cuestionarios. En primer lugar, se empleará el Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011). Este inventario cuenta con 21 ítems medibles a escala tipo likert del 0 al 3, los cuales evalúan sintomatología depresiva y gravedad de los síntomas. Seguidamente, se empleará el Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009) con el fin de detectar y evaluar la presencia de síntomas de duelo complicado en los participantes. Este inventario cuenta con 19 ítems con cinco categorías de respuesta tipo likert. Se propone también la aplicación del cuestionario Grief Experience Questionnaire. GEC (Barret y Scott, 1989). Este cuestionario es el único encontrado en la literatura científica, capaz de evaluar sintomatología de duelo por suicidio en sus tres dimensiones: física, cognitiva y conductual. Consta de 8 subescalas con 11 ítems cada una, sin embargo, no existe una adaptación del mismo al castellano de modo que puede mostrar problemas a la hora de aplicarse en población española. Sus distintas subescalas son las siguientes: sentimiento de rechazo, estigmatización, búsqueda repetida de explicaciones del suceso, culpa, reacciones somáticas, responsabilidad percibida, pensamientos autodestructivos y vergüenza. No obstante, durante la puesta en marcha del programa, solo se emplearán los dos anteriores. El objetivo de esta primera fase es detectar sintomatología de riesgo en los participantes, evaluar las reacciones propias del duelo por suicidio y detectar posibles rasgos depresivos en los mismos. El segundo bloque se corresponde con la aplicación del programa en si mismo. Albergará 8 sesiones que se llevarán a cabo una vez por semana durante un periodo de más de tres meses. En estas sesiones se instruirá a los participantes sobre el duelo como proceso natural y adaptativo que puede llegar a convertirse en patológico. Posteriormente el terapeuta se centrará en el duelo por muertes traumáticas, destacando las pérdidas por suicidio. Más adelante, se abordarán una serie de sesiones destinadas a la prevención de las conductas autodestructivas, la reestructuración de contenidos sesgados en relación al proceso de duelo, el impulso de los factores de protección y el abordaje terapéutico del duelo patológico.

Por último, en la tercera fase se llevará a cabo una post-evaluación de los individuos, con el fin de evaluar los posibles cambios en las puntuaciones, los cuales reflejarán los beneficios del programa en los participantes. A continuación, se explicarán más detalladamente los tres bloques:

Bloque I. Evaluación inicial

La evaluación inicial de los participantes se realizará mediante instrumentos de recogida de datos objetivos y estandarizados. El objetivo consiste en recopilar las puntuaciones obtenidas por los participantes en dos cuestionarios que evalúan, sintomatología de duelo complicado y síntomas propios de la depresión. Para ello se emplearán los siguientes cuestionarios: el Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011). Este inventario cuenta con 21 ítems a escala tipo likert que miden síntomas como *anhedonia, tristeza, sentimientos de culpa, pensamientos o deseos de morir, dificultades para conciliar el sueño, síntomas somáticos, pérdida de peso, desrealización* etc. Los síntomas evaluados se corresponden con los criterios diagnósticos que el DSM-IV establecía para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. Por ejemplo: *“He perdido la mayor parte del interés por los demás”, “Siento que no puedo esperar nada del futuro”*. Finalmente, el Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009) consta de 19 ítems a escala likert del 0 al 4, evaluando la frecuencia del síntoma. Los ítems miden *anhelo, pensamientos recurrentes, rabia, incredulidad, aturdimiento, falta de apoyo social, síntomas somáticos, alucinaciones auditivas y visuales* etc. Por ejemplo: *“Me siento solo la mayor parte ahora que la persona ha fallecido”, “Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto”*.

Bloque II. Aplicación del programa

En este segundo bloque, se procederá a la implementación del programa en sí mismo (Anexo A). En primer lugar, se llevará a cabo un registro de asistencia. El fin es tener constancia del seguimiento por parte de los participantes, así como, evaluar si la no asistencia a las sesiones puede repercutir en las puntuaciones obtenidas en la post-evaluación. Esta segunda fase consta de 7 sesiones de 1:30h aproximadamente, repartidas una vez por semana. Por lo tanto, el programa abarca un periodo de 49 días. Estas sesiones contarán con un contenido teórico en cuanto a la psicoeducación en diversos ámbitos relativos al duelo, al duelo complicado, al duelo por muertes traumáticas y al duelo por suicidio. En cuanto al contenido práctico, se propondrán una serie de actividades a lo largo de las distintas sesiones relacionadas con los conocimientos previamente expuestos. Cada de una de las sesiones contará con unos objetivos concretos, los cuales deben ser cumplidos. Para ello, se emplearán distintos recursos o técnicas con el objetivo de facilitar el aprendizaje y la comprensión de los distintos contenidos.

Bloque III. Evaluación final

Durante esta última fase, el objetivo consistirá en evaluar los beneficios del programa y los cambios en las puntuaciones de los participantes. Para ello, se les administrarán de nuevo los dos cuestionarios propuestos durante la pre-evaluación: Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011); Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009). El hecho de que las puntuaciones disminuyeran, implicaría una posible reducción de la sintomatología depresiva, así como una disminución del riesgo de padecer un duelo patológico, cumpliendo con el objetivo inicial del programa. En el caso de no producirse una disminución en las puntuaciones respecto a la pre-evaluación, significaría que el programa ha resultado insuficiente y que por tanto, se requiere de una intervención individual focalizada en los puntos en los que el programa ha resultado ineficaz.

Cronología de las sesiones:

Fase I: Evaluación inicial

Sesión 1: **Sesión de pre-evaluación.** La sesión comenzará con la bienvenida a los participantes seguida de la administración individual de los siguientes cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011); Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009). El primer cuestionario se administrará con el objetivo de detectar síntomas relativos a la depresión. Por último, el segundo cuestionario se empleará con el objetivo de detectar riesgo de padecer un duelo complicado y posible sintomatología existente. Una vez cumplimentados ambos cuestionarios, se realizará una ronda de presentaciones y se les informará de la normativa del programa. Para finalizar, se les entregará una hoja con el consentimiento informado (Anexo A) como garantía de su confidencialidad. Por último, se abrirá un turno de preguntas para resolver cualquier tipo de duda o consulta.

Fase II: Implementación del programa: A continuación, se describirán brevemente los contenidos principales de las distintas sesiones del programa. El programa en si mismo, consta de 7 sesiones teórico-prácticas, cuya finalidad es detectar y prevenir la aparición de un duelo complicado en los participantes en duelo por suicidio. Para ello, se abordarán progresivamente distintos aspectos del proceso de duelo, el duelo complicado o patológico, el duelo por muertes traumáticas, y finalmente el duelo por suicidio. Las sesiones contarán con un enfoque cognitivo-conductual y humanista derivado de las aportaciones de los distintos modelos existentes en la literatura científica sobre duelo. Durante las mismas, se hará uso de distintas técnicas o recursos psicológicos tales como: *empatía, aceptación incondicional, prevención de respuesta, asertividad, reestructuración cognitiva, escucha activa, psicoeducación y ventilación emocional.* Asimismo, al finalizar todas las sesiones, se abrirá un turno de preguntas con el fin de resolver posibles dudas.

Sesión 2: El duelo como proceso normal y adaptativo. La segunda sesión es de vital importancia dado que en ella se tratará de establecer el rapport entre los distintos participantes y el terapeuta mediante una primera toma de contacto en la que se intercambiarán impresiones. Se dará inicio al programa con una psicoeducación sobre el duelo y las pérdidas, destacando que el duelo es una reacción emocional natural, que se desencadena tras la pérdida de algo valioso o significativo. Por ello, el término duelo se suele emplear para referirse a numerosos tipos de pérdida, aunque generalmente se utiliza para referirse a la muerte de un ser querido. Una vez definido el concepto de duelo y los distintos tipos de pérdida que pueden darse, se abordarán sus distintas manifestaciones a nivel emocional, cognitivo, conductual y fisiológico. Por ejemplo: *tristeza, culpa, llanto, aislamiento, añoranza, enfado, ira, irritabilidad* etc. Se incidirá en todas ellas, pero en especial, en las más significativas ante un duelo por suicidio: la tristeza y la culpa. Seguidamente, se comentarán las reacciones más habituales ante una pérdida. Estas se relacionan con estados de *shock, negación, incredulidad, anhelo, buscar y llamar en voz alta al fallecido* etc. Finalmente, se llevará a cabo una actividad consistente en el visionado de un vídeo, para reforzar los contenidos expuestos.

Sesión 3: ¿Qué es el duelo complicado o patológico? En esta sesión, el terapeuta comenzará exponiendo qué es el duelo complicado o patológico, aludiendo a que este tipo de respuesta no natural se suele describir o señalar como duelo patológico, duelo complicado o no resuelto, tratándose todos ellos de conceptos sinónimos o afines. De esta forma, el terapeuta comentará que el duelo complicado, es un proceso de duelo en el que se genera una respuesta anormal ante una pérdida importante, por lo que las reacciones se desvían del curso habitual. Seguidamente, se hará hincapié en las distintas manifestaciones habituales del duelo complicado. Entre las más llamativas se destacan las siguientes: *alucinaciones, pensamientos recurrentes sobre suicidio y delirios*. Sin embargo, generalmente los síntomas más comunes del duelo complicado son: *sentimientos de inutilidad, sentirse responsable de lo sucedido, negación de la realidad, la soledad, la tristeza desproporcionada, ira, vergüenza y culpa*, especialmente en los casos en los que el duelo patológico se ha originado como consecuencia de una muerte traumática.

Seguidamente, se introducirá como puede llegar a complicarse un duelo en función de diversos factores tales como: el tipo de vínculo establecido con el fallecido, la causa de la muerte, la madurez emocional del individuo y el apoyo social y familiar percibido (Echeburúa y Herrán, 2007). Más adelante, se introducirán los distintos tipos de duelo complicado según una de las clasificaciones más reconocidas en la literatura. Estos son los siguientes: duelo crónico, retrasado, exagerado y enmascarado (Worden, 2013). Finalmente, se llevará a cabo una actividad visual en la que se plasmará en la pantalla un video sobre el duelo patológico con el fin de reforzar lo aprendido.

