

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

"San Vicente Mártir"

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA

GENERAL SANITARIA

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**PROGRAMACIÓN DOCENTE PARA LA INTERVENCIÓN DE LA CULPA
TRAS EL SUICIDIO DE UN PROGENITOR.**

Presentado por:

CLAUDIA RUBER VIÑAMBRES

Tutor/a:

BLANCA GALLEGO HERNANDEZ DE TEJADA

Valencia, a 18 de Enero de 2023

Claudia Ruber Viñambres

Programación docente para la intervención de
la culpa tras el suicidio de un progenitor.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	7
Marco teórico	7
<i>La culpa: Un encuadre teórico y filosófico</i>	7
<i>Tipos de culpa</i>	8
<i>Teorías del desarrollo del sentimiento de culpa</i>	9
Modelo de Lewis.	9
Modelos educativos de culpa.....	9
Aportaciones del psicoanálisis.....	10
Aportaciones desde el conductismo.....	10
Teorías constructivistas de la culpa.	11
Teoría intrapsíquica.	11
Teoría interpersonal.	11
Logoterapia: La triada trágica.....	12
<i>Situación global del suicidio</i>	12
<i>Trauma y suicidio</i>	13
<i>La culpa en el duelo por suicidio</i>	14
<i>Trabajo de la culpa desde los diferentes tipos de terapia</i>	16
Psicodrama.	16
Constructivismo.....	17
Terapia Centrada en el Sentido.....	17
Terapia Centrada en el Círculo de Seguridad.	19
Justificación del programa	21
Establecimiento de objetivos del programa	23
<i>Objetivo General</i>	23
<i>Objetivos Específicos</i>	23
Diseño de la intervención	24
Población Diana	24
<i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	24
Fases y estrategias del programa	25
Descripción del proceso seguido para la implementación del programa	25
<i>Acciones y actuaciones del programa</i>	25
Bloque 1. Protocolo de formación del terapeuta.	25
<i>Módulo 1: Suicidio.</i>	26

<i>Módulo 2: Culpa</i>	26
<i>Módulo 3: Apego</i>	27
<i>Módulo 4: Competencias a adquirir por el terapeuta</i>	28
<i>Módulo 5: Casos clínicos</i>	28
Bloque 2. Protocolo de intervención del paciente	28
<i>Fase 1. Evaluación inicial</i>	29
<i>Fase 2. Intervención individual con el paciente</i>	30
<i>Fase 3. Fase final</i>	34
Temporalización	34
Delimitación de recursos	35
Recursos materiales y personales	35
Recursos físicos y espacio	35
Evaluación del programa	35
Conclusiones	36
Referencias	38
Anexos	48
Bloque 1. Protocolo de intervención del terapeuta	49
<i>Anexo I. Módulo 1 - El Suicidio</i>	49
<i>Anexo II. Módulo 2 - La culpa</i>	51
<i>Anexo III. Módulo 3 - Apego</i>	54
<i>Anexo IV. Módulo 4 - Competencias a adquirir por el terapeuta</i>	58
Bloque 2. Protocolo de intervención del paciente	60
<i>Anexo V. Evaluación culpa - Protocolo Entrevista clínica</i>	60
<i>Anexo VI. Cuestionarios de evaluación</i>	63
<i>Anexo VII. Evaluación apego</i>	67
<i>Anexo VIII. Módulo 1 - Psicoeducación</i>	69
<i>Anexo IX. Módulo 2 - Diálogo socrático y culpa</i>	73
<i>Anexo X. Módulo 3 - Diálogo simbólico</i>	75
<i>Anexo XI. Módulo 4 - Fuentes de sentido</i>	78
<i>Anexo XII. Módulo 5 - El perdón</i>	80
<i>Anexo XIII. Cuestionario evaluación final pacientes</i>	82
<i>Anexo XIV. Cuestionario evaluación final terapeutas</i>	83

Resumen

El suicidio hoy en día es la primera causa de muerte externa en nuestro país. La culpa, es uno de los sentimientos más frecuentes en los familiares que han perdido a un ser querido por este motivo y que eleva el riesgo de desarrollar un duelo complicado. A través de este programa, se pretende ofrecer una formación a Psicólogos Generales Sanitarios y Psicólogos Clínicos con el objetivo de explorar, evaluar e intervenir sobre la culpa en el suicidio, con el fin de disminuir el riesgo de desarrollo de un duelo complicado. La intervención del programa se realiza desde la Logoterapia y desde el Círculo de Seguridad, con el fin de ofrecer a los terapeutas, herramientas y estrategias de estos dos tipos de terapia para modificar las creencias de los pacientes, ayudar en la búsqueda del significado de su vivencia y poder permitir conectar con la culpa y con el sufrimiento desde un lugar seguro. Este programa no solo trabaja para que la culpa del paciente no se patologice, sino para que, además, el paciente sea capaz de desarrollar un proceso de cambio tanto personal encontrándoles sentido a su sufrimiento y su pérdida. Los resultados esperados indican que el programa proporcionará las competencias adecuadas a los futuros terapeutas siendo una formación psicoeducativa, práctica y experiencial para desarrollar una buena práctica clínica en este tipo de casos.

Palabras clave: Culpa, Suicidio, Apego, Logoterapia, Círculo de seguridad.

Abstract

Nowadays suicide is the first cause of external death in our country. Guilt is one of the most frequent feelings in family members who have lost a loved one for this reason and increases the risk of developing a complicated grief. Through this program, the aim is to offer training to General Health Psychologists and Clinical Psychologists in order to explore, evaluate and intervene on guilt in suicide, in order to reduce the risk of developing a complicated grief. The intervention of the program is carried out from Logotherapy and from the Circle of Security, in order to offer therapists, tools and strategies of these two types of therapy to modify the beliefs of patients, to help in the search for the meaning of their

experience and to allow them to connect with guilt and suffering from a safe place. This program not only works so that the patient's guilt is not pathologized, but also so that the patient is able to develop a process of personal change by finding meaning in their suffering and loss. The expected results indicate that the program will provide adequate competencies to future therapists being a psychoeducational, practical and experiential training to develop a good clinical practice in this type of cases.

Keywords: Guilt, Suicide, Attachment, Logotherapy, Circle of security.

Introducción

Marco teórico

La culpa: Un encuadre teórico y filosófico

El concepto de culpa ha estado presente en el campo de la filosofía, del derecho, de la psicología, de la moral, de la ética y de la religión desde hace décadas, incluso estamos familiarizados con ella desde la infancia, ya que es algo que forma parte de la vida humana y es algo que todos los seres humanos vivimos en algún momento de nuestra vida. Sin embargo, el desarrollo del significado y la función que tiene la culpa sigue siendo complicado de concretar a un único concepto o definición. El desarrollo del concepto de la culpa ha sido explicado a lo largo de décadas, a través de diferentes corrientes y disciplinas, sin embargo, las investigaciones muestran la variabilidad de este concepto y la influencia del contexto en la que se presenta a la hora de su comprensión.

El existencialismo según Heidegger también nos habla sobre el papel fundamental del concepto de la culpa en la existencia. La búsqueda de Heidegger sobre la existencia se inicia con un problema de sentido y autenticidad. El ser humano tiene la capacidad de elegir entre preocuparse y optar por la posibilidad de poder ser o vivir en la opresión y es ahí donde aparece la culpa existencial, como la huida de las posibilidades de poder ser, de la autenticidad y surge ahí, la responsabilidad que se debe tener con uno mismo (Heidegger, M., 2003). Acevedo (2013), apoya la teoría del papel de la culpa de Heidegger, y añade la idea de que la culpa tiene un propósito ontológico y que la finalidad de ella es el planteamiento del ser y su sentido y para resolver este planteamiento, se tiene que optar por la autenticidad, sin embargo, esto no implicaría la desaparición de la culpa ya que el ser humano frente a la realidad de la existencia tiende a olvidarse de sí mismo.

Para Ricoeur (2004), la culpa es la consecuencia de la violación de normas sociales, junto a una desaprobación social y denuncia. Para la persona significaría una carga, donde él mismo se consideraría como culpable. Tras la culpa, aparecería otros sentimientos como la vergüenza, el remordimiento y el arrepentimiento. Por tanto, la culpa existe cuando es reconocida tras una confesión, necesaria para que la imputación genere en el sujeto la responsabilidad de sus acciones.

Desde otra visión, la culpa se define como un sufrimiento psicológico asociado a pensamientos y emociones auto acusatorias causadas por la transgresión de una regla real o

simbólica, donde es necesaria la presencia de alguien más. Esa transgresión, es evaluada como algo incorrecto, ya sea de antemano o a posteriori y afecta a la imagen que la persona tiene de sí mismo y lo que proyecta en los demás (Pérez Salés, P., 2006).

Tilghman-Osborne y su equipo (2010), realizaron una revisión de las diferentes definiciones que han surgido sobre el concepto de culpa, en la que observaron que hay una amplia variedad de descripciones, debido a que no se rigen por un único constructo en común, sino que influyen múltiples factores, ya sean internos o externos. Sin embargo, en ese estudio, la mayoría de las definiciones consideraban que la culpa era una respuesta a una transgresión moral real o imaginaria, entendiendo la transgresión moral como una infracción del sentido del bien y del mal, que conlleva a pensamientos y sentimientos concretos como respuesta a esa transgresión.

En un estudio más reciente, se considera la culpa como un daño moral y una angustia, a largo plazo, psicológica, conductual, social y espiritual, que surge cuando una persona vive un suceso donde se viola la moral y los valores establecidos por la persona o la sociedad (Griffin, B.J., 2019). Perdonarse a sí mismo, por tanto, por ese daño a los valores, surgiría como una tarea frecuente en el daño moral (Marguen, S. 2022).

Como existe una diversidad tan extensa de la definición de culpa, debido a las diferentes influencias de las corrientes que sigue cada autor, el objetivo más claro para poder entenderla es la necesidad de atender al fin de la culpa, ya que, sabiendo el carácter intencional de ésta, se podría explicar el significado que tiene en la práctica. El problema radica cuando conocemos que el fin de la culpa, no es la misma para todas las personas ni en todas las épocas ni lugares. De ahí la dificultad de encontrar una única definición.

Tipos de culpa

Culpa real

Este tipo de culpa, en el ámbito de la psicología y según la definición de la Real Academia Española (2022), es un sentimiento que aparece cuando cometemos una acción o la omisión de una acción, provocando así en el sujeto un sentimiento de responsabilidad por el daño causado. Collins (2004), define la culpa real como culpa objetiva, que ocurre cuando un sujeto viola una ley, ya sea de la sociedad (culpa leal), leyes de dios (culpa teológica), violar

los propios estándares personales (culpa personal) o romper una regla socialmente aceptada en un grupo social (culpa social), se sienta culpable o no.

Culpa irracional

Tracy y Robins, (2004), definen la culpa irracional como una propensión a la culpa, considerándose el individuo irracionalmente responsable de lo que ha sucedido y percibiendo ésta como una característica estable del propio individuo. Collins (2004), define la culpa irracional como una culpa subjetiva asociada a sentimientos de remordimiento y auto condena desproporcionados a la intensidad de la acción.

Culpa existencial

La culpa existencial surge del principio de responsabilidad existencial, donde se desarrolla la idea que tenemos la responsabilidad de crear una vida de significado, transformación y crecimiento, viviéndola en todas sus potencialidades. No cumplir con esta responsabilidad conduce a lo que los existenciales denominan como culpa existencial, que contribuye a la sensación de poder haber hecho más. La hipótesis del sentimiento de culpa existencial es la raíz de la ansiedad e ira ante la muerte. Por lo tanto, las orientaciones existenciales suelen centrarse en los conceptos de completar las tareas de la vida, rectificar, perdonar y pedir perdón, tratando de aceptar la vida que uno ha vivido (Breitbart, 2017).

Teorías del desarrollo del sentimiento de culpa

Modelo de Lewis.

Lewis (1992), diferencia entre emociones primarias y emociones secundarias. Las emociones primarias aparecen de forma innata, a diferencia de las secundarias que son aprendidas a través de la experiencia y donde se necesita la autoconsciencia y observación de uno mismo y la interacción con el otro, para que estas aparezcan. En las emociones secundarias, se encuentran las emociones autoevaluativas, como la culpa. La culpa, surge como una reacción emocional que tiene como antecedente algún tipo de juicio de la persona sobre su propia acción y donde hay una autoevaluación de la propia conducta.

Modelos educativos de culpa.

Hoffman (1994), en sus estudios, nos habla de la internalización de normas, mediante explicación o mediante castigos y amenazas. La internalización de normas a través de castigos

y amenazas es un tipo de aprendizaje que impide una internalización adaptativa, poniendo así en marcha, mecanismos desadaptativos de defensa. Bronfenbrenner (1994), afirma que una interiorización de las normas adecuada se da cuando ante una conducta incorrecta se explica cuál ha sido el problema y de qué manera ha afectado en los demás, lo que favorece formas más adaptativas de la culpa.

Aportaciones del psicoanálisis.

Según Freud (1973), la culpa surge como una forma de angustia, donde realizar un acto malo estaría relacionado con la posibilidad de pérdida del afecto por parte de los demás, ya sea real o imaginada. La aparición de ésta, por tanto, supondría el paso al control interno de la propia conducta, sin embargo, una mala adaptación a esta supondría actitudes de autocastigo y la posible aparición de patología. La vía de curación de la culpa sería asumir la responsabilidad del error cometido.

Melanie Klein (1982) relaciona la culpa con las etapas tempranas del desarrollo infantil, donde la culpa aparece como un daño al objeto amado, que causa a su vez, impulsos agresivos. La culpa, es la expresión de la agresividad que la persona esconde al superyó, por tanto, el aprendizaje del sentimiento de culpabilidad está relacionado con las primeras experiencias de frustración. La frustración que experimenta un sujeto requiere de una explicación, y la primera a la que se recurre, es a la de considerarse culpable de lo que ha pasado, lo que lleva a la depresión, para evitar el rechazo que el sentimiento culpa conlleva.

Alice Miller (1985) desarrolla la idea de que a través de los mensajes que mandan nuestros referentes, producirían un condicionamiento infantil de los actos malos que ocurren y uno mismo. El adulto enseña al niño las cosas malas que ocurren, las cosas malas que se hacen y lo malo que se es. Esta idea que enseñan establece una relación entre hechos negativos que ocurren y la propia persona, lo que en la vida adulta del niño puede hacer que se atribuya las responsabilidades de cualquier hecho que le ocurra a él mismo.

Aportaciones desde el conductismo.

El conductismo, aporta la idea de que el origen de la culpa es la regulación social y ésta aparece como una emoción desagradable relacionada con determinadas conductas a través de un proceso de condicionamiento. La culpa es una emoción condicionada, es decir, un sujeto

comete una acción concreta que provoca desaprobación social y una retirada del afecto, lo que causará en la persona que hace la conducta, un cierto nivel de angustia y malestar. Ante una nueva situación, esa misma acción, directamente provocará la sensación de angustia y malestar (Pérez Salés, P., 2006).

Teorías constructivistas de la culpa.

Dentro de las teorías constructivistas, podemos hablar de la teoría de la discrepancia donde nos habla que las emociones desagradables, como la culpa en este caso, aparecen como resultado de discrepancias entre las propias creencias de una persona. Las creencias de las personas se basan en tres tipos de dominios del self: El self real (autoconcepto), que serían los atributos que la persona realmente tiene; self ideal (guía personal), que sería los atributos que desearía tener; self que debería (guía personal), que sería los atributos que debería o tendría que tener. La teoría de la discrepancia habla de cómo las personas difieren de qué guía personal seguir, por lo que, si surgen discrepancias entre el autoconcepto y las guías, como consecuencia aparecerían emociones desagradables, como en este caso la culpa (Higgins, T.E., 1999).

Por tanto, el modelo de la culpa se basa en los guiones que la persona cree que tiene sobre sí mismo y sobre lo que los demás piensan de él y a través de ellos, puede dar sentido a lo que siente o a lo que le pasa. Este modelo se trabajaría en terapia, disminuyendo la discrepancia entre el autoconcepto y los demás guiones, modificando las interpretaciones que hace y cambiando las guías personales (Higgins, T.E., 1999).

Teoría intrapsíquica.

La teoría intrapsíquica, desarrolla la idea de que, desde nuestra infancia, se nos enseña a interiorizar reglas y valores morales donde la culpa, aparece como una reacción emocional que surge al desobedecer a nuestros valores morales internos a través de nuestro comportamiento (Fromm E., 1985).

Teoría interpersonal.

La teoría interpersonal, considera la culpa como un fenómeno basado en las relaciones cercanas e interpersonales. Desde esta perspectiva, una persona se siente culpable cuando tiene el conocimiento de que, a causa de sus acciones, ha provocado un daño, engaño o enfado a

alguien, teniendo así un comportamiento egoísta y no altruista hacia el otro. El sentimiento de culpa se basa en no haber tenido empatía y compasión hacia el otro (Baumeister et al., 1994).

Logoterapia: La triada trágica.

