

EL EFECTO DEL GUIÓN DE VIDA SOBRE EL DUELO: A PROPÓSITO DE UN CASO

THE EFFECT OF SCRIPT OF LIFE OVER GRIEF: A CASE

Mar Muñoz Pérez

Médico especialista en Bioquímica Clínica
Máster en Psicoterapia Breve por la SEMPYP

Resumen: Nacemos y, habitualmente, morimos en un grupo familiar. El modo en que nos influyen las interacciones familiares en la infancia es tan grande que condicionan nuestro desarrollo personal con tal fuerza que, a veces, nos aboca a seguir un guión, a cumplir con el papel que se espera de nosotros para ser aceptados. El guión afecta a múltiples aspectos de nuestra vida, y también al modo en que afrontamos las pérdidas de nuestros seres queridos, que en ocasiones, precisan de ayuda psicoterapéutica. En este sentido, el modelo de psicoterapia breve integrada (PBI) no busca la curación como objetivo, desde un modelo salud-enfermedad, sino el cambio que mejora la vida del paciente. Para esto, la PBI utiliza las herramientas que precisa sin tener que adaptarse a un modelo rígido.

Presentamos, desde este punto de vista, el caso de un paciente en duelo por la pérdida de un ser querido, y cómo hemos intervenido durante el acompañamiento en el proceso. Desde el análisis transaccional, se ha valorado durante la evaluación y terapia, la influencia del guión de vida sobre el modo en el que vive ese duelo, en el marco de la PBI, dentro del contexto de las prácticas como psicoterapeuta de la SEMPYP.

Palabras clave: Psicoterapia breve integrada. Duelo. Guión de vida.

Abstract: We born and die in a family group. Child attachment depends on family interactions, in such a way that they determine our behaviour to be accepted. If we are not sure about this, we may adopt a life script that fulfils the expectations that we think that our parents have about us. Life script affects many aspects of our lives, even the way we face the loss of our loved ones. Each grief will be painted by the script and, sometimes psychotherapeutic intervention may be useful. Integrated brief psychotherapy (IBP) does not look for a total healing recovery, from a health-disease model, but the change that improves the patient's life. IBP uses several tools with no need to follow a specific, rigid model. This is one of its main characteristics.

The present work describes a case of grief in the loss of a loved related, and the interactions we did with her during the therapeutic process. We have applied transactional analysis during the evaluation and therapy and so, how life script influenced the grief. All this process used IBP- SEMPYP methodology and supervision. This work describes my practice as a psychotherapist.

Keywords: Integrated brief psychotherapy. Grief. Life script.

INTRODUCCIÓN

“Tuve que aprender de nuevo a respirar

De nuevo tuve que aprender.

Hice agujeros en la capa del disfraz de Superman

Que nunca me he querido poner”

Huyendo conmigo de mí.

Fito & Fitipaldis

“La vida es una cebolla. Uno la va pelando capa tras capa y, a veces, se llora”

Carl Sandburg

Desde que el hombre es hombre, se ha sentido mal: sufre. Forma parte de su esencia, como lo hace la muerte que es, entre muchas otras, una de las causas de ese dolor. El modo en que el ser humano ha intentado aliviar este sentimiento ha variado a lo largo del tiempo. “Podemos afirmar que, en el momento en que el hombre comenzó a razonar de modo sistemático sobre sí mismo y sobre su realidad, surgieron las primeras dudas y las primeras incertidumbres fundamentales” (Nardone y De Santis, 2012). Tanto los distintos principios filosóficos como las religiones han sido utilizados por el hombre como medios para comprenderse a sí mismo y aliviar ese malestar. En este sentido, se puede rastrear hasta las sociedades más primitivas cómo el uso de la palabra y de rituales han sido empleados con fines curativos (Benito, 2008).

Actualmente hay un número cada vez mayor de trastornos mentales definidos como tales y, a cada momento, surge un nuevo “síndrome” que esta sociedad occidental, centrada en el bienestar, precisa combatir. “Si se tiene en cuenta que a finales del siglo XIX había unas ocho categorías, el “progreso” ha sido considerable” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). El DSM-IV-TR ha pasado a considerar unas 400 categorías diagnósticas, frente a las 100 descritas en 1952. Sin entrar en la influencia que pueda tener la medicalización de la vida en el mundo occidental, así como la “insoportabilidad” del menor disconfort, el malestar en el individuo existe, bien por ser real, o por una mala adaptación a la realidad. Nuestra visión del mundo es subjetiva, y el modo de integrar lo vivido, dotándolo de su significado para cada uno, es variable y depende de los aspectos biopsicosociales de cada individuo.