Sesión 4: El duelo por muertes traumáticas. La siguiente sesión se iniciará exponiendo qué es un mediador y cuáles son los distintos mediadores que pueden afectar al proceso de duelo, incrementando la probabilidad de desarrollar un duelo complicado. Por ejemplo, quién era la persona fallecida, es decir, como era la relación del superviviente con el fallecido, la naturaleza del apego, cómo la persona ha afrontado los posibles duelos de su pasado etc. Por tanto, un mediador hace referencia a una serie de factores que, por su relevancia, determinan diferencias individuales a la hora de afrontar una pérdida. Uno de los mediadores que en mayor medida precipita el desarrollo de un duelo complicado ante un duelo por suicidio, es la causa de la muerte. De este modo, se incidirá en este mediador y se introducirá el concepto de muerte traumática como aquella que alude a una pérdida por causa suicida, homicida o accidental.

Sesión 5: Duelo por suicidio. A lo largo de la siguiente sesión, se comentará en primer lugar qué es un duelo por suicidio. De este modo, se informará a los supervivientes de que el duelo por suicidio es uno de los duelos más desbordantes y difíciles de sobrellevar para los supervivientes, dada la elevada intensidad emocional que genera. Seguidamente, se expondrán las manifestaciones más habituales ante este tipo de duelo, con el objetivo de que los participantes se sientan identificados con las mismas y comprendan que es normal sentirse de este modo. Algunas de ellas son las siguientes: *shock, incredulidad, aislamiento social y familiar, sentimientos extremos de culpa, rumiaciones constantes sobre lo sucedido, adopción de conductas de riesgo para su salud etc.*

Una vez comentadas las distintas manifestaciones habituales ante este tipo de muerte traumática, se comentarán también cuales son las reacciones más habituales que dada la elevada intensidad emocional del acto, se producen en los supervivientes, algunas de ellas son: *vergüenza, culpa, incredulidad, miedo, enfado, pensamientos distorsionados etc.* Más adelante, el terapeuta comentará cuáles son las consecuencias percibidas por los supervivientes ante este tipo de pérdida. Estas son algunas de ellas: *estigmatización y distanciamiento de la sociedad hacia la familia, búsqueda constante de un porqué y de respuestas etc.* Finalmente, dada la relevancia de esta sesión, se llevarán a cabo dos actividades: “¿Con qué me identifico yo?” y “El peso de la culpa”.

Sesión 6: Conductas autodestructivas en el duelo por suicidio. Al inicio de la sesión, el terapeuta expondrá qué son las conductas autodestructivas y cuáles son sus distintas tipologías (directas o indirectas). De modo que, se comentará que una conducta autodestructiva es cualquier acto que el sujeto realiza contra si mismo poniendo en riesgo su vida. De igual forma, una conducta autodestructiva directa es aquella que el individuo realiza hacia si mismo con el objetivo o la consciencia de que pueden acabar con su vida. Sin embargo, cuando se alude a una conducta autodestructiva indirecta, se hace referencia a una conducta de riesgo que el sujeto realiza hacia si mismo, con un fin distinto al de atentar contra su vida. Seguidamente, se comentarán cuáles son las causas más habituales por las que se llevan a cabo tales conductas. Por ejemplo: ante una situación familiar problemática, ante la rabia por un suceso que provoca mucho estrés como el suicidio de un familiar, como forma de castigarse al sentirse responsable de algún suceso etc. También se les explicará a los participantes la alta prevalencia que presentan las conductas autodestructivas en los supervivientes de duelo por suicidio, con el objetivo de que, si alguno de ellos ha cometido alguna o tiene pensamientos sobre ello, entienda que es normal pero que también sea capaz de distanciarse evaluando el riesgo que supone. Finalmente, se introducirá la importancia de la regulación emocional para evitar estas conductas y se llevará a cabo una actividad al afecto: “La importancia del afrontamiento”.

Sesión 7: Mitos y creencias distorsionadas que agravan el duelo: Durante la siguiente sesión, se llevará a cabo una reestructuración cognitiva específica sobre determinadas creencias distorsionadas en relación al duelo, centrándose en los mitos y convicciones populares que contribuyen al agravamiento del malestar en los supervivientes de duelo por suicidio. De modo que, se focalizará en las creencias y mitos que abarquen reacciones que en mayor medida se producen ante este tipo de muerte traumática. Por ejemplo: *la culpa, la responsabilidad percibida, la ambivalencia, el egocidio, la idea de que el tiempo lo cura todo, la superación del duelo como proceso obligatorio etc.*

Sesión 8: Prevención del duelo complicado: factores de protección y abordaje terapéutico. La siguiente sesión se iniciará comentando cuáles son los síntomas de alarma, indicadores de un duelo patológico, con el fin de que los participantes sepan detectarlos. Por ejemplo: *autoabandono en el cuidado personal, aislamiento social, abuso de fármacos etc.* Seguidamente, una vez comentadas las conductas de duelo patológico que requerirían de ayuda profesional al efecto, se expondrán cuáles son las distintas tareas del duelo, atendiendo a la casuística de duelo por muertes traumática. De modo que se introducirán algunas pautas tales como *hacer real la pérdida, elaborar el dolor, adaptarse a la nueva vida etc.* También se destacará el papel de la intervención individualizada y de los grupos de autoayuda en el abordaje de la sintomatología de duelo patológico. Posteriormente, se comentarán cuáles son los factores de protección ante un duelo patológico, por ejemplo: *fuerte red de apoyo social, autoestima positiva etc.* Finalmente, se abordarán algunas frases hechas que repercuten en la forma de afrontar un duelo y que contribuyen al malestar de los supervivientes.

Fase III: Evaluación post-tratamiento.

Sesión 9: Sesión de post-evaluación del programa. Durante la siguiente sesión, se les administrarán de nuevo a los participantes, los dos cuestionarios empleados durante la pre-evaluación, estos son los siguientes: Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011); Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009). El objetivo consistirá en observar si se han producido cambios en las puntuaciones obtenidas en la pre-evaluación y por ende beneficios tras la aplicación del programa.

Calendario de actividades.

A continuación, se presenta una tabla resumen en la que se describe detalladamente la semana en la que se llevará a cabo cada una de las sesiones junto con sus respectivas actividades.

Tabla 4

Calendario de actividades

SEMANAS	SESIONES
1ª semana	Sesión 1: Sesión de pre-evaluación. Administración de los cuestionarios. Presentación de los participantes. Ronda de preguntas.
2ª semana	Sesión 2: El duelo como proceso normal y adaptativo. Visionado del video identificación y expresión de las propias emociones: “El duelo”.
3ª semana	Sesión 3: ¿Qué es el duelo complicado o patológico? Visionado del video el duelo patológico y sus síntomas.
4ª semana	Sesión 4: El duelo por muertes traumáticas
5ª semana	Sesión 5: Duelo por suicidio. Actividad de ventilación emocional: ¿Con qué me identifico yo?, Actividad de reestructuración cognitiva: El peso de la culpa
6ª semana	Sesión 6: Conductas autodestructivas en el duelo por suicidio: regulación emocional. Actividad “La importancia del afrontamiento”
7ª semana	Sesión 7: Mitos o creencias distorsionadas sobre el duelo
8ª semana	Sesión 8: Prevención del duelo patológico: factores de protección y abordaje terapéutico
9ª semana	Sesión 9: Sesión de post-evaluación. Administración de cuestionarios.

Delimitación de recursos.

Para la puesta en marcha del programa propuesto, se requerirán una serie de recursos, los cuales permitan llevar a cabo las sesiones lo más eficientemente posible. De este modo, se distingue entre los recursos personales y materiales. En cuanto a los recursos personales, se precisará de un psicólogo experto en duelo por muertes traumáticas con amplia trayectoria profesional en este campo. Se recomienda que el profesional posea una orientación cognitivo-conductual ya que esta representa un enfoque teórico-práctico, con multitud de evidencias empíricas que demuestran su efectividad. También es recomendable, que cuente con una orientación humanista entendiendo al ser humano como un todo e intentando garantizar su equilibrio emocional. Se requiere que el terapeuta que lleve a cabo el programa, sea conocedor de las características esenciales tanto del duelo normal, como del complicado o patológico. Asimismo, deberá conocer las manifestaciones y peculiaridades del duelo por muertes traumáticas, especialmente en el ámbito del suicidio. La formación del terapeuta es esencial, ya que la elaboración del duelo es un proceso que requiere de numerosas adaptaciones por parte de los supervivientes, y en el caso del duelo por suicidio, estas adaptaciones son especialmente dolorosas. También deberá conocer cuáles son las posibles patologías asociadas con este tipo de pérdidas. Por ejemplo, el estrés post-traumático, y actuar en consecuencia a la hora de detectar síntomas de alarma. Por otro lado, se recomienda que el programa sea aplicado dentro de un contexto terapéutico. Por ejemplo: una asociación de atención al duelo. En cuanto a los recursos materiales, se requiere de un aula confortable con capacidad para acoger a unos 10 participantes. Además, esta aula debe contar con sillas, ordenador, conexión a internet, una pizarra, tiza, proyector, altavoces, paquete de Office que incorpore Microsoft Word, y Power Point, folios y bolígrafos.

Análisis de viabilidad.

El programa propuesto se propone la detección y prevención del duelo patológico ante un grupo en duelo por suicidio. Para que este pueda llevarse a cabo, se requerirá de un experto en duelo con formación específica en duelo por muertes traumáticas. Este será llevado a cabo en una asociación específica de atención al duelo.

Esto puede conllevar dificultades a la hora de aplicar el programa dado que, en multitud de ocasiones, estos grupos de ayuda ya disponen de programas específicos sobre duelo y pueden mostrarse reticentes a la hora de adaptar uno nuevo. No obstante, el programa no supone costes muy elevados dado que los materiales necesarios son bastante accesibles, esto sugiere que el programa propuesto es viable de aplicarse en un contexto terapéutico adaptado al efecto.

Conclusiones.