Cuando hablamos de culpa en la logoterapia, hablamos de la triada trágica. Según Frankl (2009) la logoterapia es una psicoterapia centrada en el sentido en la que se refleja que el hombre es un ser que se encuentra en constante búsqueda de sentido, pero que esta búsqueda, muchas veces queda en vano, debido a la triada trágica: sufrimiento, culpa y muerte. El ser humano, a lo largo de su vida, va a pasar por todos ellos y, por tanto, debemos hacer frente a estos aspectos trágicos de la existencia. Frankl (2009), expone que se puede extraer sentido transformando cada uno de ellos en algo positivo: el sufrimiento en servicio, la culpa en cambio y la muerte en impulso para la acción responsable. La culpa, en concreto, es un mecanismo de cambio y reparación donde el hombre, responsable de sí mismo, debe asumir la responsabilidad de lo que ha hecho para su posterior transformación y cambio.

Situación global del suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) estima que alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año en todo el mundo. El Instituto Nacional de Estadística (INE), ha publicado los resultados definitivos de las defunciones por suicidio del año 2021 en España, con un total de 4003 personas, divididos en un total de 2982 hombres y 1021 mujeres (INE, 2022). El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte externa en España, triplicando casi a los accidentes de tráfico, multiplicando por 14 los homicidios y por 85 la violencia de género (FEEPS, 2020).

La muerte por suicidio es un acontecimiento traumático tanto para el entorno familiar, como para el entorno social de la persona fallecida. La literatura, refiere que el duelo por suicidio es totalmente diferente al duelo por otros tipos de muerte. El duelo por suicidio es un tipo de duelo que tiene un alto riesgo de duelo complicado debido al ser una muerte repentina, inesperada y violenta (Mauro C., et al., 2018) y donde existe un mayor riesgo de desarrollo de un trastorno mental y de dificultades en el funcionamiento diario (Erlangsen et al., 2017). La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2019, p.17), estima que por cada muerte por suicidio quedan de seis a diez personas afectadas, aumentando la probabilidad de

complicaciones en el proceso de duelo, marcado por sentimientos de culpa por “no haber sabido verlo”.

En general, existe una alta estigmatización sobre el suicidio, que viven también los familiares a través del juicio social, y que, por tanto, junto a la vergüenza, hace que se puedan culpar más a sí mismos por lo ocurrido (Sheehan, L. et al., 2018), lo que provoca además un mayor grado de aislamiento social a modo de evitar hablar sobre la causa de muerte.

Cuando se da un suicidio en el entorno familiar, la repercusión que causa en los familiares es muy impactante y traumática. Las familias en duelo por suicidio experimentan una disminución en la unión y adaptación familiar, además de altos sentimientos de dolor, traición, ira, resentimiento, vergüenza y culpa (Jeon, J.S., 2018).

En este tipo de duelo, la atención se suele poner en las acciones hechas y no hechas que se tuvieron (Hong, K.J., 2020), en las señales que se pasaron por alto (Corrigan, P.W.; Rao, D., 2012), y en no haber podido salvarle del suicidio (Ross, V. et al., 2018), lo que aumenta los sentimientos de culpa y la herida traumática que supone lo ocurrido. Todo esto, genera en ellos una sensación enorme de vacío, que los lleva a perder la esperanza a encontrar un sentido en sus vidas, por lo que este tipo de familias tiene un mayor riesgo de pensamientos e intentos suicidas a diferencia de los duelos de familiares por otro tipo de muertes (Corrigan, P.W., et al., 2018), de ahí, la importancia de las intervenciones en las familias tras un suicidio para un manejo adecuado del proceso de duelo.

Trauma y suicidio

La experiencia de un trauma aparece tras un evento adverso y dañino que una persona experimenta física y/o emocionalmente, que tiene como resultado consecuencias devastadoras, prolongados en el tiempo, que influyen en el funcionamiento físico, cognitivo, emocional y espiritual de la persona (Procter et al. 2017). El suicidio, es un acontecimiento traumático que supone una pérdida del sentimiento de seguridad y de confianza respecto a los demás y el mundo que la persona superviviente tiene.

En ocasiones, los supervivientes son los primeros en descubrir el cuerpo de la persona fallecida. Cuando esto ocurre, los individuos luchan por sacarse de la mente las imágenes, ya que suelen aparecer recurrentemente (Callahan, J., 2000). En esas circunstancias, las personas viven una angustia marcada por miedo y horror ante la aparición de las imágenes de ese

momento. En el caso de los sucesos traumáticos, los recuerdos, pensamientos e imágenes están asociados a una carga emocional muy intensa por lo que logran una mejor consolidación en la memoria, aunque a veces, se vuelven imprecisos, van y vuelven o se rellenan huecos con el fin de intentar dotar al suceso de una coherencia (Abend et al., 2014).

Los síntomas del trauma que suelen aparecer se describen como síntomas físicos; estado de alerta excesivo, agotamiento, trastornos del sueño etc; síntomas cognitivos como pensamientos intrusivos, rumiaciones, imágenes recurrentes del evento, pesadillas, falta de concentración etc; síntomas emocionales y conductuales (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2014). Los sobrevivientes de pérdidas por suicidio experimentan niveles más altos de depresión, ansiedad, ideación e intentos suicidas (Cerel et al., 2017; Levi-Belz y Gilo, 2020; Maple et al., 2018; Pitman et al., 2014) y presentan altos niveles de síntomas de TEPT (Mitchell y Terhorst, 2017).

La vivencia de un trauma temprano y la interrupción del apego, conduce a dificultades en la vida adulta, donde las personas con antecedentes traumáticos no responden al estrés de la misma manera que aquellas sin este tipo de antecedentes. Estas personas, ante eventos estresantes y ante dificultades, pueden experimentar sentimientos similares a la vivencia traumática (Van der Kolk, 1994).

Tedeschi y Calhoun (2004) fueron pioneros en el concepto de crecimiento postraumático, un constructor que emplearon para referirse a la transformación psicológica positiva como resultado de un proceso de creación de significado tras un evento traumático. En un estudio reciente, Wu et al. (2019) encontraron que la prevalencia de un crecimiento postraumático entre quienes vivieron sucesos traumáticos fue del 52,58%. Según Waugh et al. (2018), las personas en duelo tienen la capacidad de experimentar elementos de crecimiento tras una pérdida.

La culpa en el duelo por suicidio

Cada doliente experimenta el duelo de manera única y diferente, influyendo así sus antecedentes culturales y familiares, experiencias de vida, valores y creencias personales (Testoni I. et al., 2018), sin embargo, hay síntomas frecuentes y comunes en el proceso de duelo, tanto cognitivos, como emocionales y fisiológicos y donde el sentimiento de culpa es una reacción que aparece frecuentemente. La culpa, es una respuesta común tras la pérdida de un ser querido y se considera un tema importante en el proceso de duelo (Li et al., 2018), pero

cuando ésta es desproporcionada a la situación y persistente en el tiempo e intensidad, se tiene que tener muy en cuenta ya que podría complicar proceso de duelo.

Así pues, Li y su equipo (2014) definen la culpa en el duelo como una reacción emocional de remordimiento, que reconoce no haber estado a la altura para el difunto y por la causa de muerte. Estudios más recientes del mismo autor, relaciona la culpa con la presencia de responsabilidad por la muerte, con el comportamiento que se tuvo hacia el fallecido en vida o el hecho mismo de vivir cuando la persona fallecida no está, lo que se denominaría, la culpa del superviviente (Li et al., 2018).

Existen diferencias en el sentimiento de culpa, según la causa de muerte, siendo la muerte por suicidio la que presenta más tendencia a sentir culpa los familiares, a diferencia de otros tipos de muerte, como podría ser una muerte natural o por enfermedad (Tal et al., 2017). Generalmente, el suicidio está considerado como una muerte evitable, lo que podría explicar que las personas tengan más sentimientos de culpa que en otro tipo de muertes, ya que las personas se aferran a la idea de poder haber hecho algo por evitar lo ocurrido.

Jordan (2020), plantea que, ante la muerte por suicidio, se genera una rumiación constante sobre la muerte, sobre el cómo y porqué se cometió el acto y hay una intensa necesidad de buscar explicación a la muerte, que generalmente, cuando no se obtienen esas respuestas, surgen sentimientos de culpa muy intensos. Las características más comunes que representan el duelo por suicidio son la necesidad de dar un sentido a la muerte para comprender que sucedió e intensos sentimientos de culpa, responsabilidad, abandono, rechazo e ira (Young et al., 2012). El impacto del suicidio repercute de esta forma tan adversa debido a lo inesperado de la muerte, y se agrava todavía más si el método utilizado para suicidarse fue violento (Baños-Chaparro, 2021), o si el cuerpo es encontrado por el propio familiar (Spillane et al., 2018).

Spillane (2018), en su estudio, explica en tres etapas, cómo sería el enfrentamiento al duelo por suicidio. Las primeras reacciones psicológicas y emocionales que surgen son culpa, vergüenza, negación y tristeza muy intensa, además de enfado con el familiar que cometió en acto. Posteriormente, surge una necesidad de búsqueda de apoyo a raíz de los problemas psicológicos y físicos que están experimentando. Por último, una vez cumplida la tarea de comprender y aceptar lo sucedido, surgiría la reconstrucción de la vida sin el fallecido

Los resultados de las investigaciones sobre la culpa en el duelo indican que la culpa es un predictor importante para el desarrollo de psicopatología en el duelo después de una muerte

súbita o inesperada (LeBlanc et al., 2020; Stroebe et al., 2014). Un estudio reciente de personas en duelo por pérdida de un hijo a causa del suicidio mostró una fuerte asociación entre los sentimientos de culpabilidad con la depresión, el duelo prolongado y los síntomas del TEPT (Feigelman & Cerel, 2020). Estos resultados, muestran la importancia y la necesidad de la creación de programas de intervención donde se trabaje el sentimiento de culpa tan presente en los procesos de duelos complejos, con el fin de prevenir duelos complicados o el desarrollo de alguna patología mental.

Trabajo de la culpa desde los diferentes tipos de terapia

El trabajo de la culpa en terapia es un trabajo complejo, pero muy necesario, ya que podemos observar que este sentimiento está presente en casos de duelo. La culpa se puede trabajar desde diferentes enfoques y en función tanto de la vivencia de culpa que presente el paciente como por el motivo de la presencia de esta.

En terapia, la culpa generalmente se trabaja desde la reconstrucción de los hechos de la vivencia de ésta, explorando así, el tipo de culpa presente, errores cognitivos, conciencia de la evaluación del daño, responsabilidad que se tuvo etc. Sin embargo, en función de las diferentes corrientes, y el tipo de vivencia de culpa, el trabajo de ésta se realiza de diversas maneras, según las necesidades, creencias y preocupaciones del paciente.

Psicodrama.

El psicodrama es un modelo terapéutico de intervención grupal creado por Jacobo Levy Moreno, que trata de que los pacientes recreen una situación concreta, con el objetivo de adquirir una mayor comprensión de su situación, de sus pensamientos y sentimientos y aumentar su capacidad personal recursos y fortalezas (Moreno J.L., 1975). Este modelo de intervención ha sido aplicado en intervenciones dedicadas al duelo y puede adaptarse a una terapia individual junto a técnicas gestálticas como la silla vacía.

El psicodrama ofrece técnicas y estrategias, para lidiar con la muerte, las experiencias y sentimientos relacionados con ella, a través de técnicas de juego de roles y dramatización para resolver problemas interpersonales e intrapsíquicos (Giacomucci, 2019), como sería el sentimiento de culpa, tras el suicidio de un familiar o allegado. En el psicodrama, el paciente representa a través del intercambio de roles, dos roles en concreto, el suyo y el del familiar fallecido. Primero representaría el suyo, donde se trabajaría el problema presente, el

sentimiento de culpa y donde expresaría y narraría ese sentimiento a través de la liberación emocional de sentimientos. Más tarde se cambiaría el rol con la persona fallecida, donde se interpretaría como podría estar viendo la persona fallecida, y lo que le respondería a él sobre que se esté culpando por su muerte. Mientras el paciente interpreta el papel del fallecido, el terapeuta, le hace las preguntas sobre las que él respondería como persona fallecida. Tras este diálogo volvería a su rol principal, el suyo.

Constructivismo.

El constructivismo, es un modelo de terapia que enfatiza la necesidad de buscar un significado en nuestras experiencias (Neimeyer, 2009). Desde una perspectiva constructivista, se busca restablecer una narrativa coherente para resolver las incoherencias entre la pérdida y el propio sentido de significado.

Para trabajar la culpa desde el constructivismo, se puede hacer uso de técnicas como contar la narrativa de la pérdida centrándonos en las partes más difíciles de la experiencia y sobre los sentimientos que nos evoca, como sería el sentimiento de culpa; escritura terapéutica, mediante cartas que no se envían, expresando lo que no se pudo expresar, reabriendo un diálogo que tenga como objetivo resolver problemas no resueltos o mediante un diario, donde se pueda expresar los pensamientos y sentimientos más difíciles que han provocado la pérdida, como la culpa; uso de fotografías, que nos permitan aumentar la conexión simbólica con el fallecido, para facilitar la narrativa de la historia; uso de metáforas, para describir la vivencia de culpa y el dolor sobre la pérdida (Neimeyer, R.A, 2002)

Terapia Centrada en el Sentido.

La terapia centrada en el sentido tiene sus raíces en la logoterapia, corriente psicológica fundada por Víktor Frankl influenciada por la psicología humanista y filosofía existencial (Freire, 2007). El pensamiento de Frankl (1999), estuvo marcado por la importancia de buscar un sentido a las situaciones de sufrimiento y dolor con el objetivo de potenciar las fortalezas del ser humano. La logoterapia es una psicoterapia centrada en la persona, dirigida no al síntoma, sino a introducir un cambio en la postura frente al síntoma.

Las bases de la logoterapia hablan sobre la libertad del ser humano, libertad no de sus circunstancias, que son inevitables, sino de la libertad de elección para adoptar una postura frente a ellas y frente a su sufrimiento (Almario, 2014), asumiendo así una actitud de búsqueda

hacia un sentido a pesar del sufrimiento. Por lo que, el ser humano, además, es responsable de tomar o no esa actitud para poder llegar a una vida de progreso y de sentido. Frankl (1995), avala la idea de que toda situación en esta vida tiene un sentido, aunque en el momento que se viva no se encuentre, con la actitud que se tome frente a ella, se puede descubrir un significado y un valor de ella. Por ello el hombre, está dispuesto a aceptar el sufrimiento si ese sufrimiento tiene un sentido.

La terapia centrada en el sentido es una psicoterapia de orientación logoterapéutica, en la que se trabaja el sufrimiento como parte de la vida, ya que la evitación del mismo conduce a la desesperación de la persona. Esta terapia se centra en los recursos personales y en la capacidad que tiene el ser humano para cambiar su actitud frente a sus circunstancias con el objetivo de aumentar la tolerancia al malestar y aceptar el sufrimiento inevitable (Martínez, E., 2013). El modelo de terapia centrada en el sentido reconoce que cuando un vacío llena la existencia humana, todos los comportamientos, están dirigidos a llenar este vacío (Baumeister, 1991; Klinger, 1977), por lo que las personas que están pasando por un proceso de duelo por suicidio y que tienen un fuerte sentimiento de culpa muy presente, todo sus comportamientos, pensamientos y emociones estarán dirigidos a ella.

El foco de esta terapia se pone en la reconstrucción de significados, a partir de experiencias difíciles y a través de la transformación de su visión sobre su experiencia, reescribiendo así su propia historia y logrando un cambio positivo y adaptativo. Reconstruir el significado de la historia, empieza por aceptar la historia, lo que implica, confrontar y experimentar las emociones negativas como la culpa, el impacto que ha tenido en la vida de uno y aceptar que se tiene que aprender a vivir con lo que no se puede cambiar (Wong, P. T. P. (2006).

Los principales elementos que se desarrollan la terapia centrada en el sentido, derivados de la logoterapia, son los recursos noéticos, características que Frankl (1992) consideraba fundamentales en la existencia humana. Estos recursos de los que habla son la autotranscendencia y el autodistanciamiento (Martínez, E. 2013). El primer recurso es el autodistanciamiento, que es la capacidad de distanciarse de sí mismo, de la situación y de tomar una postura frente a ella, para tomar el control de los procesos cognitivos-emocionales (Frankl, 1994a). El autodistanciamiento incluye autocomprensión, que es la capacidad para darse cuenta y comprender lo que sucede, sus pensamientos, sentimientos y sus estrategias de afrontamiento; autorregulación, capacidad de tomar distancia y regular los procesos cognitivos y emotivos,

aceptando y tolerando el malestar, para aprender a regularlo; auto proyección como capacidad y motivación al cambio, evaluando y observando el precio y las ganancias de ese cambio (Martínez, E., 2013). El segundo recurso, la auto transcendencia, es la capacidad de dirigirse a algo, algo más que a sí mismo, permite la voluntad de sentido y es la esencia de la existencia humana, por lo que es un pilar fundamental en la terapia centrada en el sentido (Frankl 1994b).