El mundo occidental no permite el menor dolor o sufrimiento. Todo constituye un “mal” que puede ser tratado con algún tipo de remedio. Es preferible ayudar a la persona a comprender y a comprenderse que acudir sólo al empleo de sustancias químicas como único medio para aplacar su

malestar o su dolor. Frente al *no sentir* hay que señalar que esas emociones, no siempre agradables, nos distinguen. “Todo ello es lo que nos aporta el distintivo de “humano” frente a nuestros parientes los animales, porque somos capaces de sentir una gran variedad de emociones y sensaciones no todas ellas positivas y gratificantes” (Cano 2003).

La psicoterapia puede ser un medio eficaz de ayuda cuando el ser humano no se siente capaz de afrontar esas dificultades, cuando “el malestar provoca incapacitación para la vida” (Payás, 2010). Una intervención psicoterapéutica podría ser cualquier tratamiento que se fundamente en la relación de al menos dos personas, en la que una realiza algún tipo de acción discursiva sobre la otra. Debe estar fundamentada en una teoría científica sobre el funcionamiento y cambio psicológico de las personas, y presentar un conjunto de técnicas o formas de promover una mejora en las condiciones que generan el motivo de consulta del paciente (Benito, 2008).

No hay una única psicoterapia, son múltiples y variadas. El modelo es sólo una forma teórica artificial de comprender o explicar la realidad (Marín 2012). Todos los modelos psicoterapéuticos pueden ser igual de eficaces. Hay al menos cinco grandes sistemas que pueden contener lo necesario para atender los distintos trastornos mentales (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007):

1. *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica*, o la comprensión de sí mismo como renovación personal.
2. *Psicoterapia fenomenológica y existencial*, o el entendimiento filosófico de los problemas de la vida.
3. *Psicoterapia centrada en la persona y experiencial*, o el cliente como autosanador activo.
4. *Terapia de conducta y cognitivo conductual*, o el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento.
5. *Terapias de familia*, o la revisión de las relaciones familiares.

El gran número de modelos y submodelos existentes, más de 400, planteaba ya desde mediados del siglo pasado dudas sobre la eficacia y estabilidad de los cambios conseguidos en psicoterapia. Uno se puede preguntar: ¿si es útil, por qué hay tantas variantes?.

La psicoterapia debe caminar hacia la búsqueda de lo “común”, lo que funciona. Es por ello que se están desarrollando guías de tratamientos eficaces, como una aproximación a la práctica basada en la evidencia que permita justificar de modo científico el mantenimiento de cada dispositivo en base a su desarrollo, enseñanza y aplicación. Además, en ciertas psicoterapias hay una tendencia a la

integración de diferentes modelos o técnicas (Benito, 2008). Un ejemplo de ello es el eclecticismo técnico, y otra variante es el marco teórico-práctico que constituye la Psicoterapia Breve Integrada presentada por la SEMPYP (Marín, 2012).

La combinación de lo común permitirá desarrollar un “paradigma integrador” que trascienda las escuelas de psicoterapia, pero eso quizá esté muy lejos. Por ello, parece más realista la aplicación del eclecticismo del que hablan English y English, entendido como búsqueda de los elementos válidos de todas las teorías y sistemas aparentemente incompatibles para combinarlas en un todo armónico (Marín, 2012).

La psicoterapia breve integrada

JL Marín (2012) habla de dos grandes grupos de psicoterapias, *Psicoterapias Reconstructivas*, que se orientan a la reestructuración de la personalidad, y *Psicoterapias Resolutivas*, dirigidas a la resolución de problemas, frecuentemente llamadas también *Terapias Breves*.

Con independencia del marco teórico referencial, se diferencian en que, en este tipo de terapia:

- El objetivo es la resolución del problema del paciente.
- Por tanto, el proceso terapéutico está focalizado en el problema.
- Los procedimientos terapéuticos se caracterizan por su flexibilidad.
- El terapeuta desempeña un rol activo en el que el paciente y su problema son el centro
- de la situación terapéutica y no es “desplazado” al sistema o escuela del terapeuta.