El duelo es una reacción emocional natural, que se desencadena tras la pérdida de algo valioso o significativo. Por ello, el término duelo se suele emplear para referirse a numerosos tipos de pérdida, aunque generalmente se utiliza para referirse a la pérdida de un ser querido. En definitiva, el duelo es una experiencia de adaptación a una nueva realidad en la que el ser querido ya no está presente y por tanto, es una respuesta emocional normal, no una enfermedad, ni una entidad psicopatológica. Sin embargo, el duelo complicado, es un proceso de duelo en el que se genera una respuesta anormal ante una pérdida importante, por lo que las reacciones se desvían del curso habitual. Es decir, abarca una serie de reacciones desproporcionadas y no adaptativas, que pueden establecerse durante años y cursa con síntomas que no se relacionan con los del duelo normal. La complicación del mismo depende de varios factores. Entre ellos se encuentran: el tipo de vínculo establecido con el fallecido, la causa de la muerte, la madurez emocional del individuo y el apoyo social y familiar percibido (Echeburúa y Herrán, 2007). Uno de los mediadores que más se relaciona con la probabilidad de desarrollar un duelo complicado, es la causa de la muerte. Existen casos en los que las circunstancias en que se produce una muerte exigen una comprensión especial dado que no suelen formar parte de las experiencias de duelo habituales. Generalmente, las muertes se suelen clasificar en función de las categorías “NASH”: natural, accidente, suicidio y homicidio. De este modo, dependiendo de la tipología de la muerte, el duelo será más o menos complejo de afrontar (Bonanno y Kaltman, 2001).

Concretamente, el suicidio, se establece como la principal causa de muerte externa en España, siendo así la principal causa absoluta de muerte en varones de entre 15 y 29 años, y la segunda en mujeres de ese mismo rango de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2010). De modo que, según arrojan los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística. INE (2017), cada año mueren a causa del suicidio en España, un total de 3.679 personas. El duelo por suicidio es uno de los duelos más desbordantes y difíciles de sobrellevar para los supervivientes, dada la elevada intensidad emocional que genera. Cuando se produce una muerte por suicidio, los familiares y allegados experimentan una serie de reacciones distintas a las de cualquier otro duelo, y adquieren una sintomatología mucho más próxima a la de un duelo complicado. Por tanto, como se ha podido observar tras una extensa revisión en la literatura científica, no existe evidencia alguna acerca de programas tanto de intervención como de prevención de la sintomatología de duelo patológico en los supervivientes de duelo por suicidio. De este modo, se ha tratado de paliar estas deficiencias elaborando una propuesta de programa ante duelo por suicidio focalizada en la prevención del duelo patológico en los mismos. El programa en si mismo consta de siete sesiones en las que se lleva a cabo una psicoeducación acerca del duelo, el duelo patológico, el duelo por muertes traumáticas y específicamente el duelo por suicidio, incluyendo el abordaje de las distintas respuestas y manifestaciones tanto físicas, como emocionales y cognitivas fundamentales de cada tipo de pérdida. También, se alude a los sentimientos de traición, vergüenza, miedo, culpa extrema, enfado, las preguntas sin respuesta, el derrumbamiento del sistema de creencias, las distorsiones cognitivas etc. Finalmente, el programa incluye la detección y prevención de trastornos psicopatológicos graves, como trastornos de ansiedad y depresivos, conductas autodestructivas, abuso de sustancias, la propia ideación suicida etc. Se ha mostrado especial cautela a la hora de abordar el suicidio con los participantes, intentando evitar realizar alguna sesión que pudiera contribuir a reforzar inconscientemente la culpa de los supervivientes, como por ejemplo, se ha eliminado una sesión en la que se abordaban los mitos del suicidio considerando que esta pudiera llegar a repercutir en el bienestar emocional de los dolientes. De este modo se considera mucho más adaptativo, llevar a cabo un programa en el que se traten de prevenir los comportamientos más disruptivos y abrumadores que se derivan ante este tipo de duelo por muertes traumáticas.

Referencias

- Acinas, P. (2011). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1),1-18.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5° Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Attig, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barret, T.W. y Scott, T.B. (1989). *Development of the Grief Experience Questionnaire*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 256-271.
- Barreto, M.P. y Soler, M.C. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. En R. Bayés (Ed.). *Monografías Humanitas 2: Dolor y Sufrimiento en la Práctica Clínica*. Barcelona. Fundación de Medicina y Humanidades Médicas.
- Barreto, P. de la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2), 355-368. Doi: 0.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto., M.P. y Soler., C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*. 2(3), 383-410.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio: The Psychological corporation.
- Bermejo, J. C. (2003) *La muerte enseña a vivir*. Madrid. José Carlos Bermejo Editorial.
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S. (2001) The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 705-734.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*, Vol.III: *Loss*, London :The Hogarth Press.
- Cabodevilla,I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176.
- Cain, A. (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, IL. Thomas.
- Chaurand, A. Feixas, G. Neimeyer, R. A. (2011). El inventario de historia de pérdidas: Presentación y utilidad clínica. *Revista de Psicoterapia*, volumen 21(84), 95-10.
- Echeburúa, E. y Herran, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y como hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 147.
- Fabry, J.B., Bulka, R. P. & Sahakian, W.S. (1995) *Finding meaning in life: Logotherapy*. Northvale. NJ: Jason Aronson.
- Falagán, N. D. (2014). *El duelo: Diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado* (Tesis doctoral). Universidad de Cantabria, Santander.
- Frankl, V. (2009). *El duelo aquí y ahora: Observar el duelo para elaborar el sentido*. Barcelona: Sello Editorial.
- Freud, S. (1914). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico: Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Londres: Amorrortu Editores S.A.
- García Mantilla, M. G. (2013). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluando mediante el método del tema central de conflicto relacional* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Húmera.
- Garciandía, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 71-79. Doi: 0.1016/j.rcp.2013.11.009

Gil-Julìà, B. Bellver, A. Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Guic, E. Salas, A. (2016). Manifestaciones psicológicas del duelo. *Revista de estudios médicos humanísticos*, 1(2), 10-15. Doi: 10.11565/arsmed.v34i2.215

Horowitz, N.H. (1980). Adolescent mourning reactions to infant and fetal loss. *Social Casework*, 12(3), 551-559.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2010. Madrid: INE; 2012 [actualizado 2012; citado 05 jun 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np703.pdf>

Klein, M.(1994). *El psicoanálisis de los niños*. México: Paidós.

Kristjanson, L., Cousins., K., Smith., J y Lewin., G. (2005). Evaluation of the Bereavement Risk Index (BRI): A community hospice care protocol. *Palliat Nurs* 11(12), 610-618.

Krupp, G.F. Genovese, T. (1986). To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14(2), 337-348.

Kübler-Ross, E. (2016). *On Grief and Grieving*. Barcelona: Luciérnaga.

- Limonero, J., Lacasta, M., García., J. A., Maté, J., y Prigerson., H. (2009). *IDC. Inventario de duelo complicado. Adaptación al castellano*. Madrid: Arán Ediciones.
- Lindeman, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 2(1), 141-148.
- Meichenbaum, D. & Fitzpatric, D. (1992) A constructivist narrative perspective on stress and coping. En L. Goldberger & Breznitz (Eds.) *Handbook of stress*(pp. 287-43). NuevaYork: Free Press.
- Montes, M. Jiménez, J. Jiménez, A. (2019). *El duelo: Estrategias terapéuticas, apoyo e intervención en duelo por suicidio. Formación continuada a distancia*. Madrid.
- Neeld, E., (1990) *Seven choices: talking the steps to a new life after losing someone you love*. NuevaYork: Delta
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Bolsillo Paidós.
- Parkes, C., y Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement of acute grief*. New York: Basic Books.
- Parkes, C.D. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Nueva York: International Universities Press.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, D. A. Atehortua, M. R. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(12), 1-9.
- Porta, V.G., Romero, R., Oliete, E. (2008). *Manifestaciones del duelo*. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

- Posada, N. (2017). *Los tiempos del duelo: Una mirada clínica* (Tesis doctoral). Universidad de la República, Uruguay.
- Rando, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Shuchter, S.R. y Zisook, S. (1986). Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach. *Psychiatric Anals*, 16(1), 295-305.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. Doi: 10.1080/074811899201046
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 20(4), 89-97.
- Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- World Federation for Mental Health. (2010). *Enfermedad Mental y Suicidio: Guía para familiares para poder enfrentar y reducir los riesgos*. USA: Fundación Charles E.Kubly.
- World Health Organization. (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide a global imperative: Guía para familiares con ideación suicida*. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud.

PROPUESTA DE
PROGRAMA PARA
DUELO POR
SUICIDIO:
PREVENCIÓN DEL
DUELO
PATOLÓGICO

FASE I. Evaluación inicial

Sesión 1. Sesión de pre-evaluación

Bloque I	Contenidos teóricos	Actividades
	1. Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011).	Administración de los cuestionarios. Presentación de los participantes.
	2. Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009).	Ronda de preguntas.

Objetivos de la sesión:

- Evaluar la sintomatología de duelo por suicidio en sus tres dimensiones: cognitiva, física y conductual
- Detectar la posible presencia de sintomatología depresiva
- Evaluar si los participantes presentan síntomas de duelo patológico
- Presentación del programa a los participantes

Desarrollo de la sesión:

La sesión comenzará con la bienvenida a los participantes seguida de la administración individual de los siguientes cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011); Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009). El BDI-II evalúa sintomatología depresiva y nivel de gravedad. En esta versión se incluyen 21 ítems puntuados del 0 a 3 en escala tipo likert. La puntuación total del test es de 63 puntos, considerando una puntuación de 17 como una depresión de carácter moderado. Los ítems a evaluar son los siguientes: *tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambio en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.*

El siguiente cuestionario administrado, será el Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009). Este consta de 19 ítems a escala tipo likert del 0 al 4, en los que se evalúan *sentimientos de anhelo, pensamientos recurrentes, rabia, incredulidad, aturdimiento, falta de apoyo social, síntomas somáticos, alucinaciones auditivas y visuales, interferencia del suceso en la vida del superviviente, falta de adaptación y búsqueda recurrente del fallecido*. Algunos de los ítems son, por ejemplo: “Me siento solo la mayor parte ahora que la persona ha fallecido”, “Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto”. Una vez administrados los cuestionarios, se realizará una ronda de presentaciones y se les informará de la normativa del programa. Para terminar, se les repartirá una hoja con el consentimiento informado (Anexo A) como garantía de su autonomía e intimidad. Finalmente, se abrirá un turno de preguntas por si algún participante presenta alguna duda o consulta.