Terapia Centrada en el Círculo de Seguridad.

John Bowlby, en los años 60 desarrolla la teoría del apego, que explica la influencia de las primeras experiencias tempranas y la relación con las figuras de apego, en el desarrollo del niño (Bowlby, J., 1973,1979,1988/1989). El vínculo con la primera figura de apego se establece nada más nacer, ya que es quién regula las propias necesidades del bebé, tanto físicas como emocionales, debido a que no son capaces de hacerlo por ellos mismos y, por tanto, necesitan esa figura como manera de garantizar su propia supervivencia (Botella y Corbella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999).

La teoría del apego menciona que las experiencias vinculares construyen representaciones mentales sobre uno mismo y los demás, llamadas por Bowlby (1973), modelos de trabajo interno, formadas en la interacción con las figuras de apego y el ambiente y a través de estos modelos, los individuos perciben, interpretan y responden a las relaciones con sus cuidadores principales y con los demás

Las figuras de apego son aquellas personas a las que buscamos proximidad, de las que nos resistimos a la separación, a las que recurrimos cuando estamos angustiados y de las que obtenemos apoyo y aliento a medida que exploramos el mundo (Fraley R.C; Davis K, 1997). Por lo que aquellas situaciones que pongan en peligro esa relación darán lugar a reacciones como ansiedad intensa y fuerte malestar emocional.

Una vez se establece la relación de apego, los niños son capaces de utilizar a esa figura como una base segura para explorar el entorno, así como un refugio seguro al cual regresar y acudir para obtener seguridad, protección y calma (Ainsworth, 1969). Lo importante de estas relaciones es la creencia del individuo acerca de la disponibilidad de su figura de apego cuando la necesita y quiera acudir a él (Field et al., 2005).

Mary Ainsworth (1978, 1989), clasificó los estilos de apego, evaluándolos a través de lo que denominó "situación extraña", observando la relación entre madre e hijo a través de

separaciones, encuentros con extraños y reencuentros con la figura de apego, identificado así 3 tipos de apego:

Apego seguro. En este tipo de apego la relación se basa en un contacto continuo, una relación afectuosa y donde hay una sensibilidad y disponibilidad ante las necesidades del niño, ofreciendo así un espacio para explorar con seguridad a la vez que la acogida cuando el niño necesite volver a los brazos de su cuidador. El niño se siente aceptado y en confianza.

Apego inseguro evitativo. Se contemplan conductas de cuidadores de rechazo, aversión al contacto y de dificultad para regular las emociones del niño, por lo que niños con este tipo de apego, evitan el contacto cercano y se distancian de su cuidador

Apego resistente/ambivalente es propio de niños que responden con conductas de protesta y ansiedad ante la separación, siendo así, difíciles de calmar y con una expresión exagerada de emociones. El niño se siente inseguro a la hora de explorar el ambiente y de separarse de su cuidador, por lo que el reencuentro suele ser con una expresión de enfado. Su cuidador se encuentra física y emocionalmente disponible de manera intermitente, sus respuestas son impredecibles y ambivalentes, entre sobreprotección y frialdad.

Main y Solomon (1986) identificaron un cuarto tipo, desorganizado. Este apego está caracterizado por mostrar una gran inseguridad y por responder con conductas incoherentes, contradictorias, extrañas como respuesta al encuentro con la figura de apego (Delgado y Oliva Delgado, 2004), como una combinación conductas de acercamiento con otras de rechazo. El estilo parental es temible, conductas inesperadas, inconsistentes, de violencia...

Las investigaciones a cerca del duelo hablan de la importancia e influencia del tipo de apego sobre las reacciones en el proceso de duelo (Wijngaards-de Meij et al., 2007a). La teoría de apego de Bowlby sugiere que las representaciones de apego individuales influyen en los procesos y patrones de regulación emocional durante el duelo (Bowlby, 1980).

El círculo de seguridad es una intervención basada en la teoría del apego y diseñada para promover la seguridad del apego, con el fin de desarrollar la capacidad reflexiva sobre los procesos internos que impulsan las interacciones con las figuras de apego, conociendo así las necesidades de los hijos y las vulnerabilidades de los padres en relación al cuidado, rompiendo así con patrones de crianza inseguros (Pazzagli, C., et al., 2014). El COS representa a los padres como unas manos más fuertes, más grandes y más sensatas, capaces de sostener a sus hijos, términos que Bowlby empleó para describir el papel de los padres (Bowlby, 1988). En el COS,

se trabaja desde la capacidad reflexiva sobre la experiencia de apego que han tenido los padres sobre la relación que tienen con sus hijos, con el fin de comprender las interacciones entre ellos y las transmisiones generacionales de los apegos.

Galán (2019), explica que cuando hay una relación de apego insegura, la persona suele presentar un mayor riesgo de dificultades cognitivas, afectivas, conductual y/o relacionales, por lo que es imprescindible intervenir en la regulación de estas áreas guiando el vínculo de apego dentro de la relación terapéutica. En el proceso terapéutico, según Holmes (2009), el terapeuta ha de actuar como un cuidador responsivo, sensible, coherente, fiable, actúa como las manos del paciente y, por tanto, sirve como refugio seguro desde donde la persona puede explorar y reflexionar sobre recuerdos y experiencias dolorosas, puede desarrollarse y producir cambios y donde representa también un lugar seguro al que pueden volver en busca de restablecimiento emocional.

En la intervención del COS, es importante evaluar en el superviviente, el tipo de vínculo que se tenía con la persona fallecida, ya que influye en el curso, intensidad y tipo del duelo después de la muerte de un progenitor. Los factores que afectan en el proceso de duelo, relacionados con el apego son la calidad y el tipo de vínculo que éste ha tenido durante su infancia con sus progenitores, en concreto, con el fallecido y los vínculos de su vida adulta (Shear, K., et al., 2007).

Tanto el apego como el duelo están involucrados en la creación de narrativas que modifican nuestro sentido del yo y nuestras interacciones con el mundo y los demás. La pérdida no resuelta, como se da en los casos de suicidio, resulta extremadamente difícil de integrar y, en consecuencia, pueden surgir creencias irracionales sobre los motivos y causas de ésta, sentimientos de culpabilidad, rabia, desesperanza, donde, además, puede comenzar un proceso de duelo complicado. Por lo que, explorar y aceptar el tipo de vínculo que había entre el doliente y el fallecido durante su vida, puede servir como recurso para integrar la realidad de la pérdida, la irreversibilidad de la misma y para romper con esa internalización de la culpa, ya que se entiende que el motivo del suicidio no tuvo que ver con el vínculo del doliente (Field y Filanosky, 2010).

Justificación del programa

Actualmente, la culpa, dentro del ámbito clínico, es un objeto de estudio con muchas limitaciones sobre su trabajo en la intervención terapéutica, sin embargo, el sentimiento de culpa es uno de los temas con el que el Psicólogo General Sanitario o el Psicólogo Clínico más han de lidiar en la intervención clínica. Así pues, existe una falta evidente de programas de intervención que enseñen a trabajar la culpa en su totalidad. En el caso de la culpa en el suicidio, las diferentes investigaciones y terapias como la logoterapia, el existencialismo, constructivismo etc, muestran herramientas y estrategias terapéuticas para trabajar la culpa, sin embargo, no se han encontrado programas específicos para supervivientes de suicidio de un progenitor, siendo el suicidio y sus consecuencias un asunto actualmente de emergencia sanitaria.

Por tanto, dado que la culpa es un sentimiento tan presente en terapia, se considera necesario crear un programa dirigido al desarrollo de competencias para la intervención de la culpa en terapia, para en un futuro poder empezar a recoger evidencias científicas en este campo. Dado que existen diferentes tipos de culpa, experimentadas según las personas de una manera u otra y debido a acontecimientos distintos, la elección de programa está dirigida para trabajar la culpa en el contexto traumático de duelo por suicidio, dada la gravedad de la situación que estamos viviendo en relación a los casos de suicidio.

Respecto al currículo tanto del Psicólogo General Sanitario como del Psicólogo Clínico, se considera necesario incluir este tipo de formación en los planes de estudio, ya que no se contempla en ambos recorridos curriculares que se reciba formación al respecto. Es cierto que sí existen programas de estudio sobre suicidio y el manejo de la conducta suicida, pero es necesario incluir una formación específica dedicada a la intervención en duelo en supervivientes suicidas, donde se capacite a los psicólogos para intervenir con familiares y allegados dada la importancia y la necesidad de apoyo que estos también necesitan.

Como se ha visto en apartados anteriores, la sociedad está viviendo una crisis de salud mental, donde se puede comprobar con los altos registros de suicidios en todo el mundo. En concreto, en nuestro país, se han registrado 4003 suicidios en el año 2021 (INE, 2022). Dada la importancia de esta situación y el dolor (dolor que muchas ocasiones se convierte en enfermedades mentales) que causa este tipo de muerte en los familiares, los cuales muchas veces no se tienen en cuenta, es evidente la necesidad y urgencia de crear programas dirigidos a ellos, a los supervivientes de suicidio. La alta presencia de culpa en los familiares y las pocas intervenciones que existen dirigidas al tratamiento específico del sentimiento de culpa, se

considera fundamental no solo tenerla en cuenta en el tratamiento de duelo, sino crear un programa específico y dedicado a ella. El suicidio de un progenitor es un factor de riesgo suicida y esto, junto a la presencia de culpa aumenta el riesgo de vivir un duelo complicado.

Por ello, el presente programa, está dirigido a la formación en intervención de la culpa en este tipo contexto, a través de la terapia centrada en el sentido y desde el círculo de seguridad con el objetivo de proporcionar a los terapeutas la capacidad de manejar y desenvolverse junto a herramientas como el diálogo socrático, con el objetivo de modificar las creencias del paciente respecto a la vivencia de culpa.

Establecimiento de objetivos del programa

Objetivo General

El objetivo general del presente programa es el diseño de una formación para dotándoles de competencias para la exploración, evaluación e intervención de la vivencia de culpa a causa del suicidio de un progenitor desde la terapia centrada en el sentido, el apego y el círculo de seguridad.

Objetivos Específicos

- Identificar las creencias de los terapeutas a cerca del suicidio, culpa y apego.
- Psicoeducar a los terapeutas a cerca del suicidio, culpa y apego.
- Aprender a trabajar desde el círculo de seguridad, creando con el paciente un refugio seguro para su exploración.
- Aprender el manejo técnicas logoterapéuticas como el diálogo socrático.
- Aplicar técnicas en casos clínicos reales.
- Ofrecer herramientas para la evaluación y exploración de la culpa.
- Ofrecer herramientas para la evaluación y exploración del apego y el tipo de apego entre el paciente y su progenitor.
- Ofrecer herramientas para trabajar la culpa.
- Aumentar las estrategias de los terapeutas para potenciar la capacidad de reflexión del paciente sobre su propio comportamiento, pensamientos y sentimientos respecto a sus interacciones de apego y cuidado.
- Proporcionar técnicas a los terapeutas para que puedan trabajar un sentido de vida sano en sus pacientes como elemento de intervención de la culpa.

- Proveer de técnicas de intervención específicas para que puedan trabajar el perdón en el proceso terapéutico.

Diseño de la intervención

El presente programa, es un protocolo de formación para Psicólogos Generales Sanitarios y Psicólogos Clínicos sobre la intervención de la culpa en casos de suicidio de un progenitor. Dada la situación que estamos viviendo en relación al suicidio y dada la presencia de culpa que surge muchas veces en estos casos en los allegados, es necesario que sea expresada y trabajada, por lo que este programa da la oportunidad de ofrecer una formación a terapeutas, dedicada íntegramente al trabajo de la culpa, a través de la terapia centrada en el sentido y desde el círculo de seguridad, por lo que, los terapeutas, desarrollarán la capacidad de manejar el malestar emocional del paciente asociado la culpa y la capacidad de confrontar al paciente con su vivencia, a través del manejo de técnicas logoterapéuticas, desde el acompañamiento en la búsqueda de sentido del paciente y desde la construcción de un lugar seguro para el paciente.

Población Diana

El programa está dirigido a Psicólogos Generales Sanitarios y Psicólogos Clínicos. Este programa, es un protocolo docente que sirve como herramienta para ser aplicado en el ámbito clínico, en los casos en que los terapeutas observen que el paciente esté en un proceso de duelo por suicidio de un progenitor y donde haya presencia de un fuerte sentimiento de culpa. El programa está diseñado para impartirse en un grupo con un máximo de 8 psicólogos, para que haya una buena dinámica y participación del grupo.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión.

- Para la implementación de este programa, es necesario que el terapeuta tenga el título de Psicólogo General Sanitario o Psicólogo Clínico.
- Que comprenda el idioma en el que se imparte la formación.

Criterios de Exclusión.

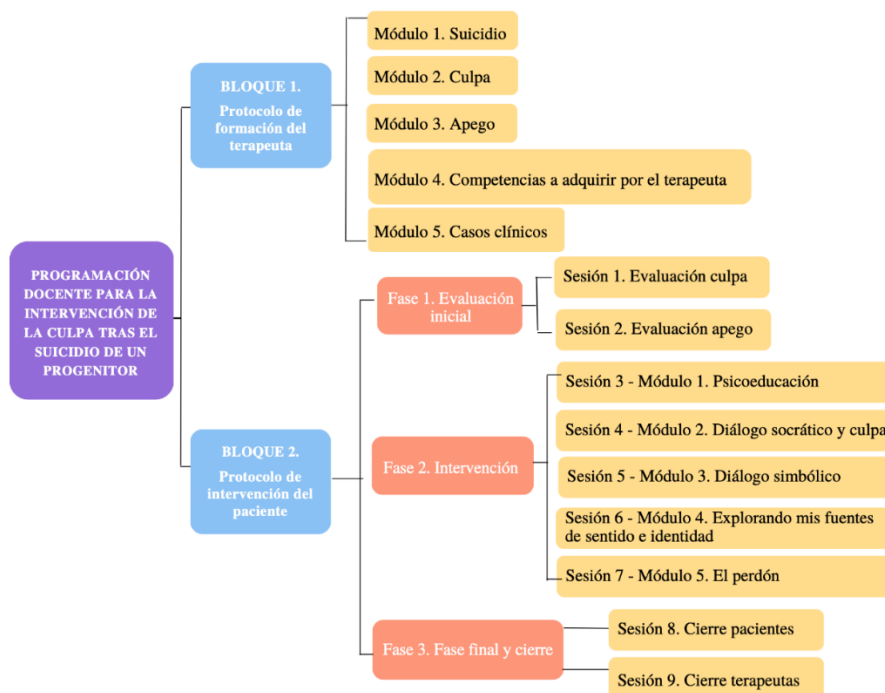
- Cualquier psicólogo que no ejerza en el ámbito general sanitario o clínico.

Fases y estrategias del programa

Para ofrecer una organización de las fases y estrategias del programa, a continuación, se presenta un esquema que expresa de forma visual los distintos módulos, sesiones y dinámicas que se ofrecerán en la intervención.

Figura 1.

Programación



Descripción del proceso seguido para la implementación del programa

Acciones y actuaciones del programa

Bloque 1. Protocolo de formación del terapeuta.

El primer bloque es un protocolo dirigido a los terapeutas, donde el objetivo principal es identificar las creencias que tienen los propios terapeutas a cerca del suicidio, culpa y apego, vinculadas a sus experiencias y aprendizajes. Además, se pretende ofrecer estrategias y técnicas para trabajar estos temas en la intervención con el paciente. Estos temas estarán divididos en 5 módulos, en los que cada tema se trabajará en un módulo diferente. Los módulos del presente bloque se trabajarán de manera interactiva, por lo que cada uno tendrá diferentes dinámicas y

ejercicios prácticos en los que se hará reflexionar a los terapeutas sobre aquello que se vaya a trabajar. Vinculado a este objetivo principal, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las creencias de los terapeutas a cerca del suicidio, culpa y apego.
- Psicoeducar a los terapeutas a cerca del suicidio, culpa y apego.
- Aprender a trabajar desde el círculo de seguridad, creando con el paciente un refugio seguro para su exploración.
- Aprender el manejo técnicas logoterapéuticas como el diálogo socrático.
- Aumentar las estrategias de los terapeutas para potenciar capacidad de reflexión del paciente sobre su propio comportamiento, pensamientos y sentimientos respecto a sus interacciones de apego y cuidado.
- Aplicar técnicas en casos clínicos reales.
- Proporcionar técnicas a los terapeutas para que puedan trabajar un sentido de vida sano en sus pacientes como elemento de intervención de la culpa.

Módulo 1: Suicidio.

En este módulo (Anexo I), el objetivo principal es desmontar las creencias de los terapeutas a cerca del suicidio. En esta sesión, se pretende ofrecer a los terapeutas una psicoeducación a cerca de los mitos sobre el suicidio, cifras, datos actuales y generales del suicidio en España, el estigma en los supervivientes y la vivencia de los familiares. Para trabajar sobre estas temáticas, a raíz de varias preguntas, se les invita a los terapeutas a reflexionar respecto a las creencias de uno frente a la evidencia científica.