En este tipo de terapias, el objetivo no es la “curación” a un modelo de salud/enfermedad, sino “el cambio”, cambio que mejora la situación del paciente. El éxito terapéutico no está unido a que el paciente “dependa regresivamente” del terapeuta. Alexander y French (como lo cita Marín, 2012) hablan de dos aspectos relacionados con el éxito terapéutico: la *flexibilidad*, esa capacidad de adaptación técnica al paciente y, lo que constituye el eje de toda terapia, la *experiencia emocional correctora*, que debe percibir el paciente al comprobar que, aunque espere que el comportamiento del terapeuta en el proceso vaya a repetir la relación con sus padres, eso no suceda. De este modo puede corregir esas expectativas y extenderlas a otras posibles relaciones.

En esta relación interpersonal especial el terapeuta aplica ciertas técnicas o principios, además de seguir unas reglas (Marín, 2012):

- Es voluntaria.
- La comunicación es coherente y persistente, con periodos en los que existe separación física.

- Se realiza entre dos o más personas y, al menos, una de ellas sabe lo que está pasando, “habitualmente el terapeuta”.
- El terapeuta tiene un plan. Sabe lo que hace y, en consecuencia:
 - Sabe que realiza una intervención clínica.
 - Tiene un conocimiento sobre las estructuras y funciones mentales, procesos de desarrollo adaptación y defensa, de las causas y mecanismos psicopatológicos y de instrumentos de intervención terapéutica.
 - Posee las habilidades precisas para establecer y mantener la relación terapéutica y para obtener e interpretar la información sobre el paciente y su patología, así como seleccionar y monitorizar las estrategias terapéuticas.
 - Posee la capacidad de colocarse en el lado generoso de la relación, dispuesto a dar de sí mismo sin exigir la gratificación de sus propias necesidades afectivas por parte del paciente. La humildad del terapeuta juega un papel importante en la relación.

Entre estos cauces es deseable que transcurra la relación terapéutica, tomando de los distintos sistemas aquellos aspectos que puedan ser de utilidad bajo una visión global abierta, pero definida por cada proceso terapéutico. Así evitaremos las “amputaciones” que puede suponer caer en “La posada de Procusto” y tener que ser *adaptado* a su lecho, o lo que es lo mismo, *recortar* al paciente a un determinado modelo rígido en el que encajar.

El guión de vida

El guión de vida es un plan formado en la primera infancia bajo la presión parental y que después continúa en vigor (Martorell, 2000). Según Eric Berne (como se citó en Gimeno-Bayón, 2012), es la fuerza psicológica que impulsa a la persona hacia su destino, tanto si la combate como si no. Muy temprano en nuestras vidas adquirimos una posición existencial: El conjunto de sentimientos que tenemos acerca de nosotros mismos y de los demás y que, de forma muy simplificada, consistiría en estar bien o no. Así, según este autor, en la relación entre individuos podrían existir cuatro posiciones existenciales:

1. Yo estoy bien, tú (o los demás) estás bien. Posición de *libertad interna* que permite la apertura a uno mismo y a los otros.
2. Yo estoy mal, tú estás bien. Posición de *inferioridad*, impotencia y desventaja frente al mundo.
3. Yo estoy bien, tú estás mal. Posición de *superioridad*, necesidad de sentirse en ventaja respecto a los otros.
4. Yo estoy mal, tú estás mal. Posición de *desesperanza*, internamente parece que no hay modo de salir adelante para nadie.

La relación madre-hijo es la primera relación social. Permite al niño sobrevivir y distinguirse del mundo, es su primer “otro” y, mediante la misma, se va diferenciando su yo sometido a la influencia emocional y afectiva, transmitiendo afectos y contactos positivos, pero a veces también negativos con irritación o falta de contacto, entre otras mil opciones. Estos primeros contactos tienen un efecto sobre el psiquismo del niño similar al de una caricia. Las *Caricias* pueden ser positivas o negativas según su tipo. La frecuencia o intensidad de unas u otras conducirá a un marco psicológico inclinado a la seguridad o a la inseguridad en el niño.