Anexo A (desarrollo y programación de la sesión 1)

FASE II. Implementación del programa

Sesión 2. El duelo como proceso normal y adaptativo

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	1. El duelo y las pérdidas.	Actividad 1: Visionado del video:
	2. Manifestaciones del duelo: cognitivas, fisiológicas y emocionales.	identificación y expresión de las propias emociones. Video canal UNED: “El duelo”.
	3. Reacciones emocionales más frecuentes del duelo.	Ronda de preguntas.

Objetivos de la sesión:

- Establecimiento del rapport entre los distintos participantes y el terapeuta
- Que los participantes comprendan qué es el duelo y cuáles son los distintos tipos de pérdidas que abarca
- Que los participantes comprendan cuáles son las manifestaciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales, más habituales ante un proceso de duelo
- Que los participantes conozcan cuáles son las reacciones emocionales más frecuentes ante un proceso de duelo

Desarrollo de la sesión:

La siguiente sesión es de vital importancia dado que en ella se tratará de establecer el rapport entre los distintos participantes y el terapeuta mediante una primera toma de contacto en la que se intercambiarán impresiones. Por tanto, se dará inicio al programa con una psicoeducación sobre el duelo y las pérdidas. En primer lugar, se explicará a los participantes que el duelo es una reacción emocional natural, que se desencadena tras la pérdida de algo valioso o significativo. Por ello, el término duelo se suele emplear para referirse a numerosos tipos de pérdida, aunque generalmente se utiliza para referirse a la pérdida de un ser querido. No obstante, existen distintos tipos de pérdida a los que el duelo puede referirse. Las pérdidas relacionales hacen referencia al fallecimiento de un ser querido, al cese de una relación amorosa, a la migración, abandono o ausencia de afecto en la infancia, entre otros. Las pérdidas materiales se refieren a una pérdida de carácter simbólico como una herencia o un objeto, una posesión etc. Las pérdidas intrapersonales hacen referencia a desengaños por parte de una persona importante o por situaciones inesperadas. También hacen referencia a la propia imagen del individuo, como por ejemplo la pérdida de fortaleza física, de capacidades cognitivas, de un ideal etc. Finalmente, las pérdidas evolutivas se relacionan con una pérdida inevitable en el individuo como consecuencia de una transición en el ciclo vital. Por ejemplo: el cese del periodo de la adolescencia, una jubilación etc.

En definitiva, el duelo es una experiencia de adaptación a una nueva realidad en la que el ser querido ya no está presente y por tanto, es una respuesta emocional normal, no una enfermedad, ni una entidad psicopatológica. También cabe mencionar que la respuesta emocional no será igual ante una pérdida natural, como la muerte de un anciano, que ante la pérdida de un hijo. Una vez definido el concepto de duelo como pérdida significativa, se explicarán las manifestaciones más habituales del duelo en sus cuatro dimensiones: cognitiva, emocional, conductual y fisiológica. Se recalcará que experimentar estas reacciones es muy común tras la pérdida de una figura importante. La intensidad de estas reacciones suele disminuir a partir de los 6 meses de producirse el suceso, sin embargo, cada persona procesa el duelo de forma distinta. Las más habituales son las siguientes: a nivel emocional *tristeza, melancolía, anhelo, depresión, culpa, ansiedad, ira, enfado, irritabilidad, emancipación/alivio, abatimiento, angustia, soledad, fatiga, indefensión, insensibilidad, abandono, frustración, autoreproche, fatiga etc.* A nivel cognitivo suelen darse *pensamientos recurrentes sobre el suceso, sensación de irrealidad, problemas de concentración y memoria, confusión, preocupación, sentido de presencia, obsesión por el suceso, distorsiones cognitivas, preocupación etc.* A nivel fisiológico, aparecen *alteraciones del sueño, cansancio, quejas somáticas, hipersensibilidad, palpitaciones, debilidad muscular, falta de energía, dolor de cabeza, despersonalización etc.* Finalmente, a nivel conductual, suele darse *aislamiento, desapego, conducta distraída, llanto, conductas de búsqueda, atesoramiento de objetos etc.*

Una vez descritas al detalle las distintas manifestaciones habituales del duelo, se incidirá en la tristeza y en la culpa dado que son las manifestaciones más significativas ante un duelo por suicidio. De modo que, se expondrá que la tristeza es una emoción que se desencadena tras la pérdida de un objeto o figura importante con la que previamente se había establecido una relación de apego. Por ejemplo: la muerte de un ser querido, una propiedad, un trabajo etc. La intensidad de la emoción depende de la significación de la pérdida, de forma que cuanto más preciada fuese, mayor será la experiencia de tristeza o abatimiento, la anhedonia, la falta de interés, la apatía etc. Esta reacción es universal, no es aprendida y se caracteriza por producir una elevada activación fisiológica en el organismo, sin embargo, la conducta presenta un carácter hipoactivo.

Se identifica con sensaciones angustiosas, malestar, pensamientos negativos, culpa, falta de interés y desánimo. Las manifestaciones de la tristeza disminuyen a medida que el individuo consigue adaptarse a la pérdida y vivir otras situaciones que lo alejen cognitivamente. Se trata por tanto de una reacción normal y adaptativa que no se corresponde con ninguna patología, no obstante, requiere de un periodo de duelo para adaptarse. En cuanto a su funcionalidad, la tristeza sirve para vincularnos con la pérdida, generar empatía en los grupos para que puedan ayudar a la persona, reformular las prioridades dándole un nuevo sentido a la vida y formular unos nuevos objetivos y metas. Por todo ello, ante un proceso de duelo, y en especial de duelo por suicidio, es muy común que la tristeza se mezcle con el sentimiento de culpa. La culpa se genera en el individuo como consecuencia de un suceso fuertemente estresante en el que se realizan atribuciones internas: ¿Qué pude hacer yo para evitarlo?, ¿Por qué no pude hacer nada? La manifestación más habitual de la culpa son los autoreproches por no haber podido hacer nada para evitar la muerte del fallecido o no haberse dado cuenta a tiempo. Es necesario mitigar la culpa confrontando al individuo con la realidad. Una vez descritas más detalladamente las manifestaciones de la tristeza y la culpa, se procederá a comentar las reacciones más habituales ante una pérdida. Estas son las siguientes: *shock, incredulidad, enfado, culpa, impotencia, insensibilidad, anhelo, sentido de presencia, soñar con el fallecido, búsqueda del fallecido, soledad, emancipación y alivio*, entre otras. Todas estas reacciones, son normales y sumergen al individuo en un proceso de adaptación tanto interno como externo en el que debe aprender a vivir en un mundo sin el fallecido reconfigurando su identidad personal. A continuación, se llevará a cabo una actividad con el fin de reforzar lo aprendido durante la sesión.

ACTIVIDAD 1. VIDEO IDENTIFICACIÓN Y EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES: “EL DUELO”

Una vez expuestos los distintos contenidos teóricos, se proyectará durante los últimos 20 minutos de la sesión, un video en la pantalla. En el presente vídeo, la profesora de la Facultad de Psicología de la UNED, Victoria del Barrio y el médico psiquiatra Carlos Bianchi, reflexionan acerca del duelo por la pérdida de un ser querido analizando al detalle, sus variables más relevantes. De este modo, realizan un recorrido por los distintos sentimientos negativos que habitualmente se presentan tras la muerte de un ser querido, las respuestas individuales y sociales frente al duelo, la importancia de la ventilación emocional, y la trascendencia del dolor. Seguidamente, se dará paso a un turno de preguntas.



Anexo B. Desarrollo y programación de la sesión 2.

Sesión 3. ¿Qué es el duelo complicado o patológico?

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	1. El duelo complicado o patológico	Actividad 2: Visionado del video: El duelo patológico y sus síntomas. Alaia Centro de Atención al Duelo.
	2. Manifestaciones del duelo complicado	
	3. Como puede llegar a complicarse el duelo	Ronda de preguntas
	4. Tipos de duelo complicado	

Objetivos de la sesión:

- Que los participantes comprendan qué es un duelo complicado o patológico y en qué se diferencia de un proceso de duelo normal
- Que los participantes conozcan cuales son las manifestaciones habituales del complicado
- Que los participantes entiendan como puede llegar a complicarse un proceso de duelo
- Que los participantes conozcan los distintos tipos de duelo complicado

Desarrollo de la sesión:

Durante la siguiente sesión, se introducirá en primer lugar el concepto de duelo complicado o patológico. Por tanto, se hará alusión a que este tipo de respuesta no natural se suele describir o señalar de igual forma como duelo patológico, complicado o no resuelto, de modo que se trata de conceptos sinónimos o afines. De esta forma, el terapeuta comentará que el duelo complicado, es un proceso de duelo en el que se genera una respuesta anormal ante una pérdida importante, por lo que las reacciones se desvían del curso habitual. Asimismo, se hará hincapié en que el duelo complicado, abarca una serie de reacciones desproporcionadas y no adaptativas, que pueden establecerse durante años y cursa con síntomas que no se relacionan con los del duelo normal.

Entre los síntomas más llamativos se destacan los siguientes: *alucinaciones, pensamientos recurrentes sobre suicidio y delirios*. Sin embargo, generalmente los síntomas más comunes del duelo complicado son: *sentimientos de inutilidad, sentirse responsable de lo sucedido, negación de la realidad, la soledad, la tristeza desproporcionada, ira, vergüenza y culpa*, especialmente en los casos en los que el duelo patológico se ha originado como consecuencia de una muerte traumática. Se hará alusión a que la persona que experimenta este tipo de duelo, se niega a aceptar lo sucedido y concibe que la mejor manera para estar de forma permanente junto al fallecido, es manteniendo el duelo. Por tanto, pueden darse casos extremos en los que la figura del fallecido permanece tan presente que sigue celebrándose su cumpleaños, se le sigue respetando su lugar en la mesa, la habitación permanece intacta etc. De este modo, se continuará la sesión exponiendo como se complica un duelo. La complicación del mismo depende de varios factores. Entre ellos se encuentran: el tipo de vínculo establecido con el fallecido, la causa de la muerte, la madurez emocional del individuo y el apoyo social y familiar percibido (Echeburúa y Herrán, 2007).