Módulo 2: Culpa.

El segundo módulo (Anexo II), tiene como objetivo principal explorar la culpa asociada al suicidio desde la logoterapia. En esta sesión, para trabajar con las creencias de los terapeutas sobre la culpa, se propone una dinámica sobre experiencias propias de culpa y sobre los componentes que conforman a la culpa, invitando así al terapeuta a reflexionar sobre lo que define, compone y esconde la culpa. Esta reflexión propone finalmente, una puesta en común entre los terapeutas para observar las diferencias en las vivencias de culpa de cada uno, y en cómo cada uno comprende lo que conlleva el sentir culpa.

Cuando hablamos de culpa, es importante hablar de vergüenza. Por lo que, en este módulo, se dedica un apartado a atender y explorar el concepto de vergüenza y relación de ésta con la culpa y el suicidio. En este apartado se atiende a las diferencias entre vergüenza y culpa, a los componentes que engloban la vergüenza y a la relación entre vergüenza y el estigma del suicidio. Posteriormente, se propone una dinámica en la que a través de frases sacadas de un caso real que habla sobre la vergüenza en el trauma, los terapeutas analizarán la vivencia de la vergüenza, en un caso real, para así aplicarlo en el ámbito del suicidio.

Por último, en esta sesión, se hará una psicoeducación sobre la culpa y la Logoterapia, destacando temas como la triada trágica, donde se habla sobre la culpa, tipos de culpa y cómo trabajarla desde este tipo de terapia, en concreto, desde su exploración a cerca del significado de la misma, desde la libertad y responsabilidad, desde la transformación y el cambio de actitud y desde la aceptación de la vivencia de esta.

Módulo 3: Apego.

El tercer módulo (Anexo III), tiene como objetivo principal psicoeducar a los terapeutas a cerca del apego y su influencia tanto en la vivencia del duelo, como en el sentimiento de culpa. En esta sesión, se ofrece a los terapeutas una psicoeducación a cerca de la teoría del apego, los tipos de apego y estrategias para evaluar el tipo de apego tanto del paciente como del progenitor fallecido. El psicólogo aprenderá a identificar cómo era el tipo de apego del progenitor del futuro paciente, mediante el uso de técnicas como el genograma, la entrevista clínica y el diálogo socrático. Dependiendo del tipo de apego que el paciente tenga con su progenitor, las creencias, la vivencia de duelo y el sentimiento de culpa será diferente en cada caso y, por tanto, se trabajaría de diferente manera. El diálogo socrático pretende modificar las creencias del paciente a través del terapeuta, generando un diálogo que incite a la reflexión al paciente sobre cómo fue verdaderamente su relación y explorando de qué manera ese tipo de vínculo está interfiriendo sobre su vivencia de culpa y sobre su duelo.

Por último, se hablará sobre el círculo de seguridad, a través de una gráfica, explicando así las necesidades que el paciente tuvo con su figura de apego y explorando si fueron atendidas o no. El círculo de seguridad pretende que el terapeuta sea la base y refugio seguro del paciente, donde éste pueda explorar sus recuerdos sobre la relación con su progenitor, de manera segura y con la seguridad de que el terapeuta esté presente cuando el paciente no sepa regularse emocionalmente en la exploración de su vivencia de culpa y de su sufrimiento.

Módulo 4: Competencias a adquirir por el terapeuta.

En este módulo (Anexo IV), el objetivo principal es aprender el manejo del diálogo socrático. En Logoterapia, el diálogo socrático busca mediante preguntas y señalamientos ayudar al paciente a tomar conciencia de su libre voluntad (Frankl, 2007). Este tipo de diálogo busca confrontar al paciente con sus creencias con el fin de demostrar sus incoherencias, desconocimiento, contradicciones etc (Martínez, E., 2013). Los componentes esenciales de este diálogo son la actitud socrática, las preguntas socráticas y el señalamiento socrático.

Para la práctica de esta sesión, se realizará la dinámica “diálogo entorno a cuestiones existenciales”. En esta dinámica se pondrá en práctica lo explicado anteriormente y se creará un diálogo socrático a raíz de la propuesta de preguntas existenciales con el objetivo de desarrollar la capacidad para manejar este tipo de diálogo.

Módulo 5: Casos clínicos.

En este módulo, el objetivo principal es ofrecer a los terapeutas casos clínicos reales donde puedan así, poner en práctica y aplicar las competencias adquiridas de los módulos anteriores frente a un caso real, atendiendo así las dudas que tengan sobre cómo aplicarlo a los casos clínicos ofrecidos.

Bloque 2. Protocolo de intervención del paciente.

El segundo bloque, da comienzo al protocolo de intervención del paciente, donde el objetivo es tanto crear una buena alianza terapéutica, como explorar, evaluar e intervenir sobre el sentimiento y vivencia de culpa que tiene el paciente asociado al suicidio de su progenitor. Como en cualquier intervención, es necesario es establecer una buena alianza para que la evaluación sirva, sea funcional y para que todo el proceso terapéutico de intervención funcione y sea efectivo, por lo que para conseguir esto, se necesitará crear una buena alianza terapéutica con el paciente. Vinculado a estos objetivos principales se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Ofrecer herramientas para la evaluación y exploración de la culpa.
- Ofrecer herramientas para la evaluación y exploración del apego y el tipo de apego entre el paciente y su progenitor.

- Ofrecer herramientas para trabajar la culpa.
- Aumentar la capacidad de reflexión del paciente sobre su propio comportamiento, pensamientos y sentimientos respecto a sus interacciones de apego y cuidado.
- Proveer de técnicas de intervención específicas para que puedan trabajar el perdón en el proceso terapéutico.

Este bloque consta de 3 fases. La primera fase, es la evaluación inicial, que consta de una entrevista clínica junto con la evaluación de culpa y rumiación mediante dos escalas. Una vez tengamos esta recogida de información y primera evaluación, pasaremos a la fase 2. La fase dos, es la puesta en marcha de la intervención junto a los módulos y temáticas con aquello que se va a trabajar en cada sesión del programa. Una vez realizados y completados todos los módulos, se pasará a la tercera y última fase de cierre, donde en primer lugar se hará una sesión de cierre con el paciente, ofreciéndole una devolución de su recorrido en el programa, para posteriormente evaluar ese recorrido mediante un cuestionario. Por otro lado, respecto a los terapeutas, se les evaluará la formación, capacidades y competencias adquiridas tras completar y finalizar el programa completo mediante un cuestionario.

Fase 1. Evaluación inicial.

Sesión 1 - Alianza terapéutica y Evaluación de la culpa

Esta primera sesión ([Anexo V](#)), tiene como objetivo comenzar a establecer una buena alianza con el paciente en el primer contacto con él. Al ser la primera sesión, se requiere comenzar con una pequeña introducción explicando al paciente cómo va a ser el proceso terapéutico, lo que vamos a hacer durante el proceso y explicarle la importancia de su papel y de los ritmos que el necesite llevar, además de pretender crear un espacio y ambiente terapéutico, donde se sienta seguro/a durante todo el proceso terapéutico. Tras esta introducción, se comenzaría recogiendo datos personales, para posteriormente comenzar a hablar sobre el propio paciente para conocerle a él como persona y su situación actual a rasgos generales.

El siguiente objetivo de la primera sesión será realizar una primera evaluación inicial del paciente. Esta primera recogida de información se realizará a través de la entrevista clínica,

donde se recogerá información sobre la narrativa del paciente a cerca del sentimiento de culpa que está viviendo a causa del suicidio de su progenitor, con el objetivo de conocer cómo está viviendo su proceso de duelo, la presencia de culpa, de qué manera se atribuye la culpa, de qué manera está interfiriendo en su día a día, si hay presencia de riesgo e ideación suicida etc.

Una vez tengamos toda la máxima información posible a través de la entrevista clínica, se evaluará la presencia y el nivel de culpa a través de los siguientes cuestionarios ([Anexo VI](#)): En primer lugar, se evaluará mediante Bereavement Guilt Scale (BGS), dedicada a medir factores como la responsabilidad por la muerte, culpa por sobrevivir, herir al fallecido, culpa por lo que no se hizo y el sentimiento de culpa (Li et al., 2015). El BGS, en el estudio de Li (2015), en una muestra de sujetos en duelo, mostró una buena consistencia interna con un índice de fiabilidad de ,70 y un coeficiente alfa de Cronbach de ,76. Al ser una escala inglesa, utilizaremos la traducción al español sacada de (Regalado, D. C., 2018).

En segundo lugar, para evaluar la rumiación, utilizaremos Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS), que evalúa las reacciones emocionales ante el duelo, como la culpa, pensamientos sobre la injusticia de la pérdida, sobre el significado y consecuencias de la pérdida (Eisma et al., 2014). La UGRS, en el estudio de Eisma (2014), tiene una muy buena consistencia interna, con un índice de fiabilidad de ,90, con un coeficiente alfa de Cronbach de ,80. Al ser una escala inglesa, utilizaremos la traducción al español sacada de (Regalado, D. C., 2018).

Sesión 2 - Evaluación apego

En la segunda sesión de la evaluación inicial ([Anexo VII](#)), el primer objetivo que se requiere es seguir fortaleciendo la alianza, como elemento clave para una buena y efectiva evaluación. El siguiente objetivo de esta sesión será evaluar el tipo de apego que tenía el paciente con el fallecido y el tipo de vínculo que el fallecido tenía con los demás, a través del genograma y la entrevista clínica. Una vez realizado el genograma del paciente, se pretende mediante preguntas conocer la relación y el vínculo entre el paciente y su progenitor.

Fase 2. Intervención individual con el paciente

Sesión 3 - Módulo 1. Psicoeducación

El presente módulo ([Anexo VIII](#)), tiene como objetivo principal ofrecer al paciente una psicoeducación sobre el suicidio, la culpa en el suicidio y la influencia del apego. En este módulo se pretende explicar de qué manera estos tres conceptos están afectando en su vivencia de culpa y proceso de duelo. Mientras se expone al paciente una psicoeducación clara de estos temas, es importante que sea algo interactivo donde se identifique las creencias del paciente sobre lo que se está exponiendo, dialogando y resolviendo todo aquello que no entienda o no esté de acuerdo.

En referencia al suicidio, se trabajará lo que hay detrás de un suicidio a través de la metáfora del iceberg, mostrando al paciente todo aquello que no se ve. Las metáforas ayudan al paciente a comprender mejor y a conectar con lo que está sintiendo, ya que a veces, es más fácil describir las cosas a través de estas. La metáfora del iceberg, la cual se trabajará mediante una imagen, ayudará al paciente a explorar todo lo que cree que podría haber debajo del iceberg en el caso de su progenitor: sentimientos de carga, depresión, desesperanza...

En referencia a la culpa, se hablará sobre la culpa en el suicidio, el tipo de culpa, la función de la culpa y la atribución interna de culpa.

En referencia al apego, se hablará sobre la influencia del vínculo y apego en la vivencia del duelo, sobre la creación de un nuevo vínculo distinto con el fallecido a pesar de su ausencia física y sobre reforzar los vínculos con la vida.

Por último, la última parte de la psicoeducación de esta sesión estará dirigida a introducir el concepto de sentido y el sentido del sufrimiento para ir familiarizando al paciente con estos conceptos, para que posteriormente pueda ir cuestionándose a medida que avanza el programa y los módulos.

Sesión 4 - Módulo 2. Diálogo socrático y culpa

En este módulo ([Anexo IX](#)), el objetivo principal es que el paciente llegue a experimentar y conectar con el sentimiento de culpa para confrontarlo con la realidad, mediante el diálogo socrático. El fin de este diálogo es que el paciente sea capaz de cuestionarse su vivencia de culpa y las creencias que tiene a cerca de ella. Mediante este diálogo, se atiende a los componentes de la experiencia emocional que representa su sentimiento de culpa, desintegrándola como una atribución interna, analizando con el paciente las circunstancias dentro de su contexto concreto, las circunstancias que están bajo su control y lo que depende

de uno y de lo que no tiene control, de lo que realmente sabía antes del suceso y aquellas cosas que no se podían saber, rebatiendo los debería, “debería haber sabido”, “debería haberme dado cuenta de...” y los ‘y si hubiera...’, ‘y si ese día...’, y tomando conciencia de lo que sí se hizo.

Las preguntas sobre las que se dirigirá el diálogo se enfocarán en tres tipos: preguntas “qué”, invitando a la persona a reflexionar la respuesta; preguntas “cómo”, invitando al paciente a posicionarse ante su vida; preguntas “para qué”, invitando al paciente a buscar la intención de la conducta o significado de la misma. El terapeuta por lo tanto deberá entrenar su destreza en esta técnica.

Sesión 5 - Módulo 3. Diálogo simbólico

Este módulo ([Anexo X](#)), se centra en crear un espacio donde se recree un diálogo simbólico entre el paciente y el fallecido. Para realizar el ejercicio, emplearemos la técnica de la silla vacía: Para realizar el diálogo entre los dos, primero se comenzará explicando la técnica al paciente y explicando cómo el terapeuta va a guiar la conversación y lo que tiene que hacer el paciente en cada momento. El paciente, tendrá enfrente una silla vacía, que representará el sitio donde estará su progenitor sentado enfrente de él y donde el diálogo irá dirigido a expresar pensamientos y sentimientos dirigidos hacia su muerte y hacia su relación, como lo que está sintiendo, su vivencia de culpa y las cosas que no se pudieron decir etc. La primera parte del ejercicio, el paciente hará el papel de él mismo, donde expondrá de qué manera está sintiendo la culpa. La segunda parte, se hará un intercambio los roles, por lo que el paciente se sentará en la silla de enfrente y hará el papel de su progenitor, y donde expondrá como está sintiendo que su hijo esté integrando la culpa de su suicidio. En esta parte del ejercicio, se pretende que el paciente conecte con lo que pudo sentir su progenitor, con lo que cree que sentiría si viese que su hijo se culpa a sí mismo y que conecte con el vínculo entre los dos.

Una de las reglas importantes a explicar al paciente es que el diálogo no es entre el paciente y el terapeuta, el terapeuta es quién guía el diálogo, pero él tiene que responder al diálogo hacia la persona que está en la silla vacía, como si se lo dijera a él/ella.

Sesión 6 - Módulo 4. Explorando mis fuentes de sentido e identidad

En este módulo ([Anexo XI](#)) el objetivo es explorar y conectar con las fuentes de sentido del paciente y con su identidad. La sesión se va a dividir en dos partes, la primera se trabajarán las fuentes de sentido y la segunda parte trabajará el sentido de identidad. El comienzo de la sesión trata de refrescar la información que se dio en la psicoeducación de la primera sesión sobre el sentido y las fuentes de sentido. Una vez el paciente comprenda las fuentes de sentido, se pretende que el paciente identifique sus fuentes de sentido pasadas antes del suicidio de su progenitor. En el caso de que crea que no las tuviera, se explorará por nuevas fuentes de sentido.

En la segunda parte del ejercicio trabajará sobre la identidad del paciente mediante diferentes preguntas con el objetivo de explorar su identidad antes y después del suicidio de su progenitor.

Sesión 7 - Módulo 5. El perdón

Este módulo ([Anexo XII](#)), tiene como objetivo explorar la posibilidad de perdón, tanto al fallecido como con uno mismo. La primera parte de la sesión se explorará esta posibilidad, tanto las cosas que le limitan a perdonar tanto al fallecido y a uno mismo, como las cosas que cree que hacen posible el perdón. Lo que se pretende explorar es el para qué de su perdón, para qué perdona y qué perdona. El perdón hace consciente al paciente del sentido reparador que tiene tanto perdonar al fallecido como a uno mismo en su nuevo camino sin la presencia física de su progenitor por lo que la capacidad de entender y comprender lo que hay detrás de su historia y su vivencia, facilitará el perdón.

La segunda parte de la sesión se realizará la siguiente dinámica: Cartas que no se envían. Este ejercicio trata de escribir una carta de perdón al fallecido y a uno mismo. El paciente tiene libertad de escribir aquello que quiera y necesite, pero el terapeuta le guía sobre qué cosas podría mencionar en ellas. La carta se divide en dos partes, la primera parte está dirigida a la persona fallecida y la segunda parte, va dirigida a uno mismo. Lo que se pretende es que el paciente escriba qué es lo que perdona y para qué perdona. Además, se invita al paciente que hable sobre cómo está viviendo su proceso de duelo, su vivencia de culpa, los cambios por los que quiere tomar responsabilidad, la búsqueda de sentido en la que se encuentra, y qué cosas espera de cómo siga siendo su camino.

Fase 3. Fase final.

Sesión 8 - Cierre pacientes

La fase final del programa, que por tanto es la última sesión de cierre ([Anexo XIII](#)), el objetivo es hacer una devolución al paciente de su progreso y evolución en el programa y crear un pequeño cierre terapéutico donde se les recuerde la oportunidad que tienen de seguir tomando una actitud ante el sufrimiento con la ayuda de aquello que han aprendido, y con el fin de seguir en el camino frente a sus fuentes de sentido y el nuevo camino en su vida sin la presencia física de su progenitor. Como medida de evaluación final, se le ofrece al paciente un cuestionario breve con preguntas que llevan a reflexionar sobre su paso en el programa y sobre su futuro.