Curiosamente, estamos predispuestos culturalmente a economizar las caricias positivas, como si “se nos pudiesen terminar” (Claude Steiner, como se citó en Martorell 2014, curso). Tendemos a no aceptar caricias positivas, no pedir las, no dárnoslas a nosotros mismos ni a otros y a no rechazar las caricias negativas, que se supone que nos dan por “nuestro bien”. El niño está, en relación a sus padres, marcado por tres hechos en su desarrollo:

1. Absoluta necesidad de los cuidados físicos y emocionales para sobrevivir.
2. Aparición de tendencias e impulsos naturales, espontáneos, a medida que el desarrollo los hace disponibles.
3. Expectativas, ideas, prejuicios y miedos de los padres, es decir, actitudes de éstos respecto a esa expresión natural: qué se pide al niño, qué puede y qué no puede hacer.

Todo lo que hace el progenitor en relación a su hijo está dotado de significado y, en función de los miedos del padre, puede haber aceptación (permisos) o no, dirigidos al hijo. Esto ocasionará una gran influencia en la aparición del guión de éste último. El niño transforma la actitud parental en un **mensaje o mandato** que puede ir, en los casos de posiciones existenciales negativas, desde el “no vivas”, “no crezcas” o “no estés cuerdo” al “sé capaz de cuidar de ti”, o el “no estés cerca” o “no pertenezcas” y, por muy duro que sea el contenido, la única forma que tiene el niño de obtener caricias, positivas o no, que garanticen su supervivencia, es aceptar el mensaje.

A partir de ese momento, el hijo toma una **decisión** sobre ese mensaje: a favor o en contra. Tiene la posibilidad pero, por lo anterior, la decisión es inevitable. Hay una amenaza sobre lo que pasará si no acepta el mensaje: es el miedo de un niño a ser abandonado, a no sobrevivir si no cumple dicho mensaje. Hay un conflicto existencial: o sigue sus tendencias y pierde la aceptación de los padres, de los que depende para sobrevivir, o asegura su aceptación y reprime sus propias tendencias.

Los mensajes deberían ser positivos (estás bien, puedes pensar como quieras, puedes equivocarte, puedes aprender, te quiero y me gustas, puedes confiar en mí...). De esta manera se convierten, en su mayoría, en *permisos*, pero cuando hay un guión no suele haber sido así. Por el

contrario, existe un hipercontrol en los procesos de comunicación que se traduce en que los mensajes “no son discutibles por el sujeto”, y un niño no tiene defensa posible ante los mismos.

Aparecen así los sentimientos permitidos, llamamos *rackets*, extorsionadores o chantajistas. Son sentimientos que sustituyen al que, de forma natural o espontánea, tendría el niño en una situación concreta. Por ejemplo, en una familia puede estar prohibida la tristeza o la ira, no puede discutirse o no se puede llorar y, sin embargo, en su lugar se permite aparentar calma o indiferencia, o incluso alegría, ante circunstancias o hechos que son claramente irritantes, frustrantes o dolorosas para el niño. Así, situaciones que podrían resolverse aceptando el sentimiento, no lo son porque éste está prohibido y, como no se puede tener, tampoco puede empatizarse ni se puede heretorregular. Cuando sean adultos veremos pacientes con comportamientos en los que “falta” alguna emoción: la prohibida.

En función de lo que aprendemos y percibimos como respuestas de los otros, vamos desarrollando una idea de nosotros mismos que es la que “vendemos”: es *el mito*. Según eso que creemos que somos, desarrollamos nuestro comportamiento. Si creo que soy un salvador, en todo momento, en todo ambiente, estoy salvando porque creo que es lo que tengo que hacer. Esas atribuciones sobre nosotros mismos, fruto de la interacción familiar, son mayores cuanto más pequeño es el grupo relacional del medio familiar: si un hijo es el listo, necesariamente el otro es el tonto, el bueno y el malo, etc. Cuanto más abierta o amplia es la unidad familiar, es menos fácil el “etiquetado” ya que hay donde elegir. Lo peor de la atribución es que sea rígida “en el modo de ser” o “en la causa de las cosas”. En vez de permisos para ser X, en estos casos hay obligación de ser X. Para el afectado, un conjunto de atribuciones negativas puede tener como efecto la *aceptación*, y eso puede hacer muy difícil el cambio. “Cada uno pretende que “el otro” esté bien, pero *a su modo*, pero no al del interesado” (Martorell, 2014).