Estos factores pueden ser relacionales, circunstanciales, históricos, de personalidad y sociales. Los relacionales se refieren a la relación del superviviente con el fallecido. En el caso de las relaciones ambivalentes, el sentimiento de rabia se combina con el de culpa y puede llegar a complicar el duelo. La causa de la muerte también es uno de los factores que en mayor medida complica el duelo, ya que, si es traumática, puede generar en el individuo una sobrecarga emocional desmedida. Los factores históricos se relacionan con las estrategias empleadas por los individuos, para la resolución de duelos anteriores, es decir, si el individuo experimentó previamente algún duelo no resuelto o por el contrario el duelo siguió su curso natural. Los factores relacionados con la personalidad se refieren a variables como baja tolerancia a la frustración, presentar una personalidad evitativa, escasa expresión emocional, tendencia a la negación etc. Todos estos factores contribuyen de igual forma a avanzar hacia la esfera de duelo complicado. Los factores sociales se relacionan con la falta de apoyo social, el miedo a comentar lo sucedido con los familiares o amigos y ocasionarles más dolor, la estigmatización etc, son factores que también tienden a complicar duelo.

Finalmente, se comentarán los tipos de duelo patológico o complicado haciendo alusión a que existen varias clasificaciones, sin embargo, una de las más reconocidas por la literatura científica es la de Worden, 2013. Dentro de la misma se distingue entre duelo crónico, retrasado, exagerado y enmascarado. El duelo crónico es aquel en el cual la persona se niega a aceptar la realidad y termina por establecerse durante años. Suele darse en los casos de muerte por suicidio, asesinato etc. El duelo retrasado es aquel que genera una respuesta emocional nula ante el acontecimiento, sin embargo, termina por desencadenarse tiempo después. Este tipo de duelo es propio de un bloqueo emocional dada la magnitud del acontecimiento, como la muerte de varias personas importantes a la vez, por un aborto espontáneo, tras una muerte por suicidio etc. El duelo exagerado es aquel que produce una respuesta exacerbada y lleva a la persona a cometer conductas autodestructivas como consumo de drogas, lo cual lleva finalmente a desarrollar otro tipo de trastornos tales como la depresión, la ansiedad, el pánico etc. Por último, el duelo enmascarado es aquel que permanece reprimido debido a la incapacidad de afrontar la pérdida, por lo que se autoprotegen y desarrollan síntomas somáticos como consecuencia. A continuación, se llevará a cabo una actividad con el objetivo de que los participantes refuercen lo aprendido.

ACTIVIDAD 2. EL DUELO PATOLÓGICO Y SUS SÍNTOMAS

Tras la exposición de los distintos contenidos teóricos, se proyectará un video durante los últimos 10 minutos de la sesión, en el cual, un terapeuta experto en duelo complicado proveniente del Centro de Atención al Duelo Alaia, plasmará a modo de resumen, cuáles son los contenidos más relevantes que deben aprenderse sobre el duelo patológico. De este modo, incidirá en sus síntomas, manifestaciones y pensamientos. El objetivo es reforzar los conocimientos previamente transmitidos a lo largo de la sesión. Por último, se abrirá un turno de preguntas con el fin de resolver cualquier duda o consulta.



Anexo C. Desarrollo y programación de la sesión 3

Sesión 4. **El duelo por muertes traumáticas**

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Qué es un mediador en el proceso de duelo?2. Tipos de mediadores que pueden afectar al proceso de duelo3. Concepto de muerte traumática4. ¿Cómo influye una muerte traumática en el desarrollo del duelo?	Ronda de preguntas

Objetivos de la sesión:

- Que los participantes conozcan el concepto y el papel de los mediadores en el proceso de duelo
- Que los participantes distingan los distintos tipos de mediadores que pueden afectar al proceso de duelo
- Que los participantes conozcan el concepto de muerte traumática y su influencia en el desarrollo del duelo

Desarrollo de la sesión:

La siguiente sesión comenzará abordando el concepto de mediador en el proceso de duelo. De esta forma, el terapeuta introducirá que un mediador es un factor que por su gran relevancia interfiere en el desarrollo del proceso de duelo, incrementando o no la probabilidad de desarrollar un duelo complicado. Una vez introducido el concepto de mediador, se expondrán cuáles son, los distintos mediadores que determinarán el proceso que seguirá el individuo en su adaptación. Estos son los siguientes: quién era la persona fallecida para el superviviente, es decir, cuál era la relación del fallecido con el superviviente y que lugar ocupaba en su vida. Por tanto, es probable que la muerte de un abuelo muy anciano por causas naturales origine un duelo distinto al de una muerte por suicidio de un hijo, hermano o cónyuge. Otro de los mediadores se corresponde con la naturaleza del apego establecida entre el fallecido y el superviviente, de modo que, la gravedad de la reacción de duelo suele aumentar en relación a la intensidad de la relación afectiva. También variará en función de la necesidad de mantener con vida al fallecido para sentirse mejor consigo mismo, para mantener la autoestima, la seguridad etc. Si existe ambivalencia en la relación, es decir, si hay coexistencia de sentimientos positivos y negativos hacia el fallecido, se producirá una reacción de duelo más difícil. La existencia de conflictos no resueltos con el fallecido, también aumentará el riesgo de duelo complicado al generar sentimientos extremos de culpa.

Por último, las relaciones de dependencia, pueden influir en la adaptación de la persona a la pérdida. Por ejemplo: el superviviente dependía del fallecido a nivel económico, a nivel emocional etc. Los patrones de actuación de la persona ante un duelo atendiendo a las estrategias de afrontamiento empleadas durante su pasado, es otro de los mediadores que determinarán la reacción del individuo. Por tanto, la forma de afrontar los duelos anteriores determinará la actuación presente y futura del individuo. También debe tenerse en cuenta la historia clínica del individuo puesto que, si la persona presenta un historial de depresión previa, es más proclive a experimentar de nuevo esta patología (Worden, 2013). Las variables de personalidad en relación al sexo, la edad, los estilos de afrontamiento y las habilidades para la resolución de problemas, también interfieren en el desarrollo del duelo. Las variables sociales relativas al apoyo percibido y las dificultades o tensiones que puedan surgir tras el acontecimiento también se constituyen como mediadores. Además de los descritos, la dimensión espiritual del superviviente también es una variable importante a la hora de afrontar el duelo, dado que si la persona es creyente tenderá a afrontar de manera más positiva la muerte al concebir que su ser querido se encuentra en un plano superior con Dios. Asimismo, concebirán que su ser querido se encuentra en un lugar en el que predomina la paz y no existe el dolor, por tanto, gran parte de las emociones negativas sufridas adquirirían otra tonalidad. Finalmente, uno de los mediadores que más se relaciona con la probabilidad de desarrollar un duelo complicado ante un duelo por suicidio, es la causa de la muerte. Por tanto, tras la exposición de los distintos mediadores del duelo, el terapeuta se centrará detenidamente en este último. Existen casos en los que las circunstancias en que se produce una muerte exigen una comprensión especial dado que no suelen formar parte de las experiencias de duelo habituales.

Generalmente, las muertes se suelen clasificar en función de las categorías “NASH”: natural, accidente, suicidio y homicidio. De este modo, dependiendo de la tipología de la muerte, el duelo será más o menos complejo de afrontar (Bonanno y Kaltman, 2001). De igual forma, existen una serie de dimensiones asociadas a la intensidad del mediador, estas son las siguientes: proximidad del acontecimiento, muerte inesperada o repentina, muerte violenta o traumática, pérdida múltiple, muerte evitable, muerte ambigua y muerte estigmatizada.

Seguidamente, el terapeuta comentará que una muerte violenta o traumática es aquella que se origina como consecuencia de un suicidio, un homicidio o un accidente y que por ende, genera una respuesta extremadamente estresante en el individuo. Esta escala plantea que las muertes más difíciles de elaborar son en orden cronológico las siguientes: homicidio, suicidio y accidentes. Aunque cabe añadir que la muerte por desaparecidos es aquella que más desajuste emocional provoca en la familia y allegados, incluso superando al homicidio. Por tanto, una persona que ha experimentado un duelo por muerte traumática presenta mayor predisposición a padecer un duelo complicado. Las muertes traumáticas se caracterizan por ser inesperadas, por no haber podido dar una respuesta evitando la muerte del fallecido. Además, carecen de un sentido o significado para los supervivientes, es decir, no llegan a dar con el porqué de lo sucedido. También, es muy común que no se haya podido dar un periodo de asimilación, el acontecimiento ha ocurrido de repente. De modo que, no se ha contado con un apoyo externo durante el momento de darse la noticia acrecentando el sentimiento de soledad y desamparo tanto presente como futuro. El hecho de que los supervivientes no sepan cómo actuar o adaptarse ante una situación tan estremecedora, deriva del tabú que supone en la sociedad hablar sobre la muerte. De este modo nadie está preparado para enfrentarse a ella y menos si deriva de una situación tan traumática. Seguidamente, se comentará a los supervivientes, que pueden darse síntomas clínicos asociados a este tipo de duelo como puede ser un trastorno de estrés post-traumático al recibir una noticia o información impactante, un trastorno de depresión mayor etc. En esta sesión no se llevará a cabo ninguna actividad dado que se han introducido muchos conceptos teóricos importantes sobre su experiencia de duelo e intentar alargar extremadamente la sesión podría resultar extenuante para los participantes.

Anexo D. Desarrollo y programación de la sesión 5

Sesión 5. Duelo por suicidio

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	1. El duelo por suicidio	Actividad 3: Ventilación emocional:
	2. Reacciones habituales en los supervivientes	¿Con qué me identifico yo?
	3. Manifestaciones habituales en los familiares y/o allegados	Actividad 4: El peso de la culpa Ronda de preguntas
	4. Consecuencias para la familia y los allegados	

Objetivos de la sesión:

- Que los participantes comprendan el proceso de duelo por el que están pasando
- Que los participantes conozcan cuáles son las manifestaciones y reacciones más habituales ante un duelo por suicidio
- Que los participantes conozcan cuáles son las consecuencias que genera este tipo de pérdida

Desarrollo de la sesión:

A lo largo de la siguiente sesión, los participantes recibirán una psicoeducación sobre el proceso de duelo que actualmente están experimentando. El objetivo es que comprendan las emociones y sentimientos asociados con este tipo de muerte traumática. Para ello, el terapeuta comentará en primer lugar qué es un duelo por suicidio. De este modo, informará a los supervivientes de que el duelo por suicidio es uno de los duelos más desbordantes y difíciles de sobrellevar para los supervivientes, dada la elevada intensidad emocional que genera. Cuando se produce una muerte por suicidio, los familiares y allegados experimentan una serie de reacciones distintas a las de cualquier otro duelo.