Sesión 9 - Cierre terapeutas

Respecto a los terapeutas, también se les ofrecerá una sesión de cierre ([Anexo XIV](#)), donde el objetivo será, que los alumnos, es decir los psicólogos participantes del programa, planteen dudas de casos concretos con los que han trabajado. En los casos que los terapeutas, hayan trabajado con pacientes con apego ambivalente o desorganizado, la implementación del programa probablemente haya resultado más dificultosa debido a que pueden haber lidiado con sintomatología o estructuras de personalidad más graves, por lo que, en esta sesión se trabajaría sobre esas dificultades. Por último, se evaluará su recorrido en el curso, mediante un cuestionario en el que se evaluará las competencias y capacidades adquiridas por los terapeutas al finalizar y completar el programa.

Temporalización

El programa consta de 2 partes, divididas en dos bloques. La primera parte que la forma el primer bloque, es el protocolo de formación de los terapeutas que tendrá lugar en el mes de septiembre y octubre. Durante estos meses, la formación dedicada a los terapeutas está dividida en 5 sesiones que corresponden a los 5 módulos existentes, los cuales cada uno de ellos se impartirá un día a la semana. La segunda parte del programa, el segundo bloque, es el más extenso, ya que es la puesta en marcha del protocolo de intervención del paciente. Este bloque

ocupará aun espacio temporal alrededor de 4 meses, flexibles al paciente y sus necesidades, por lo que se podría alargar dependiendo del espacio que se dé a cada sesión con el paciente.

Tabla 1.

Cronograma

	MESES
Bloque 1	Septiembre - Octubre
Bloque 2	Octubre - Enero

Delimitación de recursos

Recursos materiales y personales.

Terapeutas

El número de terapeutas que participarán en el programa será de 8. Si se diera el caso que quisieran participar más terapeutas en la formación, se podría ampliar el grupo en el caso de que un coterapeuta acompañara al terapeuta principal que imparte el programa, por lo que el grupo se podría ampliar a un máximo de 12/13 personas, ya que se recomienda formar grupos pequeños para poder trabajar mejor en las dinámicas y participar todos.

Materiales

Los materiales que se necesitarán en el presente programa serán sillas suficientes para todos los participantes, un proyector, un ordenador, mesas para todos los participantes, cuaderno formativo para el terapeuta.

Recursos físicos y espacio.

Para poder llevar a cabo la formación y dinámicas con los participantes del programa, se necesitará una sala con el espacio suficiente para poder crear dinámicas en círculo y donde se pueda proyectar imágenes. Para la intervención con los pacientes, es necesario una sala que recoja las condiciones necesarias para poder llevar a cabo la terapia.

Evaluación del programa

Los instrumentos de evaluación final del programa utilizados serán dos cuestionarios, uno para los pacientes y otro para los terapeutas, que evaluarán aquello que el programa les ha

aportado, con el fin también de conocer las fortalezas y carencias del programa, tanto con los pacientes como con los terapeutas. El cuestionario final de los pacientes, recogerá información sobre la evolución, el proceso y los cambios percibidos una vez finalizado y completado el programa. El cuestionario del terapeuta, recogerá información acerca de si los terapeutas han adquirido las capacidades, competencias, estrategias y herramientas necesarias para desenvolverse en el proceso terapéutico frente a un paciente, en este caso, que esté en un proceso de duelo por suicidio de un progenitor y donde haya presencia de culpa.

Conclusiones

Como se especifica anteriormente en este programa, existe una falta de programas de intervención que trabajen la culpa en el contexto del suicidio. La creación de un programa sobre la culpa en pacientes que están viviendo el suicidio de un progenitor, se hace necesario ya que son un grupo de riesgo muy alto de vivir un duelo complicado. Los efectos devastadores del suicidio en los allegados informan de la urgencia de prevenir y paliar estos efectos, como la alta rumiación y culpa que viven. El presente programa, ofrece una formación específica a los terapeutas acerca de cómo explorar, evaluar e intervenir sobre esta, ofreciendo a parte de una psicoeducación, dinámicas donde se pondrá en práctica las estrategias que se va a trabajar con los pacientes. Este programa pretende ser una intervención que complemente y desarrolle en profundidad el trabajo existente de la culpa en el duelo, pero incluyendo la formación previa y competencial de los terapeutas antes de la intervención con el paciente.

La principal novedad de este programa es la formación que tienen los propios terapeutas a cerca de sus creencias en referencia a los principales temas que se trabajan en la intervención: la culpa, el suicidio y el apego. Este trabajo interno de los terapeutas es necesario para desarrollar ellos mismos la modificación de creencias, ya que es lo que posteriormente se pretenderá con el paciente. Otra novedad es la puesta en marcha de dinámicas en los propios terapeutas a través del diálogo socrático. Que el terapeuta maneje el diálogo socrático, es esencial, ya que es la herramienta que permite modificar las creencias del propio paciente. Finalmente, los terapeutas, tienen la oportunidad implementar el programa completamente desarrollado, junto a las sesiones donde se explica en cada sesión los pasos a seguir, qué trabajar y de qué manera, a diferencia de los trabajos existentes en los que únicamente ofrecen que herramientas utilizar, pero no ofrecen ni el desarrollo de preguntas, de dinámicas o explicaciones sobre cómo llevar cada sesión.

En referencia a las limitaciones que este programa puede presentar, son, por un lado, que está dedicado al contexto del suicidio, por tanto, se limita a aplicarse sólo en la culpa en este tipo de contexto. Además, está enfocado al suicidio de un progenitor, por lo que, en otros tipos de suicidio, como por ejemplo el suicidio de un hijo, muchos aspectos del programa se quedarían limitados, ya que el sentimiento de culpa se vive de manera diferente por lo que también se intervendría de distinta manera y se enfocaría entorno a las necesidades de ese tipo de supervivientes. Por último, ya que estamos hablando del suicidio de un progenitor y por tanto un hecho traumático, en este contexto se puede dar situaciones traumáticas vividas en el pasado, de manera que una limitación al respecto sería que el programa no aborda el trauma ya que se considera que es una formación que se adquiere en la formación básica del Psicólogo General Sanitario o Psicólogo Clínico.

Referencias

- Abend, R., Pine, D. S., Fox, N. A. & Bar-Haim, Y. (2014). Learning and memory consolidation processes of attention-bias modification in anxious and non anxious individuals. *Clinical Psychological Science*, 2, 620-627.
<https://doi.org/10.1177/2167702614526571>
- Acevedo, J. (2013). *El sentido heideggeriano de la culpa y la melancolía*. Revista de filosofía, 55-66.
- Ainsworth, M.D.S. (1969), "Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship", *Child Development*, núm. 40, pp. 969-1065. <https://doi.org/10.2307/1127008>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Londres, Reino Unido: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709-716. [Attachments beyond infancy. - American Psychological Association](https://doi.org/10.1037/0003-065X.44.4.709)
- Almairo, J. (2014). *Una mirada existencial a la adolescencia*. Ediciones SAPS.
- Baños-Chaparro, J. (2021). Suicidio por arma de fuego: un problema de salud pública. *Medisur*, 19(2), 1-4.
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4973>
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York, NY: Guilford Press.
- Baumeister RF, Stillwell AM, Heatherton TF (1994) Guilt: an interpersonal approach. *Psychological Bulletin* 115, 243-67. <https://psycnet.apa.org/buy/1994-25268-001>
- Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 16(61), 77-104. Recuperado de:
https://www.academia.edu/18650737/Neurobiolog%C3%ADa_de_la_autorregulaci%C3%B3n_afectiva_y_compatibilidad_en_la_relaci%C3%B3n_terapeuta-paciente

[C3%B3n afectiva patrones de apego y compatibilidad en la relaci%C3%B3n terapeuta paciente](#)

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2): *Separation: Anxiety & Anger*. Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida [The making and breaking of affectional bonds]*. Madrid, España: Morata.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. III). Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Attachment and loss* (Vol.1). Nueva York, NY: Basic Books (Trabajo original publicado en 1969).
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura: aplicaciones clínica de la teoría del apego [A Secure Base: Clinical applications of attachment theory]*. Barcelona, España: Paidós (Trabajo original publicado en 1988).
- Breitbart, W. (2017). *Meaning-Centered Psychotherapy in the Cancer Setting: Finding Meaning and Hope in the Face of Suffering*. New York: Oxford University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized: A bio-ecological model *Psychology Review*, 101 (4), 568-586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Brown, M., Moore, M., & Flaherty, C. (2017). Suicide exposure in the population: Perceptions of impact and closeness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 696–708. <https://doi.org/10.1111/sltb.12333>
- Collins, G.R. (2004). *Aconselhamento cristão*. São Paulo: Vida Nova.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2019). Protocolo de Atención al Duelo en la Comunidad de Madrid. <http://psimae.es/wp-content/uploads/2019/08/Protocolo-de-Atenci%C3%B3n-al-Duelo-en-la-CAM-Consejer%C3%ADa-de-Sanidad-de-la-CAM-2019.pdf>

- Corrigan, P.W.; Rao, D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can. J. Psychiatry* 2012, 57, 464–469.
<https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P.W.; Sheehan, L.; Al-Khouja, M.A.; Lewy, S.A.; Major, D.R.; Mead, J.; Redmon, M.; Rubey, C.T.; Weber, S. Insight into the stigma of suicide loss survivors: Factor analyses of family stereotypes, prejudices, and discriminations. *Arch. Suicide. Res.* 2018, 22, 57–66. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1275993>
- Currier, J., Holland, J., & Neimeyer, R. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403–428.
<https://doi.org/10.1080/07481180600614351>
- Delgado, A. O. y Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81. Recuperado de: <https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A., Van den Bout, J., Boelen, P. A. y Stroebe, W. (2014). Development and psychometric evaluation of the Utrecht Grief Rumination Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(1), 165-176. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9377-y>
- Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: A longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 456–464.
doi:[10.1001/jamapsychiatry.2017.0226](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226)
- Feigelman, W., & Cerel, J. (2020). Feelings of blameworthiness and their associations with the grieving process in suicide mourning. *Frontiers in Psychology*, 11, 610.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00610>
- Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29(4), 277–299.
<https://doi.org/10.1080/07481180590923689>

- Field, N. P., & Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjust- ment to bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1–29.
<https://doi.org/10.1080/07481180903372269>
- Fonagy, P. (1999). Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. En J. Derksen, C. Maffei y H. Groen (Eds.), *Treatment of Personality Disorders* (pp. 53-68). Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3_5
- Fraley, R.C, Davis K. Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Pers Relationship* 1997;4:131–144.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x>
- Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1994a). *El hombre doliente*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1994b). *La logoterapia y el análisis existencial*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1995). *La presencia ignorada de Dios*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1999). *La idea psicológica del hombre*. Madrid. Rialp.
- Frankl, V. (2007). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. San Pablo.
- Frankl, V. (2009). El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia. *El hombre doliente*, 1-320.
- Freire, J. (2007). *El humanismo de la Logoterapia de Víktor Frankl*. Eunsa.
- Freud, S. (1973). *El yo y el ello*. Amorrortu Editores. (Original de 1923)
- Fromm, E. (1985). *Ética y Psychoanálisis*. Madrid, France: Fondo De Cultura Economica (Original work published 1947)
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio [FEPS]. (2020). *Suicidios España 2018*.
www.fsme.es
- Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la Teoría del Apego, ¿una promesa aún incumplida? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>

- Giacomucci, S. (2019). Social group work in action: A sociometry, psychodrama, and experiential trauma group therapy curriculum. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. 124. https://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/124
- González, M. G., Oviedo, J. V., & Haro, J. G. (2019). Evaluación de la culpa en psicopatología y psicoterapia: Instrumentos disponibles. *Revista de psicoterapia*, 30(113), 119-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7036023>
- Griffin BJ, Purcell N, Burkman K, Litz BT, Bryan CJ, Schmitz M, et al. Moral injury: an integrative review. *J Trauma Stress*. 2019;32(3):350–62. Excellent review of relationship between moral injury and mental health. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>
- Heidegger, M. (2003). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de cultura económica.
- Higgins T.E. (1999) *Self-discrepancy: a theory relating self and affect*. En Baumeister R.F. The Self in social psychology. Psychology Press. Philadelphia.
- Hoffman M.L. (1994). Discipline and internalization. *Development psychology*. 30 (1) 26-28. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.1.26>
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura [Attachment theory and psycho-therapy. Looking for a secure base]*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Hong, K.J. The problem of ‘guilt’ in bereaved families of suicide victims from a philosophical counseling perspective. *Philosophia* 2020, 154, 275–300.
- INE (2022). Instituto Nacional de Estadística. DOI: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55317>
- Jeon, J.S. Spiritual & pastoral support through psychological understanding of suicide loss family. *Theol. Prax*. 2018, 58, 297–327.
- Jordan, J. R. (2020). Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work With Suicide Loss Survivors. *Frontiers in psychology*, 11, 766. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>
- Klein M. (1982). Amor, odio y reparación. Ediciones Paidós. Buenos Aires.

- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experiences and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kubany ES, Watson SB (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51-90.
https://www.researchgate.net/profile/EdwardKubany2/publication/265408861_Guilt_Elaboration_of_a_multidimensional_model/links/54b80ec50cf269d8cbf6c4f1/Guilt-Elaboration-of-a-multidimensional-model.pdf
- LeBlanc, N. J., Toner, E. R., O'Day, E. B., Moore, C. W., Marques, L., Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2020). Shame, guilt, and pride after loss: Exploring the relationship between moral emotions and psychopathology in bereaved adults. *Journal of Affective Disorders*, 263, 405– 412. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.164>
- Levi-Belz, Y., & Gilo, T. (2020). Emotional distress among suicide survivors: The moderating role of self-forgiveness. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 341–349.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00341>
- Lewis M (1992). *Shame. The exposed self*. New York. Free Press
- Li, J., & Stroebe, Ms., & Chan, C., & Chow, A. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, 38(1–5), 165–171.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738770>
- Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2018). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*,
<https://doi.org/10.1002/ijop.12483>
- Maguen S, Norman SB. Moral injury. *PTSD Res Q* [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 15];33(1). Available from: https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V33N1.pdf
- Main, M. y Solomon, J. (1986). The discovery of a new insecure disorganized/disoriented pattern. En T. B. Brazelton y M. Yoman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, Estados Unidos: Ablex. <https://psycnet.apa.org/record/1986-97821-005>
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Dransart, D. A. C., & Andriessen, K. (2018). A systematic mapping of suicide bereavement and postvention research and a proposed

- strategic research agenda. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(4), 275–282. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000498>
- Martínez, E. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. El Manual Moderno.
- Mauro C, Reynolds CF, Maercker A, Skritskaya N, Simon N, Zisook S, Lebowitz B, Cozza SJ, Shear MK. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines. *Psychol Med*. 2018; [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001563>.
- Miller A. (1985) *El drama del niño dotado. En busca del verdadero yo*. Tusquets Edittores. Barcelona.
- Mitchell, A. M., & Terhorst, L. (2017). PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(1), 61–65. <https://doi.org/10.1177/1078390316673716>
- Moreno, J.L. *Psicodrama*; Paidós: Buenos Aires, Argentina, 1975.
- Neimeyer R.A (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Editorial Paidós Ibérica, S.A. <https://www.recuperacionemocionalecuador.com/images/cere/Aprender-de-la-perdida-Neimeyer.pdf>
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882405>
- Nietzsche , F. (2011). *Genealogía de la moral*. EDIMAT: Madrid.
- Norman S, Allard C, Browne K, Capone C, Davis B, Kubany E. *Trauma informed guilt reduction therapy: treating guilt and shame resulting from trauma and moral injury*. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press; 2019. xiii, 78 p.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Suicidio: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pazzagli, C., Laghezza, L., Manaresi, F., Mazzeschi, C., & Powell, B. (2014). The circle of security parenting and parental conflict: A single case study. *Frontiers in Psychology*, 5, 887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00887>

- Pérez Salés, P. (2006). Trauma, culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora. https://www.masterpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2016/11/Perez_P-Trauma_Culpa_Duelo-Psicoterapia.pdf
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86–94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Procter, N., Ayling, B., Croft, L. et al. (2017). Trauma- Informed Approaches in Mental Health: A Practical Resource for Health Professionals. University of South Australia and SA Health. Available from: URL: <https://www.unisa.edu.au/siteassets/episerver-6-files/global/health/sansom/documents/mhsa/trauma-informed-approaches-in-forensic-mental-health-resource.pdf> Accessed August 2, 2022.
- Regalado, D. C. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* (Doctoral dissertation, Universidad Camilo José Cela). <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=wnpZb3%2B42xM%3D>
- Ricouer, P. (2004). *Finitud y culpabilidad*. Madrid: Trotta.
- Ross, V.; Kølves, K.; Kunde, L.; De Leo, D. Parents' experiences of suicide-bereavement: A qualitative study at 6 and 12 months after loss. *Int. J. Environ Res. Public health* 2018, 15, 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040618>
- Schore, A. N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Serván, I. (2018). Apego y psicoterapia en situaciones complicadas. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 1-4. <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/view/1629>
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 453-461. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0745-z>

- Sheehan, L.; Corrigan, P.W.; Al-Khouja, M.A.; Lewy, S.A.; Major, D.R.; Mead, J.; Redmon, M.; Rubey, C.T.; Weber, S. Behind closed doors: The stigma of suicide loss survivors. *OMEGA* 2018, 77, 330–349. <https://doi.org/10.1177/0030222816674215>
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2018). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 8, e019472. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>
- Stroebe, M., Stroebe, W., Van De Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLOS One*, 9(5), 96606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096606>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available from: URL: https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf Accessed August 2, 2022
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., ... Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, 41 (5), 267–275. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Testoni, I.; Sansonetto, G.; Ronconi, L.; Rodelli, M.; Baracco, G.; Grassi, L. Meaning of life, representation of death, and their association with psychological distress. *Palliat Support Care* 2018, 16, 511–519. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000669>
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 536- 546. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.007>
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1 (5), 253–265. <https://doi.org/10.3109/10673229409017088>
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2007). Neuroticism and attachment insecurity as predictors

of bereavement outcome. *Journal of Research in Personality*, 41(2), 498-505.