Los cuentos y personajes infantiles identifican seres unidimensionales, blancos o negros, buenos o malos, en los que se ha buscado a veces la relación simbólica de los mismos con aspectos del psiquismo humano. Los cuentos más populares son aquellos que tocan los temores y deseos más profundos del ser humano. Que un cuento se convierta en el favorito de un niño tiene que ver, en gran parte, con el momento existencial que esté viviendo. La historia y el personaje se convierten en favoritos por tocar temores y deseos muy arraigados en ellos, y dan de algún modo un tipo de solución que alivia su conflicto existencial. Este tipo de relatos nos dan idea del *Héroe* del paciente, que siempre es como el paciente dice que es y no como a nosotros nos parece. Nos da idea de su situación personal y, cuando el cuento favorito y el personaje especial aparecen en determinada época, debe llamar la atención sobre qué es lo que sucedió en ese momento vital; hay muchos Superman, Cenicientas, Batman, Capitán Trueno, Patitos feos...

Los *impulsores* de la conducta que describe Taibi Kahler (como se citó en Martorell, 2014) son secuencias de conductas que se suceden en cuestión de minutos y funcionan como un refuerzo del guión de vida. Externamente parecen demandas culturales y sociales bien valoradas transmitidas por los padres, y pueden ser buenos si constituyen un *permiso*, pero no si son rígidos, si son una *obligación*.

Los “sé perfecto”, “sé fuerte”, “inténtalo otra vez”, “complace” o “date prisa” son ejemplos claros imposibles de cumplir como obligaciones. Aunque seguramente es deseable hacer las cosas bien, deberían existir sólo como los permisos adecuados (“está bien ser tú mismo”, “está suficientemente bien”, “está bien pedir ayuda”, “tómate tu tiempo”, “puedes decir no”...).

El impulsor sigue una secuencia, “yo estoy bien si soy perfecto”. Si no lo consigue, tiene un *sentimiento de inadecuación* (qué malo soy, soy imperfecto) y ante esto *abandona*, en forma rebelde (¡a la mierda!), depresiva (no valgo para nada) o ansiosa (quiero y no puedo ¿qué pasará?). La secuencia se completa con el *reinicio* de la misma: yo estoy bien, si soy perfecto.

Para terminar, decir que hay muchos tipos de guión. Lo ideal es no tener ninguno, pero en la clínica son muy frecuentes. Hay muchas clasificaciones. Eric Berne (como lo cita Martorell, 2010) hablaba de guiones de triunfador (cumple el contrato consigo mismo) y fracasado (no lo cumple). Se habla de guiones hamárticos (abocados a la tragedia, con duros mandatos del tipo “no vivas” o “no pienses”), guiones banales (cuyo objetivo es pasar desapercibido, no llamar la atención, pasar...), pero hay otras clasificaciones: guiones “nunca”, “siempre”, “hasta que”, “después de”, “una y otra vez” o de “final abierto”. Steiner (como lo cita Martorell, 2014) los divide en función de lo no permitido:

- *No gozo* (relativo a no disfrutar). Está orientado al éxito, pero no al disfrute. No te puedes divertir.
- *No mente* (relativo a no pensar). Orientado al afecto, pero no a la competencia o a la capacidad del individuo. Es frecuente en situaciones de maltrato o muy jerarquizadas. El mandato es “no pienses”.
- *No amor* (relativo a poder o no amar o ser amado). Se admite la competencia del individuo, pero no el afecto. No se permiten los vínculos.

La función del guión es evitar la angustia y asegurar, al menos, una atención mínima de los padres hacia el hijo, a la vez que proporcionan un conjunto de reglas y un “mapa” en el que se orienta la familia (Martorell, 2014).

El duelo

Es el proceso de adaptación necesario que realiza el individuo ante una pérdida. La pérdida por excelencia es la muerte de un ser querido pero, realmente, cualquier pérdida, como por ejemplo la aparición de una enfermedad grave, precisa de un duelo de mayor o menor intensidad para su elaboración.