Se sienten *incrédulos, traicionados, abandonados, rechazados, con extrema vergüenza por el que dirá la sociedad y sus amistades, con una culpa irrefrenable al no haber podido evitar su muerte, enfado con el fallecido por haber cometido tal acto, miedo por los propios impulsos autodestructivos y en ocasiones un pensamiento distorsionado sobre la muerte* ya que necesitan verla como un accidente y no como un acto suicida. Seguidamente el terapeuta expondrá cuales son las manifestaciones más habituales en los supervivientes tras el suceso. Dentro de las mismas se dan estados de *shock, incredulidad, aislamiento social y familiar, desesperanza, incomprensión, resentimiento, rencor, soledad, remordimientos, negación, temor, sentimientos extremos de culpa, miedo a enfrentarse a la realidad, rumiaciones constantes sobre lo sucedido, impotencia, adopción de conductas de riesgo para su salud, sentimientos de responsabilidad respecto a lo sucedido etc.* Una vez descritas las distintas reacciones y manifestaciones más habituales en los supervivientes, el terapeuta comentará cuales son las consecuencias percibidas por los familiares ante este tipo de pérdida. La estigmatización y distanciamiento de la sociedad hacia la familia es una de las consecuencias que más aturden a los supervivientes, los cuales se sienten señalados y juzgados ante una situación en la que se requiere de un apoyo social extremo. La búsqueda constante de un porqué y de respuestas a preguntas tales como: *¿Por qué lo hizo?, ¿Pude haberlo evitado a tiempo?*, son características de este tipo de duelo. Además, debido al estigma social que existe en relación al suicidio, en muchos casos la familia y los allegados expresan su dolor en silencio y tienden a aislarse del resto del mundo por vergüenza. Por ello, es muy importante despersonalizar la culpa y promover la comunicación entre los allegados. En ocasiones se llega a mentir sobre la causa de la muerte, intentando desviar los comentarios negativos que pudieran surgir en relación al fallecido y a su familia. Los sentimientos extremos de culpa que asumen tras sentirse responsables de lo sucedido, pueden hacer que la persona sienta la necesidad de castigarse a si mismo autolesionándose, por ello es importante que los supervivientes conozcan que estas reacciones son habituales ante un tipo de duelo traumático, y una vez que hayan sido capaces de detectarlas, puedan pedir apoyo a un profesional para que les ayude a mitigarlas.

También es común que los supervivientes se mantengan constantemente ocupados con el fin de evitar recordar lo sucedido, como por ejemplo empleando más tiempo en el trabajo. Finalmente, el terapeuta comentará que los supervivientes de un duelo por suicidio presentan mayor probabilidad de padecer estrés postraumático, ansiedad y depresión, lo que finalmente incrementa el riesgo de sufrir un duelo complicado (Rando,1993). Por tanto, se hace notable la necesidad de soporte psicológico especialmente en los casos de familiares o allegados con antecedentes psiquiátricos, los cuales son más vulnerables a las consecuencias negativas descritas. Una vez expuestos los distintos contenidos más relevantes sobre el duelo por suicidio, se llevarán a cabo dos actividades dada la importancia de esta sesión en los participantes. A continuación, se explicarán más detalladamente.

ACTIVIDAD 3. VENTILACIÓN EMOCIONAL. ¿CON QUÉ EMOCIONES ME IDENTIFICO YO?

Esta actividad se llevará a cabo con el objetivo de que los participantes se expresen abiertamente con sus compañeros y con el terapeuta, promoviendo así la ventilación emocional de aquellos pensamientos y emociones que han podido quedar reprimidos. De modo que, de forma voluntaria, se pedirá que cada participante comente con cuáles de las manifestaciones y reacciones descritas anteriormente, se siente más identificado. Se abrirá un turno de palabra para que intervengan todos los participantes, respetando siempre la voluntad de aquellos que no quieran expresarse en público. De este modo, el terapeuta irá anotando en la pizarra todas las reacciones y manifestaciones que vayan comentando los supervivientes. Finalmente, se incidirá en aquellas que hayan sido mayormente mencionadas por los participantes como *shock, incredulidad, aislamiento social y familiar, desesperanza, incomprensión, soledad etc.* En el caso de que el terapeuta identifique síntomas elevados y de riesgo, comentará con el participante al finalizar la sesión, la necesidad de ayuda externa para evitar que estos se agraven.



ACTIVIDAD 4. EL PESO DE LA CULPA

La siguiente actividad se llevará a cabo con el objetivo de abordar en los participantes, contenidos cognitivos sesgados en relación a la culpa, empleando para ello, la técnica de la reestructuración cognitiva. La culpa es una de las reacciones que mayormente obstaculiza la resolución del duelo por suicidio en los supervivientes. En muchos casos, la misma culpa puede generar la aparición de conductas de riesgo en los familiares, tales como conducción temeraria, consumo de drogas, beber alcohol en exceso etc. En algunos casos extremos, también puede provocar la aparición de conductas suicidas en los allegados, de modo que se considera especialmente importante llevar a cabo esta actividad con el fin de reducir la ansiedad que estas rumiaciones generan en los supervivientes. Se comenzará la actividad repartiendo un folio en blanco que los participantes deberán rellenar. En este folio, aparecerá por la parte delantera la frase: me siento culpable por..., repetida 10 veces. Los participantes deberán completar las 10 frases, o alguna de ellas, haciendo referencia a todo aquello que les hace sentir culpables o responsables y que no les permite avanzar, como por ejemplo: *debería haberme dado cuenta antes, no he podido hacer nada para evitarlo, la culpa es solo mía por no haberle prestado atención etc.*

Seguidamente, se propondrá que cada participante comente alguna de las frases que ha considerado oportuna completar. De esta forma, el terapeuta intentará que los participantes sepan identificar algunos de sus pensamientos o creencias irracionales, guiándoles mediante juicios de realidad o preguntas tales como: ¿Qué evidencia existe de que eso sea cierto?, ¿Existe algún tipo de evidencia en contra de nuestra afirmación?, ¿Qué consigo con este pensamiento?, ¿Soluciono mis problemas atribuyéndome tal afirmación? etc. Seguidamente, el terapeuta tratará de ayudar a buscar algún tipo de pensamiento alternativo que le permita reinterpretar la situación. Para ello, los participantes girarán la hoja y completarán de nuevo 10 frases que en este caso serán: debo no sentirme culpable por...Durante la realización de esta actividad se fomentará al máximo la participación de todos los asistentes, respetando siempre la decisión de cada uno de ellos. Finalmente, el terapeuta contará con un listado de distorsiones propias de la culpa, y se abordarán en grupo aquellas que hayan sido mayormente repetidas por los participantes. En última instancia, se abrirá un turno de preguntas con el fin de resolver cualquier duda o consulta.



Anexo E. Desarrollo y programación de la sesión 6

Sesión 6. Conductas autodestructivas en el duelo por suicidio: regulación emocional

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	1. ¿Qué son las conductas autodestructivas?	Actividad 5: La importancia del afrontamiento
	2. Tipos de conductas autodestructivas	Ronda de preguntas
	3. Causas más habituales por las que se emiten estas conductas	
	4. Importancia de la regulación emocional	
	5. Consecuencias asociadas	

Objetivos de la sesión:

- Que los participantes comprendan que tener deseos o pensamientos sobre la propia muerte es habitual ante un duelo por suicidio
- Que los participantes comprendan qué son las conductas autodestructivas y qué tipos existen
- Que los participantes comprendan cuáles son las causas más habituales por las que se realizan tales conductas
- Prevenir la aparición de conductas autodestructivas en los supervivientes haciéndoles partícipes de sus repercusiones

Desarrollo de la sesión:

La siguiente sesión es de suma importancia ya que en ella se abordarán las conductas autodestructivas con el objetivo de que los participantes conozcan la alta prevalencia que presentan estas conductas en los familiares y allegados en duelo por suicidio. De modo que, el objetivo es que sean capaces de comprender que es común tener pensamientos de este tipo ante una situación tan extremadamente dolorosa.

No obstante, se pretende que una vez que hayan sido capaces de detectarlos, puedan evaluar los riesgos y evitar que se agraven compartiéndolo con un profesional. De esta forma, el terapeuta comenzará definiendo que es una conducta autodestructiva. Estas conductas se definen como cualquier acto que el sujeto realiza contra si mismo poniendo en riesgo su vida. Seguidamente, se profundizará en la existencia de dos modalidades distintas de conducta autodestructiva: directa e indirecta. El terapeuta realizará una distinción entre ambas tipologías, aludiendo a las directas como aquellas acciones que el individuo realiza hacia si mismo con el objetivo o la consciencia de que pueden acabar con su vida. Por ejemplo: el suicidio. Por contraposición, las indirectas son aquellas acciones que el sujeto realiza hacia si mismo pero con un fin distinto o no siendo consciente de las posibles repercusiones, es decir, su fin no es atentar contra su vida, sino sentirse mejor o castigarse. Por ejemplo: practicarse cortes, tomar drogas, beber en exceso, conducir a mucha velocidad, automedicarse etc. Seguidamente, el terapeuta introducirá cuáles son las causas más habituales por las que la gente se autolesiona. Por ejemplo: ante una situación familiar problemática, ante la rabia por un suceso que provoca mucho estrés, como forma de castigarse al sentirse responsable de algún suceso, como resultado de una escasa capacidad para hacer frente a una situación conflictiva, dificultades para regular las emociones, exposición a eventos traumáticos, etc.

En definitiva, una autolesión es un esfuerzo que se realiza para no experimentar un dolor que se percibe como insuperable. En este punto, el terapeuta introducirá el concepto de regulación emocional. La regulación emocional es la capacidad del individuo relacionada con el manejo adecuado de las emociones, tomando conciencia de la conexión entre emoción, cognición y comportamiento. Por tanto, es un proceso imprescindible que tiene como objetivo que los individuos adquieran la noción de que las emociones y los sentimientos deben ser regulados. Esto implica, por ejemplo: saber regular la impulsividad, la ira, los comportamientos de riesgo, el estrés etc. Para ello, es necesario disponer de unas estrategias de afrontamiento adecuadas que permitan autorregularse y gestionar la intensidad de las emociones, con el fin de garantizar el propio bienestar emocional. Finalmente, el terapeuta expondrá cuáles son las consecuencias asociadas con este tipo de conductas surgidas de una inadecuada regulación emocional.