<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.06.001>

Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (2006). *The handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York, NY: Springer.

Wong, P. T. P. (2008). Narrative practice and meaning-centered positive psychotherapy. [Review of the book *Maps of narrative practice*]. *PsycCRITIQUE*, 53.

Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 54, 334–345.

<https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024563>

Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. y Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>

Anexos

Bloque 1. Protocolo de intervención del terapeuta

Anexo I. Módulo 1 - El Suicidio.

Mitos sobre el suicidio

Los mitos, son criterios que aceptamos como verdades absolutas sobre algo. En relación al suicidio y a la desinformación sobre este, a pesar de que se está dando más voz al suicidio hoy en día, debido a la grave realidad que estamos viviendo en nuestra sociedad, la mayoría de las personas siguen asumiendo como verdades, ciertas características que las personas que han cometido el acto suicida poseen e implicaciones que posee el acto suicida. A continuación, vamos a comentar algunos de estos mitos mediante un diálogo reflexivo, para después hablar sobre lo que dice la evidencia científica de cada uno.

- Mito 1. Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo.
- Mito 2. La persona que expresa su deseo de acabar con su vida no lo hará.
- Mito 3. La persona que se quiere suicidar no lo dice.
- Mito 4. El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisa.
- Mito 5. Solo las personas con un trastorno mental se suicidan.
- Mito 6. Yo podría haber evitado el suicidio.
- Mito 7. Tras el suicidio de un familiar no puedes volver a disfrutar de la vida.
- Mito 8. ‘‘El efecto contagio’’, Hablar de suicidio, provoca más suicidios.
- Mito 9. La persona que se suicida se suicida por no saber afrontar los problemas, por lo que es un acto cobarde.
- Mito 10. La persona que se suicida es egoísta ya que no piensan en el sufrimiento de la familia.

Cifras y datos generales

Figura 2.

Estadística de Defunciones por Suicidio

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte			
Resultados nacionales definitivos año 2021			
Suicidios por edad y sexo.			

Unidades: suicidios			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	4003	2982	1021
Menores de 15 años	22	14	8
De 15 a 29 años	316	237	79
De 30 a 39 años	414	315	99
De 40 a 44 años	355	281	74
De 45 a 49 años	438	318	120
De 50 a 54 años	460	323	137
De 55 a 59 años	407	305	102
De 60 a 64 años	356	268	88
De 65 a 69 años	236	161	75
De 70 a 74 años	218	162	56
De 75 a 79 años	262	197	65
De 80 a 84 años	227	168	59
De 85 a 89 años	182	141	41
De 90 a 94 años	89	74	15
De 95 años y más	21	18	3
Notas			
Fuente: Instituto Nacional de Estadística			

Las cifras y resultados oficiales definitivos sobre las defunciones por suicidios registradas del 2021 en España han sido un total de 4003 defunciones a causa del suicidio según el instituto Nacional de Estadística.

Estigma

El estigma social son atributos, rasgos, o comportamientos que tiene algo o alguien, que hace que los demás incluyan en una categoría social sobre los que se genera una respuesta negativa.

- ❖ ¿Cuál creéis que es el estigma social que hoy en día envuelve al suicidio?
- ❖ ¿De qué manera el estigma sobre el suicidio afecta al proceso de duelo de las familias?

Suicidio y familia

- ❖ ¿Cómo se vive el suicidio en la familia?, ¿Y el suicidio de un progenitor?
- ❖ ¿De qué manera afecta el suicidio de un progenitor a la vida de un hijo/a?
- ❖ ¿Se puede perdonar a tu progenitor?, ¿Qué perdonas?

Anexo II. Módulo 2 - La culpa

Dinámica 1 “Partir de la propia experiencia”

Durante 15 minutos, intenta pensar y escribir en una hoja, un momento o una situación en tu vida en la que hayas experimentado lo que consideras que es sentir culpa. Una vez descrita esta situación, responde a las siguientes cuestiones posteriores.

1. Situación en la que hayas experimentado culpa. Tómate tu tiempo y descríbela.
2. Realiza una definición de culpa.
3. Escribe un listado de 5 componentes que formen parte de la vivencia de culpa.

A continuación, reflexiona a acerca de esta frase. ¿De qué manera crees que la culpa puede encubrir otras emociones?, ¿Qué función tiene la culpa en el duelo?

“La culpa es lo que sentimos cuando colocamos nuestra ira donde no corresponde: en nosotros mismos”.

Culpa y vergüenza

La vergüenza, muchas veces se entrelaza con la culpa, por ello, planteamos las siguientes preguntas. Para Marina y López (2000) la diferencia entre estas dos partes en el juez que evalúa: en la culpa es el propio sujeto y en la vergüenza son los demás.

1. ¿Qué características/componentes tiene la vergüenza?, ¿En qué se diferencia con la culpa?

Tabla 2.

Diferencias entre vergüenza y culpa. Modificado de Villagrán (2011).

VERGÜENZA	CULPA
Evaluación negativa del self	Evaluación negativa de una conducta específica
Foco atención y afecto hacia el self	Foco atención y afecto a la relación con los otros
Los demás son quien juzga el acto	La propia persona es juez de sus actos

Ansiedad, Asco por él mismo	Tristeza, remordimiento, preocupación, empatía
Sentimientos inferioridad, indefensión, impotencia	Deseo de reparar el daño, de disculparse
Deseo de reparar su imagen	

A continuación, a raíz de las siguientes frases, invitamos a la reflexión acerca de la vergüenza. Las siguientes frases son de un caso real de la vivencia de un trauma de una autora, donde habla sobre este concepto, la vergüenza en el trauma.

- “Nos escondemos porque tenemos mucha vergüenza de que nos vean y también de que noten que estamos podrido por dentro. Es un constante acto de desesperación”.
- “Estaba tan avergonzada de mi pasado que tenía que fustigarme recreándolo una y otra vez”.
- “La vergüenza es lo más parecido a la muerte. El hecho de que nos sea impuesta por otros; el modo en que la juzgamos como algo muy personal cuando ni siquiera nos pertenece a nosotros”.
- “A menudo la vergüenza es transmitida, paradójicamente por actos desvergonzados, actos donde el que evita la vergüenza exige al otro que cargue con ella”.

Culpa y logoterapia

Cuando hablamos de culpa y logoterapia, tenemos que hablar de libertad y responsabilidad. Frankl parte de que todo ser humano tiene la libertad y responsabilidad de elegir su camino a pesar los acontecimientos adversos que se le presenten. Con esto se refiere a la dimensión noética y a la posibilidad de cambiar nuestra actitud ante la triada trágica: sufrimiento, culpa y muerte. Nuestro papel, es el de buscar y dar un sentido a cada uno de los componentes de la triada trágica, ya que todos son inevitables, vamos a vivirlos y deben aceptarse. La culpa es una emoción autoconsciente común, que nos hace conscientes de que hemos dañado algo o a alguien y nos permite reparar el daño e incluso cambiar, sin embargo, cuando la culpa se patologiza, ya sea por su elevada intensidad y cronicidad, nos informa de que el individuo no es capaz de reparar, tanto para perdonar a los demás o como a uno mismo. Desde la logoterapia se pretende que la culpa impulse la transformación y progreso de la persona, desde donde se hace haga hincapié en el para qué, en la búsqueda del significado de esa culpa y en el futuro de la vivencia de la persona (Bonilla, A. R., 2017).

Referencias:

Bonilla, A. R., 2017. CULPA Y PERDÓN EN EL PROCESO DE SANACIÓN.

Osborne Crowley, L., (2020). Elijo a Elena. Alpha Decay

Villagrán, J.M. (2011). Culpa y psicopatología. *Atopos*, 12, 4-16. Descar- gado el 1/11/2017 de http://www.atopos.es/pdf_12/4-16_Culpa%20y%20psicopatologia.pdf

Anexo III. Módulo 3 - Apego.

En el comienzo de la sesión se explicará la teoría del apego y los tipos de apego, con la ayuda del siguiente esquema, para ofrecer una ayuda visual. Una vez se haga una psicoeducación sobre esta temática, se hablará sobre cómo los diferentes tipos de apego afectan en la vivencia del duelo de diferente manera.

Figura 3.

Apego y tipos de apego.



Fuente: Elaboración propia.

Tipos de apego y duelo

Según Bowlby (1980), los individuos con apego seguro, cuando fallece una figura principal de apego, los individuos realizan comportamientos de búsqueda y generalmente tendrán las reacciones emocionales típicas del duelo, hasta que finalmente, estas reacciones desaparecerán al aceptar la realidad de la pérdida. La vivencia de un duelo normal es diferente a la del duelo por suicidio, vivencia más traumática y que esta causa de muerte puede influir

en el proceso de duelo, sin embargo, la representación mental del fallecido como una base segura puede servir para facilitar la integración de la pérdida (Field & Filanosky, 2010).

En el estudio de Smigelsky et al. (2020) se observó que los individuos con apego ambivalente al presentar una mayor dependencia del fallecido vivían una mayor angustia en el duelo. Además, existe un alto sentimiento de culpa unido a rabia por el hecho de que el fallecido les haya dejado solo/a.

Berenguer-Pérez et al. (2018) establece que cuando hay un apego evitativo y fallece la figura principal de apego, el individuo tiende a inhibir sus emociones, bloquear recuerdos y pensamientos relacionados con la persona fallecida.

Dinámica: A continuación, se realizará una lectura de este pequeño párrafo sacado del libro *Pérdidas necesarias de Judith Viorst (1990)*, para su posterior reflexión. Tras su lectura, responde a las siguientes cuestiones: ¿Qué os sugiere esta lectura?, ¿Qué os sugiere este tipo de vínculo del niño hacia su madre?

Un niño pequeño yace en la cama de un hospital. Está asustado y dolorido. Las quemaduras cubren el cuarenta por ciento de su cuerpecito. Alguien lo ha rociado con alcohol y luego, inconcebiblemente, le ha prendido fuego.

Llora por su madre.

Su madre es quien le ha prendido fuego.

No parece importar qué tipo de madre ha perdido el niño o lo peligroso que puede resultar vivir en su presencia.

No importa si le hace daño o lo abraza. Estar separado de su madre es peor que estar en sus brazos mientras caen las bombas. A veces la separación de la madre es peor que estar con ella cuando ella es la bomba.

Porque la presencia de la madre, nuestra madre, significa seguridad. El miedo a perderla es el primer terror que conocemos. (p. 22)

Círculo de seguridad

A continuación, se explica el círculo de seguridad a los terapeutas, donde se habla sobre la atención de los padres a las necesidades de sus hijos, ya que nos daría información sobre si las necesidades del paciente fueron atendidas por el progenitor y el tipo de relación que había entre ellos.

Las manos del círculo representan el papel de los padres como más grandes y fuertes, más seguras y más sensatas, son la base y refugio seguro para ellos y donde desde un apego seguro, apoyan a sus hijos en su exploración, pero a la vez les acogen cuando el niño necesita volver, cuando ve una amenaza, quiere estar a salvo o quieren ser regulados emocionalmente y confortados por sus progenitores. Lo que se presente con esta representación gráfica, es desarrollar en el paciente la capacidad reflexiva sobre sus interacciones y relaciones con su progenitor.

El vínculo que se tiene que crear entre el terapeuta y el paciente, tiene que ser lo suficientemente seguro, donde las manos del círculo sean el terapeuta, siendo capaz así de atender y regular las necesidades afectivas, cognitivas, conductuales y relacionales del paciente. El terapeuta, debe actuar como las manos responsivas, sensatas, seguras, es decir, ser el refugio seguro del paciente donde la persona pueda explorar sobre sus recuerdos y experiencias dolorosas, sobre su sufrimiento, culpa, duelo... Además, de ser capaz de modificar las creencias del paciente para producir cambios frente a su sufrimiento.

Figura 4.

Círculo de Seguridad: atención de los padres a las necesidades del niño. Cooper, Hoffman, Marvin y Powell (1998).



Referencias:

- Berenguer-Pérez, M., Barreto-Martín, P., & Pérez-Marín, M. (2018). Apego y superación de la pérdida de una persona significativa. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 27(1), 62–71. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1043>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. III). Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Field, N. P., & Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1–29. <https://doi.org/10.1080/07481180903372269>
- Judith Viorst (1990) en *Pérdidas necesarias*
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, B., (2019). La intervención desde el círculo de seguridad. *Cómo mejorar el apego en las relaciones entre padres e hijos mediante la intervención temprana*. Eleftheria.
- Smigelsky, M. A., Bottomley, J. S., Relyea, G., & Neimeyer, R. A. (2020). Investigating risk for grief severity: Attachment to the deceased and relationship quality. *Death Studies*, 44(7), 402–411. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1548539>

Anexo IV. Módulo 4 - Competencias a adquirir por el terapeuta.

Diálogo socrático componentes

1. Relación terapéutica

Según Martínez (2012) la actitud socrática, tiene que ser una actitud sin juicios, de aceptación, respeto hacia la persona y hacia los ritmos de la persona, de confianza. Para él, la relación terapéutica trata de ofrecer una base segura para la exploración y el cambio del paciente, de no presionar el cambio al paciente, de facilitar el autodistanciamiento, de fomentar la capacidad de abrirse consigo mismo y con los demás, de validar la experiencia del paciente aceptando y respetando su verdad y de generar un vínculo y compromiso con el paciente para favorecer el proceso de cambio.

2. Uso de la ironía

El uso de la ironía en el diálogo socrático pretende recoger las incongruencias del paciente, haciéndole preguntas con el fin de que el paciente se las aclare (Martínez, 2012).

3. Preguntas socráticas

Las preguntas socráticas, buscan preguntar, describir y señalar, sin juzgar ni interpretar las creencias del paciente, con el objetivo de que éste sea capaz de reflexionar sobre sus respuestas. Para ello, se utilizarán preguntas, ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Para qué? (Martínez, 2012).

4. Señalamientos

Los señalamientos en el diálogo socrático son aspectos que llaman la atención del terapeuta, sobre algo que el paciente dice o hace, alguna expresión no verbal, alguna incoherencia, valores del paciente que aparecen escondidos... Y se los comunica (Paredes, A.K.S, 2014).

Referencias:

Martínez, E. (2012). El dialogo socrático en la psicoterapia. Colombia: Aquí y ahora.

Paredes, A. K. S. (2014). Diálogo socrático en logoterapia. *Avances en Psicología*, 22(1), 61-74.

Dinámica 'Dialogo preguntas existenciales'

- ❖ ¿Qué hago yo en este mundo?
- ❖ ¿Qué hago con mi vida?
- ❖ ¿Para qué vivo?
- ❖ ¿Cuál es el sentido de mi vida?
- ❖ ¿Por qué no soy feliz?
- ❖ ¿Quién soy realmente?

Bloque 2. Protocolo de intervención del paciente

Anexo V. Evaluación culpa - Protocolo Entrevista clínica.

La entrevista clínica, pretende recoger la máxima información posible a cerca de la vivencia del suicidio de su progenitor y de la vivencia del sentimiento de culpa.

NARRATIVA DE LOS HECHOS DEL PACIENTE:

- ❖ Describe por favor lo que ocurrió.
- ❖ ¿Cuándo ocurrió?
- ❖ ¿Qué edad tenías?
- ❖ ¿Podrías decirme, si lo recuerdas, qué pensamientos o qué emociones crees que pasaron por tu cabeza en ese momento?
- ❖ Y mirando ahora para atrás, ¿qué pensamientos o que emociones pasan por tu cabeza en este momento?
- ❖ ¿Qué ocurrió una vez te enteraste de lo ocurrido?, ¿qué hiciste?
- ❖ ¿Cómo vivió el resto de tu familia lo ocurrido?