“El duelo es la pérdida de la relación, la pérdida del contacto con el otro, que rompe el contacto con uno mismo. Es una experiencia de fragmentación de la identidad producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una vivencia multidimensional que afecta no sólo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestras cogniciones, creencias y presuposiciones y a nuestro mundo interno existencial” (Payás, 2010, p22).

El modo en que realizamos este viaje siempre supone un trabajo doloroso en mayor o menor medida. Así hablamos de duelo complicado, que aparece en torno a un 10% de los casos, cuando el proceso no evoluciona normalmente y provoca incapacitación para la vida (Payás, 2010). Está incluido en la clasificación internacional de enfermedades, CIE-10, como diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor o como Trastorno de Adaptación en sus distintas modalidades, mientras que el duelo normal no lo está (Raya, 2003). No se incluye el duelo como categoría diagnóstica en DSM-V, aunque se recuerda su vinculación con la aparición de trastorno depresivo. No lo relaciona con una duración determinada de los síntomas. Reconoce que se puede prolongar hasta 1-2 años y que es un estresor psicosocial grave capaz de desencadenar un episodio depresivo mayor en individuos vulnerables, especialmente si existen antecedentes depresivos previos o historia familiar.

Una de las pérdidas más evidentes es la generada por la muerte de un ser querido. Aunque se trate de una muerte más o menos esperable, según la etapa de la vida en que se produzca, la pérdida del vínculo genera dolor (Gamo, 2009). Así la muerte del cónyuge en la vejez supone un doble dolor: por un lado la pérdida de la pareja y por otro la de la certeza de la cercanía de la propia muerte. Posiblemente la experiencia en la vejez en relación con múltiples pérdidas previas provoque una cierta acomodación natural a la misma tras el impacto inicial (Gamo 2009), pero no siempre el duelo por las pérdidas anteriores se ha elaborado adecuadamente y puede en este momento reactivarse, trayendo a la memoria hechos relacionados con aquellas situaciones no resueltas. Sin llegar a ser un duelo complicado o patológico, esta situación pueden generar duelos distorsionados o problemáticos que no siempre son detectables con facilidad ya que, en esos casos, el paciente no suele hablar de su pérdida sino de otros síntomas (Payás, 2010). Tener esto “in mente” puede permitir realizar la intervención adecuada. La existencia de pérdidas múltiples, presentar un afecto inadecuado en el periodo de duelo,

evitar conductas referidas a la muerte, presentar miedo a la enfermedad causante de la muerte, conservar el entorno como cuando vivía la persona querida y, especialmente, la falta de familia u otros apoyos durante el duelo, deben hacer prestar especial atención (Marín, 2012) Hay varios modelos sobre cómo se desarrolla el proceso de duelo (según los cita Payás, 2010, p60):

- El *Modelo Dinámico de Fases y Tareas*. Parte de la idea de Sigmund Freud (1948, 1953) sobre la necesidad de realizar un trabajo psíquico para desvincularse del fallecido, que conlleva confrontar pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida. Posteriormente otros autores establecen fases en el proceso, como Bowlby (1986) en su trabajo realizado con viudas y viudos, Kübler-Ross (1969) en su trabajo sobre adaptación a la enfermedad en el final de la vida o Horowitz (1986) que las relaciona con la respuesta de estrés al trauma.
- El *Modelo del Proceso Dual de Afrontamiento* de Stroebe y Schut (1999). Establece dos tipos de afrontamiento en el proceso: 1) Orientados a la pérdida, a elaborar la muerte del ser querido y por tanto se focalizan en confrontar la experiencia y expresar la emoción, lo que facilita la recolocación del difunto. 2) Orientados a la restauración, que incluyen estrategias dirigidas a manejar los estresores directos consecuencia del duelo, como el cambio de identidad, aprender nuevos roles, o modificar las propias creencias nucleares, entre otras. Son estrategias dirigidas hacia aspectos que están fuera de la experiencia de pérdida. Lo que define un buen proceso de duelo es la oscilación entre ambos estilos.