Generalmente, este tipo de conductas puede provocar la aparición de trastornos de la conducta adictiva, conductas suicidas, dependencia, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de personalidad y trastornos mentales (Federación Mundial para la Salud Mental, 2010). A continuación, se llevará a cabo una actividad en la que tratará de reforzarse el afrontamiento positivo de los participantes mediante una regulación adecuada de las emociones.

ACTIVIDAD 5. LA IMPORTANCIA DEL AFRONTAMIENTO

La siguiente actividad tiene como objetivo promover en los participantes, el uso de estrategias adaptativas a la hora de enfrentarse ante una situación estresante, reduciendo así la probabilidad de que al sentirse abrumados, regulen negativamente sus emociones. Para ello, el terapeuta empleará la técnica de la prevención de respuesta, promoviendo así el control de estímulos negativos. Por consiguiente, se les pedirá a los participantes, que analicen ante qué situaciones creen que no son capaces de manejar adecuadamente sus pensamientos y emociones. Por ejemplo: un domingo por la tarde cuando se está solo en casa, a ciertas horas del día en las que habitualmente regresaba el fallecido al hogar etc. Una vez hayan identificado cuáles son estas situaciones, se les pedirá que de forma anónima si así lo prefieren, lo anoten en un folio. Seguidamente, el terapeuta recogerá todas las hojas e irá comentando como dar una respuesta adaptativa a cada una de las situaciones planteadas por los participantes, incidiendo en aquellas que mayormente se repitan. Por ejemplo: “cuando estoy solo en casa siento la necesidad de autolesionarme para evadirme del dolor”, el terapeuta deberá añadir que, ante este tipo de situaciones, en vez de regular negativamente la emoción, debe darse una respuesta adaptativa. Una alternativa adecuada sería llamar a un amigo, un vecino, un compañero de trabajo o un allegado para salir a dar un paseo, en vez de quedarse en casa manteniendo la rumiación. Es decir, deben sustituirse las respuestas desadaptativas por pautas adaptativas en las que intervengan factores de protección de la conducta suicida como por ejemplo, el apoyo social.



Anexo F. Desarrollo y programación de la sesión 7

Sesión 7. **Mitos y creencias distorsionadas que agravan el duelo**

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	1. Creencias distorsionadas o mitos sobre la experiencia de duelo	Ronda de preguntas

Objetivos de la sesión:

- Que los participantes desmitifiquen ciertas creencias erróneas sobre el proceso de duelo, las cuales contribuyen a incrementar su propio malestar y en algunos casos, a complicar la experiencia de duelo

Desarrollo de la sesión: Durante la siguiente sesión, se llevará a cabo una reestructuración cognitiva específica sobre determinadas creencias distorsionadas, ideas irracionales o mitos en relación a la experiencia de duelo. Por tendencia general, estas creencias suelen ser asumidas como verdades absolutas por la sociedad, haciendo que las personas convivan con un concepto de duelo equivocado. Estas creencias predisponen a comportamientos desadaptativos e inciden negativamente en el individuo y en su proceso de duelo, lo que contribuye al desarrollo de un duelo complicado.

El terapeuta profundizará en aquellas creencias más relacionadas con la experiencia de duelo por suicidio. De este modo, se comenzará comentando la creencia de que siempre se pudo hacer más. Esta creencia se relaciona con el sentimiento de culpabilidad que se genera al tener la idea de que la muerte podría haberse evitado cuando en la mayoría de casos, aunque se hubiera actuado de otra forma el desenlace probablemente se hubiera repetido. Cuanto más se sufre el duelo más se quería al fallecido, esta creencia es una de las más comunes dado que las personas menos expresivas a nivel emocional son vistas como menos afligidas cuando en realidad, cada persona vive de forma distinta el duelo y el que más tristeza muestra ante los demás no es necesariamente el más apenado. Generalmente, ante una experiencia de duelo, las personas tienden a expresarle al superviviente que el tiempo lo cura todo cuando realmente no es así. El tiempo no es el factor determinante de la superación de un duelo, sino los recursos que se empleen para afrontarlo. Expresar tu dolor es malo para ti mismo. Ante un proceso de duelo, el individuo debe evitar encerrarse en si mismo, y no comunicar su sufrimiento. En los casos de muerte por suicidio la persona tiene miedo de expresar lo que siente con su familia y allegados dada la intensidad emocional del acto y el dolor que les pueden generar al recordarlo. En estos casos, es recomendable que la persona acuda a grupos de apoyo en duelo en los que pueda liberarse y contar todo aquello que no puede hacer frente a su familia. Expresar dolor es signo de inadaptación.

Como ya se comentaba en las anteriores sesiones, el duelo es un proceso natural y adaptativo que conlleva asociados una serie de síntomas y manifestaciones habituales, las cuales son completamente normales y escapan de cualquier patología. Por tanto, sentirse afligido y desanimado ante una experiencia de duelo no es un síntoma de inadaptación. Al final del proceso, llega un momento en que se acepta completamente la pérdida. En la mayoría de los casos, no se acepta completamente la pérdida, sino que se reubica emocionalmente al fallecido aprendiendo a vivir con ello. Creer ver al fallecido significa que me estoy volviendo loco. Esta reacción es bastante común en los supervivientes y muchos de ellos no lo comunican por miedo a que el resto piense que está demente. Sin embargo, como ya se comentaba anteriormente, el sentido de presencia es una reacción común en el duelo normal que se desencadena como síntoma de la añoranza, y a pesar de ser una distorsión perceptiva, en los casos de duelo y en especial de los duelos por muerte traumática, se originan como consecuencia de un estado emocional elevado.

Otra de las creencias que suelen ser asumidas es la de que se deben retomar inmediatamente las actividades cotidianas tras el suceso. Sin embargo, esto no es del todo cierto. El individuo debe de adaptarse a la nueva realidad, y esta adaptación requiere de un tiempo distinto en cada individuo. Es probable que si se sigue esta creencia al pie de la letra, el individuo acabe adoptando una respuesta de evitación ante un situación estresante como por ejemplo trabajar en exceso para evadirse, lo cual dificulta el proceso del duelo impidiendo su resolución. Al final el duelo se tiene que superar. Esta creencia es comúnmente transmitida por la sociedad, sin embargo, no es cierta. Existen muchos casos en los que la muerte de un ser querido y en especial en condiciones traumáticas, no se supera. Esto significa que el individuo no recuperará el estado de bienestar físico y psicológico que mantenía previamente al suceso, pero si que será capaz de acomodar los recuerdos y de afrontar la vida desde otra perspectiva sintiéndose vivo. Sentir ambivalencia tras la muerte de un ser querido es uno de los pensamientos que más dañan a los supervivientes de duelo por suicidio y se sienten tremendamente mal consigo mismos por ello. El terapeuta comentará que la ambivalencia es sentimiento habitual ante este tipo de muertes y que no implica que no se ame a la persona fallecida, sino que estos pensamientos surgen como consecuencia de la ira, la rabia y el enfado por haberse ido dejándoles con este profundo dolor. Finalmente, se comentará el egocidio. Este concepto se relaciona con la creencia de que todo lo negativo le pasa al propio individuo, y por tanto, lo suyo es lo peor. El objetivo es que el sujeto comprenda que hay muchas más personas que están pasando por lo mismo a su alrededor, y que, de igual forma, sienten ese mismo dolor tan abrumador. Debe disuadirse la idea de que todo lo negativo se concentra en uno mismo.

Anexo G. Desarrollo y programación de la sesión 8

Sesión 8. Prevención del duelo patológico: factores de protección y abordaje terapéutico

Bloque II	Contenidos teóricos	Actividades
	1. Factores de protección del duelo patológico 2. Síntomas de alarma 3. Tareas del duelo 4. Pautas de actuación o abordaje terapéutico ante un duelo complicado o patológico	Ronda de preguntas

Objetivos de la sesión:

- Que los participantes conozcan cuáles son los factores de protección del duelo complicado
- Que los participantes sepan detectar cuáles son los síntomas de alarma de un duelo complicado
- Que los participantes comprendan cuáles son las pautas de actuación o abordaje terapéutico ante un duelo complicado

Desarrollo de la sesión:

Durante la siguiente sesión, el terapeuta comenzará introduciendo cuáles son los factores que permitirán prevenir un duelo patológico y en el caso de padecerlo, que variables debe potenciar para fomentar una mejor recuperación o adaptación al proceso. Estos factores son los siguientes: presentar una amplia red de apoyo social y familiar, poseer una autoestima positiva, presentar estrategias de afrontamiento adaptativas y tener unos hábitos de vida saludables. Por tanto, aquellas personas con deficiencias en alguna de las dimensiones anteriores, presentarán mayores dificultades para afrontar el duelo por sí mismas. Son estas las personas que requerirán de una ayuda específica por parte de un profesional. Más tarde, se comentarán con los participantes algunos síntomas de alarma de padecer un duelo complicado.

Entre ellos se destacarán: *autoabandono físico y conductual, aislamiento social, atesoramiento de posesiones del fallecido, deseos intensos de morir para estar junto al fallecido, despersonalización, desesperanza extrema, aplanamiento emocional, delirios, alucinaciones, conductas autodestructivas, negación de la realidad, alteraciones físicas etc.* Seguidamente, el terapeuta comentará cuáles son las tareas que habitualmente se emplean en terapia ante un proceso de duelo. Entre ellas, desde un enfoque cognitivo se trata de que los supervivientes acepten que la pérdida es real, evitando así la aparición de mecanismos de defensa como la negación, que a corto plazo son reconfortantes para el doliente, pero a largo plazo impiden la resolución del duelo. También se trabajan las emociones negativas asociadas a la pérdida con el fin de liberar el dolor y evitar que el individuo se contenga emocionalmente. Además de estas, se trabajan las adaptaciones tanto internas como externas y espirituales del individuo tras el suceso, el cual debe reconstruir su identidad personal hallando una conexión perdurable con el fallecido la cual le permita seguir viviendo en armonía.