ANÁLISIS VIVENCIA DE CULPA:

- ❖ ¿De qué manera te sientes culpable?

Ojo simbólico acusador:

Quién nos acusa

- ❖ ¿Qué mirada crees que podría ser la que de alguna manera te acusa en silencio?

Relación con el ojo simbólico acusador:

Vamos a hablar sobre tu relación con esta persona.

- ❖ ¿Cómo es tu relación con ella/él?
- ❖ ¿De qué manera es tan importante en tu vida?
- ❖ ¿De qué manera influye lo que pueda pensar de ti?

Percepción de la intencionalidad respecto al daño:

- ❖ ¿De qué manera consideras que tuviste algo que ver con lo que ocurrió?

- ❖ ¿Crees que influyeron otros factores que no pudiste controlar?, ¿Cuáles?
- ❖ ¿Sientes que tuviste intención de que ocurriera?

ANÁLISIS DE ASPECTOS ESPECÍFICOS

Antecedentes de la culpa

- ❖ ¿Qué dirías que es la culpa?, ¿Cómo la definirías?
- ❖ ¿Por qué cosas te sueles sentir culpable?
- ❖ ¿Crees que eres una persona con tendencia a sentirte culpable? (Explorar patrones familiares, infantiles etc.)
- ❖ ¿Para qué te sirve sentirte culpable?, ¿Qué función crees que está teniendo la culpa en ti?

Mecanismos de afrontamiento

- ❖ ¿Qué cosas haces cuando aparece el sentimiento de culpa? Ayudarle a concretar.
- ❖ ¿De qué manera lo que haces para disminuir el malestar o sufrimiento?

Disparadores de culpa

- ❖ ¿En qué momentos del día aparece el sentimiento de culpa?
- ❖ ¿Ante qué personas?
- ❖ ¿Existe alguna situación concreta en la que aumente ese sentimiento y por tanto tu malestar?, ¿Qué tipo de situaciones?
- ❖ ¿Qué ocurre cuando aparece este sentimiento?
- ❖ ¿Qué ocurre después?
- ❖ ¿De qué manera está interfiriendo este sentimiento en tu día a día? Califica el nivel de interferencia del 1 al 10.

Culpa y conducta

Exploración de conductas asociadas a la culpa.

- ❖ ¿Realizas conductas de autocastigo? Si es así, ¿De qué tipo?, ¿Con qué frecuencia?
Explorar.
- ❖ ¿En algún momento has tenido pensamientos suicidas? Si es así, ¿qué pensamientos?
Explorar.

Si hay conductas en riesgo, realizar un balance decisional mediante ventajas/inconvenientes a corto/largo plazo de seguir o no con la conducta de riesgo.

Culpa y perdón

Explorar la posibilidad de perdón.

- ❖ ¿A quién ayuda y para qué sirve seguir castigándote?
- ❖ ¿A quién haría daño que tú te perdonaras?
- ❖ ¿Qué te está limitando perdonar tanto lo que ocurrió como a ti misma?

Fuente: Pérez Salés, P. (2006). Trauma, culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora

Anexo VI. Cuestionarios de evaluación.

ESCALA DE CULPA EN EL DUELO (BGS)

Las siguientes frases son acerca de sentimientos y pensamientos que uno puede experimentar en el duelo. Piensa en tu experiencia en el último mes e indica cuanto se ajusta cada una de estas frases a tu situación actual.

1	No me describe en absoluto
2	No me describe
3	Me describe medianamente bien
4	Me describe bastante bien
5	Me describe muy bien

1. Le/la traté mal	1	2	3	4	5
2. Creo que no podré ser feliz nunca más desde que él/ella falleció	1	2	3	4	5
1. Me siento culpable por vivir para mí mismo desde su muerte	1	2	3	4	5
2. No hice todo lo que pude para mejorar nuestra relación	1	2	3	4	5
3. Hay muchas cosas que no hice por él/ella	1	2	3	4	5
4. Siento que no pude corresponderle/la lo suficiente por lo que él/ella me dio	1	2	3	4	5
5. Él/ella era infeliz por mi culpa	1	2	3	4	5
6. Me siento responsable de su muerte	1	2	3	4	5
7. Me siento mal cuando me siento feliz desde su muerte	1	2	3	4	5
8. Siento malestar cuando pienso acerca de las cosas que podría haber hecho de otra manera	1	2	3	4	5
9. Se me parte el corazón cuando recuerdo cosas de las que me siento culpable	1	2	3	4	5
10. Él/ella quizás estaría todavía vivo/a si yo lo hubiera hecho mejor	1	2	3	4	5

11. No pasé suficiente tiempo con él/ella	1	2	3	4	5
12. Pienso que él/ella no habría muerto en aquel momento si yo hubiera hecho las cosas de otra manera	1	2	3	4	5

Fuente:

Regalado, D. C. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* (Doctoral dissertation, Universidad Camilo José Cela).

ESCALA DE RUMIACIÓN EN EL DUELO DE UTRECHT (UGRS)

Pensamientos acerca de la pérdida

La gente a veces piensa cosas diversas después de la pérdida de un ser querido. Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cuántas veces has pensado alguna de las siguientes cosas durante el último mes.

PREGUNTAS	NUNCA	A VECES	NORMALMENTE	A MENUJO	MUY FRECUENTEMENTE
1. Piensas en las consecuencias que su muerte tiene para ti					
2. Analizas cuál es el significado personal de la pérdida para ti					
3. Te preguntas si recibes el apoyo adecuado de tus familiares					
4. Analizas si podrías haber prevenido su muerte					
5. Te preguntas a ti mismo por qué te merecías esta pérdida					
6. Intentas analizar con precisión tus sentimientos acerca de la pérdida					
7. Te preguntas si reaccionas de manera normal ante la pérdida					
8. Te preguntas si su muerte podría haber sido evitada si las circunstancias hubieran sido diferentes					

9. Te preguntas si recibes el apoyo adecuado de amigos y conocidos					
10. Te preguntas si su muerte podría haber sido evitada si otros hubieran actuado de manera diferente					
11. Te preguntas por qué esto te ha pasado a ti y no a otras personas					
12. Piensas acerca de lo injusta que es la pérdida					
13. Intentas comprender tus sentimientos acerca de la pérdida					
14. Piensas acerca de cómo te gustaría que otras personas reaccionen ante tu pérdida					
13. Piensas cómo ha cambiado tu vida con su muerte					

Fuente:

Regalado, D. C. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* (Doctoral dissertation, Universidad Camilo José Cela).

Anexo VII. Evaluación apego.

Genograma

A continuación, vamos a realizar el genograma del paciente, con el objetivo de plasmar de forma gráfica sus datos biográficos y relacionales. Mientras se le hace las siguientes preguntas al paciente, el terapeuta va escribiendo y dibujando la información que éste le proporciona.

Para comenzar me gustaría que me contara brevemente acerca de su familia.

- ❖ ¿Cuándo usted nació, quiénes eran las personas que constituían tu familia?
- ❖ ¿Quién vivía con usted?

Hermanos

- ❖ ¿Tiene usted hermanos?

En el caso de sí tener hermanos

- ❖ ¿Cuántos hermanos tiene?
- ❖ Explorar cada uno de ellos. Nombre, edad, si vive aún con ellos...
- ❖ ¿Qué relación tiene con cada uno de ellos?

Primer progenitor. Empezar por el progenitor que no ha fallecido. Ejemplo madre.

- ❖ ¿Cómo se llama su madre?
- ❖ ¿Qué edad tiene?
- ❖ ¿De qué trabaja?
- ❖ ¿Cómo definirías su relación con ella?
- ❖ ¿Qué palabras usaría para describir a su madre?
- ❖ ¿Cómo era la relación con su madre cuando era pequeño?
- ❖ ¿Te sentías cercano a ella?, ¿Qué tipo de comunicación tienes con ella?
- ❖ ¿Cuándo ella se enfada, cómo lo demuestra?
- ❖ ¿De qué manera te muestra cariño?
- ❖ ¿Responde a tus necesidades cuando le necesitas?, ¿De qué manera?
- ❖ ¿Había alguna circunstancia para que le tratara de esa manera?

Segundo progenitor. Progenitor fallecido. Ejemplo padre.

- ❖ ¿Cómo se llama su padre?
- ❖ ¿Qué edad tenía cuando falleció?
- ❖ ¿De qué trabajaba?
- ❖ ¿Cómo definirías su relación con él?
- ❖ ¿Qué palabras usaría para describir a su padre?
- ❖ ¿Cómo era la relación con su padre cuando era pequeño?
- ❖ ¿Te sentías cercano a él?, ¿Qué tipo de comunicación tenías con él?
- ❖ ¿Cuándo él se enfadaba, cómo lo demostraba?
- ❖ ¿De qué manera le mostraba cariño?
- ❖ ¿Respondía a sus necesidades cuando le necesitaba?, ¿De qué manera?
- ❖ ¿Había alguna circunstancia para que le tratara de esa manera?

Dinámica familiar

- ❖ ¿A quién sentía más cercanía a su padre o a su madre?, ¿Por qué piensa que era así?
- ❖ ¿Con quién de ellos se identifica más?
- ❖ ¿Cómo reaccionaban ante sus logros?
- ❖ ¿Qué rol tenías en tu familia?
- ❖ ¿Cómo era la dinámica familiar?
- ❖ ¿Cómo era la relación entre sus padres?, ¿Cómo la definirías?
- ❖ ¿Cómo pasabais el tiempo libre en familia?
- ❖ ¿Qué es lo que más valoras que hay/había en su familia?
- ❖ ¿Estuvo alguna vez separado de sus padres cuando era pequeño?, ¿cómo vivió esa situación?

Pareja

- ❖ ¿Tiene usted pareja?, ¿Desde cuándo?
- ❖ ¿Cómo lo conociste?
- ❖ ¿Cómo describiría su relación de pareja?
- ❖ ¿Cómo se ve a sí mismo en términos de pareja?
- ❖ ¿Cómo reacciona si surge un conflicto en pareja?

Fuente:

Martínez Guzmán, C., & Nuñez Medina, C. (2007). Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): propiedades psicométricas de su versión en Chile.

Anexo VIII. Módulo 1 - Psicoeducación.

Presentación al paciente el módulo de psicoeducación.

En la sesión de hoy, me gustaría que comenzáramos hablando sobre 3 temas que son decisivos por los que estás aquí. Suicidio, culpa y apego. Para hacer frente al proceso de duelo en el que estás es muy importante empezar conociendo y entendido, qué es realmente el suicidio, que hay detrás de él, qué consecuencias trae, cómo influye el apego en el proceso de duelo y de qué manera podemos trabajar en este proceso. Hoy vamos a hablar de temas difíciles y lo que pretendo es que tengamos un primer contacto con ellos y estar en disposición a escuchar, preguntar e intentar comprender.

Suicidio

Explicación del suicidio mediante la metáfora del iceberg.

El suicidio podría representarse como un iceberg. La parte de arriba es aquello que se ve claramente, aquello que ven los demás, son los comportamientos autodestructivos que la persona tiene o ha tenido, es decir, ideación suicida, pensamientos suicidas, autolesiones, o en este caso, el suicidio. La mayoría de las personas suelen poner la atención únicamente en eso porque es eso, únicamente aquello que ven. Pero el iceberg, aunque no lo veamos a simple vista, hay una capa enorme sumergida, la raíz de ese iceberg. La parte sumergida del iceberg, son todos los factores subyacentes de la vida de la persona, es la vivencia de la vida de uno, son los problemas psicológicos, sociales, familiares, económicos, laborales, es el altísimo nivel de desesperanza, el inmenso dolor emocional, la alta autocrítica hacia sí mismo, la desregulación emocional, es decir, reacciones emocionales descontroladas y desproporcionadas, es el aislamiento social, la depresión, los sentimientos de carga, el sufrimiento tan elevado que excede la conexión con otros, con el mundo, con la vida, la vivencia de derrota... Esto, la parte sumergida del iceberg es lo que constituye y forma la parte de arriba, el suicidio.

Figura 5.

Suicidio.



Fuente: Elaboración propia.

Culpa

La culpa es una respuesta emocional frecuente en el duelo, sin embargo, cuando es desproporcionada en intensidad y persistente en el tiempo, podría complicar el proceso de duelo, de ahí la necesidad de ser expresada, explorada y trabajada.

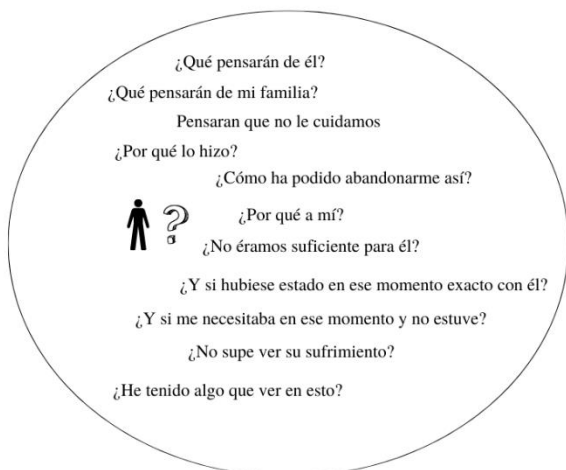
La culpa es una respuesta emocional que aparece frecuentemente cuando se vive un duelo por suicidio. Los familiares supervivientes del suicidio pueden vivir una culpa inmensa por haber perdido a su familiar de esta manera y no de manera natural o en el momento evolutivo esperado. El suicidio lleva a rumiaciones constantes sobre los motivos, sobre el por qué, preguntas como ¿y si...?, que anclan a los familiares a preguntarse cómo actuaron en el pasado, surgiendo así cierta culpa por no haberlo podido evitar. La culpa, también se vive por la propia estigmatización que conlleva el suicidio, por el posible juicio de los demás. La muerte es irreversible, por lo que la desesperanza por no poder volver atrás y cambiar algo en la historia genera autorreproches constantes sobre lo que “deberíamos o no haber hecho”. La culpa es una reacción frecuente que aparece debido al vínculo que se tenía con el fallecido, pensamos que, al ser nuestro progenitor, nuestra familia, tenemos el deber y la capacidad de salvarles.

Cuando no hay una carta de despedida, cuando los familiares no saben por qué lo hizo, o no se dieron cuenta de si había señales, cuando no se tienen esas respuestas, muchas veces, erróneamente, atribuimos cierta culpa a nuestra persona por no evitarlo, por no entender ni encontrar el por qué. Nadie nos enseña a actuar ante una situación así, ni generalmente

disponemos de los recursos más adecuados y por ese motivo, manejamos el sufrimiento con los recursos que disponemos en ese momento.

Figura 6.

Pensamientos generadores de culpa.



Fuente: Elaboración propia.

Apego

El apego es el vínculo afectivo que sentimos por alguien o algo. Se forma desde que nacemos, buscamos una conexión segura al nacer, que generalmente obtenemos de nuestras primeras figuras de apego, nuestros padres/cuidadores. Las bases fundamentales del apego son la seguridad, disponibilidad, protección y atención a las necesidades tanto físicas como psicológicas. Esas son bases de un apego seguro, que ofrece un refugio emocional y físico.

Perder a una de nuestras figuras principales de apego es un proceso totalmente complejo, que deja consecuencias psicológicas. El objetivo de la conducta de apego es mantener el vínculo, por lo que contra más fuerte sean los lazos que tenemos con nuestro progenitor, más intensas serán nuestras reacciones al perder ese vínculo. La muerte, físicamente rompe ese vínculo, lo que proporciona un inmenso malestar emocional, una gran angustia y una necesidad de recuperarlo. Cuando la muerte es a causa del suicidio, y cuando es un padre quién fallece, resulta extremadamente complicado integrar y aceptar la pérdida, ya que se rompe la unión con alguien que nos daba protección, seguridad, amor, alguien que era nuestro refugio.

Físicamente perdemos a nuestro padre o madre, pero la idea es considerar una continuidad del vínculo tras la muerte, un vínculo simbólico, para mantener un sentido de conexión con el progenitor y poder manejar un poco el dolor.

Sentido

¿Qué es el sentido?

El sentido es la fuerza emocional que implica una transformación y autorrealización personal, en la que la persona es consciente de que está cumpliendo con su propósito con la vida que está viviendo. Hay situaciones límites que rompen nuestros esquemas y que enfrentan a la persona con los límites de su existencia, que no se pueden evitar. La muerte y el sufrimiento son dos ejemplos de ello. Estas situaciones suelen llevar a una falta de sentido que genera frustración y desesperanza y donde puede haber una percepción de falta de control de nuestra vida y la ausencia de metas vitales. Lograr el sentido, se asocia con la percepción y vivencia de libertad, responsabilidad, autodeterminación, cumplimiento de las metas vitales, visión positiva de sí mismo, del futuro y de la vida...

El sentido del sufrimiento

Cuando hay que enfrentarse a una situación inevitable, a la que no se puede volver atrás, como es el suicidio, el valor del sentido reside en la actitud frente al sufrimiento, en la capacidad de soportarlo. Todo ser humano tiene la libertad de elegir su actitud hacia el sufrimiento, eso es algo que nadie te puede quitar, la libertad de elegir como vives tu sufrimiento. El sufrimiento, en cierta manera, deja de ser sufrimiento cuando se encuentra un sentido y las personas están dispuestas a aceptarlo, si este tiene un sentido. Las dificultades residen cuando las personas en un primer momento tienen la percepción de que no son capaces de encontrarlo y aparece la frustración, pero lo que no saben todavía es que, aunque en ese momento crean que no haya, no significa que no esté, sino que todavía están en el proceso de descubrirlo.

Anexo IX. Módulo 2 - Diálogo socrático y culpa.

Presentación al paciente

En la sesión de hoy, me gustaría que nos centráramos en el sentimiento de culpa. La sesión anterior, estuvimos hablando sobre ella y de qué manera puede aparecer. Hablamos de aquellas preguntas de las que no encontramos respuesta o las cuales intentamos responder nosotros mismos, a veces erróneamente. Hoy, me gustaría que habláramos y exploremos ese sentimiento, la culpa, y el malestar que está generando conectar con ella.

A continuación, las siguientes preguntas son las que guiarán el diálogo. El terapeuta debe dirigir el diálogo en función de las respuestas del paciente. Estas preguntas son parte de la guía que puede ayudar al terapeuta a generar el diálogo socrático con el paciente.

PREGUNTAS QUÉ:

- ❖ Refieres sentirte culpable por el suicidio de su progenitor, ¿a qué te refieres con sentirte culpable?
- ❖ ¿Qué es la culpa para usted?
- ❖ ¿Y sentirse culpable?, ¿Cómo definiría ese sentimiento?
- ❖ ¿Te has sentido culpable en otro momento aparte de este? Cuéntame un poco esa experiencia
- ❖ ¿Qué es lo que te hace creer que eres culpable?
- ❖ ¿Crees que lo podrías haber evitado?, ¿de qué manera?
- ❖ ¿Crees que en ese momento únicamente dependía de lo que tú hicieras?
- ❖ ¿Qué cosas más podían influir?
- ❖ Si usted cree que no hizo suficiente, ¿qué cosas crees que no hizo y le hubiese gustado hacer?
- ❖ Pero usted diría, que no hizo nada en todo ese tiempo, ¿qué cosas sí hizo?, ¿podría nombrarlas?
- ❖ ¿Crees que el suicidio de su progenitor tuvo una causa concreta?
- ❖ ¿De qué más cosas pudo depender?
- ❖ ¿Qué estás buscando al sentirte culpable?
- ❖ ¿Sientes la obligación de sentirte culpable por ser su familia y no haber podido evitarlo?

- ❖ En este momento, ¿qué sientes con eso?

PREGUNTAS CÓMO

- ❖ ¿Cómo sientes esa culpa?
- ❖ ¿Cómo acabaste sintiendo que eras culpable?
- ❖ ¿Cómo pasó?
- ❖ ¿Cómo te hubiese gustado actuar?
- ❖ ¿Cómo actúas cuando te sientes emerge ese sentimiento de culpabilidad?

PREGUNTAS PARA QUÉ

- ❖ ¿Para qué te sientes culpable?
- ❖ ¿Para qué te sirve sentirte culpable?
- ❖ ¿Para qué te tratas así?

Anexo X. Módulo 3 - Diálogo simbólico.

Presentación al paciente

En la sesión de hoy te voy a invitar a realizar un ejercicio. Este ejercicio en psicología le llamamos “La silla vacía”. ¿De qué trata? Vamos a crear un espacio donde estés sentado/a enfrente de una silla vacía. En esa silla vacía, vas a representar en tu imaginación, a tu progenitor. Mi papel va a ser guiar un diálogo, en el que te voy a pedir que expreses pensamientos y sentimientos dirigidos hacia él, hacia su muerte, hacia vuestra relación, qué estás sintiendo, hablaremos sobre culpa, sobre las cosas que no se pudieron decir etc. El ejercicio trata de que te comuniques directamente con él/ella, lo que respondas no va dirigido a mí, sino a él/ella. El ejercicio va a constar de dos partes, la primera, tu hablarás como hijo/a, hacia tu progenitor. Como uno de los temas importantes que vamos a trabajar es la culpa, te voy a entregar esta piedra para que materialices, puedas observarla y conectar mejor con ella. La segunda parte del ejercicio, vamos a hacer un cambio de roles, te cambiarás a la silla de enfrente, donde estaba sentado tu progenitor, y ahora harás el papel de tu progenitor, serás él, y tendrás una conversación su hija (tú), representada en la silla vacía de enfrente.

Es un ejercicio complicado, vamos a ir poco a poco, pararemos cuando lo necesites, el objetivo es que conectes con tu vivencia, con su sufrimiento, al igual que conectes con el sufrimiento de tu progenitor. ¿Estás preparada/o para comenzar?, ¿Tienes alguna duda antes de empezar?, Si no es así, comenzamos.

A continuación, preguntas estas son preguntas que pueden ayudar al paciente a guiar el diálogo de la silla vacía. Es importante que se guíen en función de las respuestas del paciente.

El terapeuta comienza organizando el espacio, colocando las dos sillas y pide al paciente que se siente en una de ellas.

- ❖ Cierra los ojos y respira profundamente inspirando en 3 segundos y expirando en 4 segundos (3 veces).
- ❖ Me gustaría que pusieses toda tu atención a la silla que tienes enfrente, e imagines que tienes a tu padre/madre sentada/o ahí.
- ❖ *Silencio unos segundos*
- ❖ ¿Puedes conectar con esa imagen en este momento? Te doy unos segundos más...

- ❖ ¿Me podrías hablar sobre su físico?, ¿Cómo va vestido/a?, ¿Qué apariencia tiene? gestos tiene?, ¿Cómo está sentado?,
- ❖ ¿Qué está haciendo?

Terapeuta observa lo que está sucediendo en el paciente, su reacción, el significado que el paciente le da a la situación, el impacto emocional que está teniendo...

- ❖ En este momento, yo te voy a acompañar, pero no me vas a hablar a mí, sino a él/ella. Ahora mismo tienes la oportunidad de expresárselo a él/ella directamente. Vamos a comenzar por tu infancia con esa persona
- ❖ ¿Cómo era vuestra relación? Recuérdasela
- ❖ ¿Qué era lo que te gustaba más de él?, ¿y lo que menos?
- ❖ Cuando miras hacia atrás, hacia tu infancia, ¿cuáles son los recuerdos más significativos que tienes con él/ella?

Continuar explorando un poco su relación con esa persona antes del suicidio.

Ahora vamos a otro momento. Vamos a hablar del suicidio.

- ❖ ¿Qué es lo primero que quieres expresarle? No importa lo que sea. Cuando lo sientas, empieza a hablarle a él/ella
- ❖ ¿Qué pasó aquel día?
- ❖ Háblale sobre cómo te sentiste en el momento que te enteras de que se suicidó
- ❖ Cuéntale tus emociones de ese momento. Nómbralas y descríbelas
- ❖ Háblale sobre aquellos pensamientos que te vinieron
- ❖ Ahora, háblale de la culpa. ¿De qué de te sientes culpable?
- ❖ ¿Crees que él siente lo mismo?
- ❖ ¿Para qué te sientes culpable?
- ❖ ¿Qué necesitas decirle?
- ❖ ¿Hay algo que no pudiste decirle? Ahora es el momento de decirlo.

2ª parte - Cambio de roles.

El terapeuta le propone el cambio de roles, en el que el paciente se cambia de silla en la que estaba representando a su progenitor, ahora es él y va a representarle y con quién va a hablar es con su hijo/a. Se le pide al paciente que piense como su padre/madre y evite cualquier creencia de su persona.

- ❖ *Nombre del padre madre.* ¿Qué sientes al ver a tu hijo/a?
- ❖ Su hijo/a menciona que se siente culpable, ¿de qué es culpable?
- ❖ ¿Qué sientes al ver a tu hijo/a sentirse culpable?
- ❖ ¿De qué manera querrías verle?
- ❖ ¿Qué le dirías en ese momento al verle sentirse así?
- ❖ ¿De qué maneras crees que tu sufrimiento superó tus circunstancias?
- ❖ ¿Dirías que no pudiste soportar tu sufrimiento?
- ❖ ¿Qué es lo que más valoraste en vuestra relación?
- ❖ ¿Qué no pudiste decirle a tu hijo/a?
- ❖ ¿Qué es lo que quieres expresarle a tu hijo/a?
- ❖ ¿Cómo te gustaría que sea su camino en el futuro?

Al acabar el ejercicio, se le pide al paciente que abra los ojos, ofreciéndole unos minutos para volver a este momento terapéutico entre nosotros.

Anexo XI. Módulo 4 - Fuentes de sentido.

Presentación al paciente

Fuentes de sentido

¿Qué son las fuentes de sentido? Las fuentes de sentido son aquellas actitudes o valores que cada persona puede llegar a tener a lo largo de su vida, para dar sentido a su vida.

¿Qué ocurre cuando las personas sufrimos? Cuando una persona está viviendo un gran sufrimiento en su vida o no está en un momento agradable, generalmente, las personas sienten una ausencia de sentido o pueden sentirse en una búsqueda donde no están llegando a ninguna parte, por lo que sienten que no existe este sentido o no se va a lograr el mismo.

Pero, ¿esto quiere decir que hay casos en los que no se puede encontrar sentido? No encontrar un significado en tu vida, o en el sufrimiento, en un momento determinado, no quiere decir que no lo vayas a tener o no exista. Para la búsqueda de sentido, tenemos que preguntarnos y observar nuestros propios valores. ¿De qué valores hablamos?

- Valores experienciales: Aquello que experimentas con el mundo, con uno mismo y con los demás. Aquello que nos conecta con la vida, con las cosas, con los momentos.
- Valores creativos: Aquellas cosas que hacemos y llevamos a cabo, y de las que estamos orgullosos de ello, trabajo, hobbies, proyectos... Aquellas cosas donde podemos expresarnos, aquello con lo que nos comprometemos.
- Valores actitudinales: Aquellas actitudes que tomamos ante las dificultades que aparecen en nuestro camino, ante el sufrimiento.

A continuación, vamos a trabajar las fuentes de sentido mediante diferentes ejercicios.

Ejercicio 1 Identificando fuentes de sentido

Me gustaría que comentaras algunas experiencias o momentos de tu vida en el que sentiste que tu vida tenía sentido para ti, es decir, algún momento difícil en el que sentiste que algo te ayudó a atravesar ese momento complicado y de sufrimiento. Narra y concreta a ser posible, esas cosas que dieron sentido a tu sufrimiento en ese momento y te ayudaron.

Ahora, me gustaría que identificaras de las diferentes fuentes de sentido que hemos comentado, ¿cuáles son las que identificas que has tenido o tienes en tu vida? Fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales.

Ejercicio 2 Mi identidad

Identidad antes del suicidio de su progenitor.

Piensa en el momento de antes de que ocurriera el suicidio. Quiero que me digas cómo te definías en ese momento, tanto de personalidad, físico, aquello que hacías, cómo te comportabas con los demás etc.

- ❖ ¿Quién eras?
- ❖ ¿Qué cosas eran significativas para ti?

Identidad después del suicidio de su progenitor.

Ahora, piensa y dime cómo te defines en este momento, con los mismos elementos nombrados en el ejercicio anterior.

- ❖ ¿Quién eres hoy en día?
- ❖ ¿Cómo ha afectado el suicidio en las cosas más significativas para ti?
- ❖ ¿De qué manera tu vida es diferente ahora?

Ejercicio 3 Sentido y sufrimiento

Una vez reflexionado como te ves hoy en día y sobre quién eres hoy, me gustaría que habláramos sobre las lecciones que estás aprendiendo en el camino de tu proceso de duelo.

- ❖ ¿Qué lecciones dirías que estás aprendiendo? Ya sean buenas o malas
- ❖ ¿Qué te gustaría transmitir a quien te preguntara sobre tu proceso de duelo o a alguien que estuviera viviendo un proceso de duelo similar al tuyo?
- ❖ ¿Qué es lo que esperas de tu vida en el futuro?
- ❖ ¿Tienes tareas pendientes?, ¿Qué te está impidiendo realizarlas?

Anexo XII. Módulo 5 - El perdón.

Presentación al paciente.

En esta sesión de hoy, vamos a explorar el significado del perdón. Me gustaría comenzar preguntándote, ¿qué es para ti el perdón?, y ¿qué implica para ti perdonar? ¿Me podrías hablar sobre los tipos de perdón que crees que hay?

El perdón

El perdón hacia los demás.

El perdón es voluntario, es una elección. Todo el mundo es libre de elegir perdonar o no perdonar. Pero ¿qué conlleva perdonar? El perdón es un proceso que tiene sus pasos, fases, etapas, tiempos. El perdón es una respuesta y una actitud ante el daño y ante la persona que nos ha hecho daño. Perdonar no es fácil, ya que nos enfrenta a la rabia, al dolor, al odio, a la vergüenza. Perdonar es empatía, es compasión con la otra persona, no es comprender, sino a pesar de no entender, elegir perdonar. El perdón es un aprendizaje, el perdón es un proceso de sanación, alivia nuestra rabia, nuestro malestar, ese que no nos deja avanzar. El perdón no es olvido, pero es un punto de inflexión, un punto y aparte en el sufrimiento.

El perdón a uno mismo.

Hay veces que el perdón no se trata de los demás, sino de uno mismo. ¿Qué implica perdonarse a uno mismo? A veces, en situaciones de un inmenso sufrimiento, caemos en el error de hacernos daño a nosotros mismos. A veces, no es suficiente con el daño que algo nos ha provocado, sino que nosotros lo avivamos más, nos autocriticamos, nos culpabilizamos, tenemos conductas de autodesprecio hacia nosotros mismos, podemos creer que el autocastigo es algo que merecemos. El perdón a uno mismo requiere, en primer lugar, conciencia del daño que nos estamos haciendo y compasión hacia uno mismo. Sentir culpa de manera sana, es un aprendizaje, nos sirve para ser consciente de nuestros errores y rectificarlos. Perdonarse a uno mismo también es un proceso, sobre todo cuando ha habido un daño constante y destructivo hacia uno mismo durante un gran tiempo. El proceso de perdonarse a uno mismo trata de

percibir la situación desde otra perspectiva, analizarla, comprender. Perdonarnos significa, dejar atrás el dolor, dejar de sentir culpa, no juzgar, cicatrizar la herida y eso da miedo.

Ejercicio Carta de perdón

En esta parte de la sesión, vamos a dedicar a escribir una carta de perdón. La carta va a constar de dos partes. La primera parte es el perdón hacia tu progenitor. Me gustaría que escribieses, qué perdonas y para qué. La segunda parte de la carta va dirigida a ti, donde tienes que escribir lo mismo, qué te perdonas y para qué.

A continuación, voy a lanzar al aire, algunas preguntas que pueden guiarte a la hora de escribir la carta y reflexionar sobre el perdón.

- ❖ ¿Para qué sirve seguir castigándote?
- ❖ ¿A quién haría daño que te perdonaras?
- ❖ ¿Hay algo que perdonar?, ¿Hay algo que tengas que perdonarte?
- ❖ ¿Qué te perdonas?, ¿Para qué te perdonas?
- ❖ ¿Qué perdonas?, ¿Para qué perdonas?

Anexo XIII. Cuestionario evaluación final pacientes.

Cuestionario

Nombre:

Fecha:

¿Cómo has sido tu experiencia de aprendizaje en este programa?

Mirando al comienzo del programa. ¿Cómo te ves desde ese momento al momento actual?, ¿Qué diferencias ves?, ¿Y similitudes?

¿Ha habido algún cambio en la interpretación del suicidio de su progenitor después de este proceso?

¿Ha habido algún cambio en la interpretación del sentimiento y vivencia de culpa después de este proceso?

¿Sientes que tienes una mejor comprensión de tus fuentes de sentido en la vida, y eres capaz de hacer uso de ellas en tu vida? ¿Si es así, de qué manera?

¿Qué es lo que esperas de tu futuro?

Anexo XIV. Cuestionario evaluación final terapeutas.

Cuestionario

Nombre:

Fecha:

¿Han cambiado tus creencias respecto al inicio del programa en referencia a la culpa, el suicidio y el apego?, ¿De qué manera y que creencias más significativas dirías que han cambiado?

¿Has adquirido las competencias suficientes para el desarrollo del programa en la práctica e intervención con los pacientes?

¿Has adquirido las herramientas necesarias para la evaluación y exploración de la culpa?

¿Has adquirido las herramientas necesarias para la evaluación y exploración del apego?

¿Ha aumentado tu capacidad de reflexión sobre los conceptos que se han trabajado en el programa?

¿Has desarrollado la capacidad y manejo del diálogo socrático como elemento de intervención?

¿Qué es lo que te más te ha aportado el programa?, ¿Y lo que menos?

¿Qué cosas añadirías al programa?, ¿Qué quitarías?