Por último, el terapeuta introducirá cuales son las estrategias terapéuticas recomendadas ante un duelo complicado. En primer lugar, se comentará que ante un proceso de duelo existen una serie de frases hechas que entorpecen el proceso terapéutico. Entre ellas se destacan algunas tales como: *tienes que ser fuerte, lo mejor es no sacar el tema, tienes que seguir adelante por los que todavía quedan etc.* Estas frases repercuten negativamente en el proceso de adaptación del doliente, el cual se siente incomprendido e incapaz de cumplir con lo que la sociedad le demanda. Por tanto, para garantizar un buen abordaje terapéutico, se requerirá de un tratamiento individual y grupal. Por un lado, un tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades de cada individuo, y por otro lado, un tratamiento grupal que sea capaz de fomentar la red de apoyo social, promover la ventilación emocional en un grupo de apoyo junto a personas que comparten el mismo sufrimiento, normalizar el proceso del duelo y romper el aislamiento social y la evitación conductual. El terapeuta destacará aquí el papel de los grupos de autoayuda los cuales se convierten en la mejor opción ante la vivencia de un duelo traumático, sobre todo si deriva de una muerte por suicidio, homicidio o accidente de tráfico, siendo estos los más difícil de afrontar.

Estos grupos ayudan a crear un ambiente de consuelo en el que los supervivientes se sienten reforzados al expresar su dolor. El objetivo es que los supervivientes aprendan a afrontar positivamente el presente y el futuro. En el caso de los supervivientes que presenten algún tipo de comorbilidad con un trastorno grave, como por ejemplo un estrés post-traumático, estos grupos pueden resultar contraproducentes ya que se requeriría de una intervención mucho más personalizada y adaptada al efecto. Los objetivos de la intervención terapéutica son los siguientes: facilitar la expresión emocional de los supervivientes mediante la ventilación de los sentimientos inhibidos en relación al fallecido, facilitar la expresión del suceso que produjo la pérdida, centrar la terapia en la adaptación a una nueva vida y en la solución de los problemas actuales, proyectar de forma gradual el futuro del sujeto mediante actividades agradables (Echeburúa y Herrán, 2007).

Sesión 9. Sesión de post-evaluación

Bloque III	Contenidos teóricos	Actividades
	1. Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011) 2. Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009).	Administración de los cuestionarios.

Objetivos de la sesión:

- Evaluar los resultados de la aplicación del programa
- Comprobar si la sintomatología de duelo por suicidio, depresión y duelo complicado ha disminuido tras la aplicación del programa

Desarrollo de la sesión:

En la última sesión, se les administrará de nuevo a los participantes, la batería de cuestionarios empleada durante la pre-evaluación. Por tanto, se emplearán los siguientes cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011); Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009). El objetivo es evaluar si se han producido cambios en las puntuaciones obtenidas en la pre-evaluación. Si las puntuaciones han disminuido en alguna de las pruebas administradas el programa habrá resultado beneficioso en gran medida. El propósito inicial es que las puntuaciones disminuyan notablemente en ambos cuestionarios. De igual forma, si las puntuaciones en alguno de los índices se mantienen igual que en la preevaluación, significaría que el programa ha resultado insuficiente. En el caso de detectar puntuaciones muy altas o una similitud elevada con las puntuaciones de la pre-evaluación, se le comunicará al participante con el fin de que busque ayuda externa por parte de un profesional al efecto. También se evaluará la hoja de seguimiento con el fin de evitar posibles sesgos en las puntuaciones finales.

ANEXOS

Anexo A. Inventario de depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 ítems. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo

8. Autocrítica

1. No me critico ni me culpo más de lo habitual
2. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
3. Me critico a mí mismo por todos mis errores
4. Me critico a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

1. No tengo ningún pensamiento de matarme
2. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
3. Querría matarme
4. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

1. No lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro más de lo que solía hacerlo
3. Lloro por cualquier pequeñez
4. Siento ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación

1. No estoy más inquieto o tenso de lo habitual
2. Me siento más inquieto o tenso de lo habitual
3. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
4. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. Pérdida de Interés

1. No he perdido el interés en otras actividades o personas
2. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
3. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
4. Me es difícil interesarme por algo

13. Indecisión

1. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
2. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
3. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
4. Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

1. No siento que yo no sea valioso
2. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
3. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
4. Siento que no valgo nada

15. Pérdida de Energía

1. Tengo tanta energía como siempre
2. Tengo menos energía que la que solía tener
3. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
4. No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

1. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1^a Duermo un poco más de lo habitual
- 1b Duermo mucho más que lo habitual
- 2^a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

1. No estoy tan irritable que lo habitual
2. Estoy más irritable que lo habitual
3. Estoy mucho más irritable que lo habitual
4. Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el Apetito

1. No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2^a Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a No tengo apetito en absoluto
- 3b Quiero comer todo el día

19. Dificultad de Concentración

1. Puedo concentrarme tan bien como siempre
2. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
3. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
4. Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o Fatiga

1. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
2. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
4. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

1. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
2. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
3. Estoy mucho menos interesado en el sexo
4. He perdido completamente el interés en el sexo

Anexo A.2 Inventario de Duelo Complicado. IDC (Limonero, Lacasta, García, Méndez y Prigerson, 2009)

Nombre y apellidos _____

En _____ **, a** _____ **de** _____

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
Pienso tanto en la persona fallecida que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona fallecida me trastornan	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida	0	1	2	3	4
Anhelo a la persona que murió	0	1	2	3	4
Me siento atraído por los lugares y objetos relacionados con el fallecido	0	1	2	3	4
Me enfada la muerte del fallecido	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido	0	1	2	3	4
Desde que murió me cuesta confiar en la gente	0	1	2	3	4
Desde que murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente o me siento distante de las personas que antes me preocupaban	0	1	2	3	4

Me siento solo desde que él/ella murió	0	1	2	3	4
Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona fallecida	0	1	2	3	4
Me desvíó de mi camino con tal de evitar los recuerdos de la persona fallecida	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida	0	1	2	3	4
Veó a la persona que murió delante de mí	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras él/ella ha muerto	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano	0	1	2	3	4

Anexo A.4 Hoja de consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROGRAMA ANTE DUELO POR
SUICIDIO: PREVENCIÓN DEL DUELO PATOLÓGICO**

Nombre y apellidos _____

En _____ **, a** _____ **de** _____

Confirmando que se me ha dado información detallada con respecto al programa planteado, sus horarios, la normativa, el registro de asistencia y la temática a tratar en cada una de las actividades, así como la existencia de diversas actividades prácticas en alguna de ellas. De modo que he tenido tiempo para considerar mi participación y todas mis dudas han sido resueltas. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, informando previamente de ello, lo cual no implicaría penalización alguna.

Firma del participante

Firma del terapeuta en funciones

Anexo A.5 Registro de asistencia

REGISTRO DE ASISTENCIA																								
N° de orden	APELLIDOS Y NOMBRE													Del..... De..... al..... de.....										
														Fecha/ días										
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Anexo B. Power Point sesión 2 “El duelo como proceso normal y adaptativo”



EL DUELO COMO PROCESO NORMAL Y ADAPTATIVO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. *El duelo y las pérdidas*
2. *Manifestaciones del duelo: cognitivas, fisiológicas y emocionales.*
3. *Reacciones emocionales más frecuentes del duelo.*

Anexo B.1 Actividad visionado: Identificación y expresión de las propias emociones. Vídeo canal UNED: “El Duelo”.



Anexo C. Power Point sesión 3 “¿Qué es el duelo complicado o patológico?”



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. *El duelo complicado o patológico*
2. *Manifestaciones del duelo complicado*
3. *Como puede llegar a complicarse el duelo*
4. *Tipos de duelo complicado*

Anexo C.1 Vídeo “El duelo patológico y sus síntomas. Alaia Centro de Atención al Duelo.



Anexo D. Power Point sesión 4 "El duelo por muertes traumáticas"



ÍNDICE DE CONTENIDOS

- 1. ¿Qué es un mediador en el proceso de duelo?*
- 2. Tipos de mediadores que pueden afectar al proceso de duelo*
- 3. Concepto de muerte traumática*
- 4. ¿Cómo influye una muerte traumática en el desarrollo del duelo?*

Anexo E. Power Point sesión 5 “Duelo por suicidio”



ÍNDICE DE CONTENIDOS

- 1. El duelo por suicidio*
- 2. Reacciones habituales en los supervivientes*
- 3. Manifestaciones habituales en los familiares y/o allegados*
- 4. Consecuencias para la familia y los allegados*

Anexo E.1 Actividad 4 “El peso de la culpa”

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

Me siento culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

No debo sentirme culpable por

Anexo F. Power Point sesión 6 “Conductas autodestructivas en el duelo por suicidio: regulación emocional”

**CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN EL
DUELO POR SUICIDIO: REGULACIÓN
EMOCIONAL**



ÍNDICE DE CONTENIDOS

- 1. ¿Qué son las conductas autodestructivas?*
- 2. Tipos de conductas autodestructivas*
- 3. Causas más habituales por las que se emiten estas conductas*
- 4. Consecuencias asociadas*

Anexo G. Power Point sesión 7 “Mitos y creencias que distorsionadas que agravan el duelo”



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Creencias distorsionadas o mitos sobre la experiencia de duelo
 - Siempre pudo hacerse más
 - Cuanto más se sufre el duelo más se quería al fallecido
 - El tiempo lo cura todo
 - Expresar tu dolor es malo para ti mismo
 - Expresar dolor es signo de inadaptación
 - Al final del proceso, llega un momento en que se acepta completamente la pérdida
 - Creer ver al fallecido significa que me estoy volviendo loco
 - Se deben retomar inmediatamente las actividades cotidianas tras el suceso
 - Al final el duelo se tiene que superar

Anexo H: Power Point sesión 8 “Prevención del duelo patológico: factores de protección y abordaje terapéutico”



ÍNDICE DE CONTENIDOS

- 1. Factores de protección del duelo patológico*
- 2. Síntomas de alarma*
- 3. Tareas del duelo*
- 4. Pautas de actuación o abordaje terapéutico ante un duelo complicado o patológico*