La teoría de la vinculación de Bowlby ayuda a comprender la tendencia del ser humano a crear vínculos con las personas que le rodean. Si la figura de referencia del niño desaparece, éste da señales de protesta emocional intensa. Primero llora, grita y se enfada con el fin de restablecer el vínculo con el cuidador. Si esto ocurre, la sintomatología ansiosa desaparece, pero si no sucede así, surgen la apatía, tristeza y desesperanza. Si a pesar de ello no se restablece el contacto, el niño claudica, se desvincula de forma activa y rechaza los contactos posteriores con el cuidador. La respuesta a la pérdida de un ser querido es, según Bowlby, un caso específico de ansiedad de separación, siendo el duelo una ruptura irreversible del vínculo (Payás, 2010). Así el tipo de vinculación configurada en la infancia, segura, insegura-ansiosa, insegura-evitativa o desorganizada, condicionará el tipo de duelo que presente en paciente: el ansioso puede desarrollar duelos crónicos con más facilidad, y el evitativo duelos inhibidos o pospuestos. Bowlby (según lo cita Payás, 2010) describe una secuencia de estadios que se producen tras la pérdida de un vínculo afectivo y que están relacionadas con la respuesta de apego: *fase de aturdimiento*, en la que el individuo está aturdido, sin capacidad de aceptar lo ocurrido y con episodios de gran activación emocional; *fase de añoranza o búsqueda*, en la que se intenta recuperar el objeto perdido a través de percepciones, comportamientos, recuerdos. En esta fase hay

llanto e ira, como hace un niños para “atraer” a su madre. La tercera es la *fase de desorganización y desesperación* y la cuarta es la *fase de reorganización*, en mayor o menor grado (Payás, 2010).

El *crecimiento postraumático* tras un fallecimiento, enfermedad grave o catástrofe, se produce en ocasiones. Modificaciones en uno mismo, en las relaciones interpersonales o en la espiritualidad y la filosofía de vida, aparecen en algunos individuos derivando en cambios positivos, más allá del nivel de funcionamiento previo. Se habla de nuevas prioridades en la vida o una mayor gratitud, sensación de fuerza personal y de mejores relaciones interpersonales (Payás, 2010). En estos aspectos influyen factores de personalidad. Curiosamente, las emociones difíciles coexisten frecuentemente con el sufrimiento, y pueden ser necesarias para que este crecimiento se produzca.

Alba Payás (2010) propone un modelo no rígido sino adaptado al doliente, que denomina *Modelo Integrativo de Afrontamiento*, que permite explicar, unificando criterios, cómo las distintas personas afrontan el duelo, pero con la flexibilidad necesaria para integrar las diferencias de cada individuo. En cada etapa del duelo aparecen unas necesidades de las que dependen una serie de objetivos o tareas. Las tareas a conseguir serían:

1. Fase de aturdimiento y choque. Manejar los aspecto más traumáticos de la pérdida.
2. Fase de evitación negación. Disolver progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación para ir aumentando la tolerancia al dolor.
3. Fase de conexión e integración. Realizar los trabajos de duelo asociados a los aspectos relacionales de la pérdida.
4. Fase de crecimiento y transformación. Cambian creencias y aparecen nuevos esquemas mentales que incorporan el significado emocional de la pérdida. Hay un nuevo “edificio”, se produce un crecimiento postraumático.

William Worden (Worden, 2004) añadió a cada fase del duelo un trabajo asociado que permitiría su adecuada elaboración. De Miguel (2007) detalla las tareas a realizar, las emociones esperables y cómo ayudar en el manejo de éstas:

1. Aceptar la realidad de la pérdida. Se facilita hablando del hecho en sí y de la historia del doliente en relación con el fallecido, así como de la dificultad de aceptar la muerte. Valorar “conductas de búsqueda”. Preguntar si va al cementerio y su significado. No deben utilizarse eufemismos al referirse a los hechos. Un estado de aturdimiento, la negación, la existencia de autorreproches o la sensación de presencia del fallecido no son extraños.

2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Poner nombre a las emociones facilita un cierto control. Con frecuencia la sociedad no permite expresarlas. Es importante valorar la red de apoyo. La negación de estas emociones puede conducir al abuso de alcohol y drogas. Los guiones de “héroe” o de “mártir” deben valorarse. La *ira*, *culpa*, *tristeza*, *ansiedad* e *impotencia* pueden aparecer con distintos significados que deben explorarse. Será preciso que se de permiso para la *alegría* pasado un tiempo de evolución del duelo. Las manifestaciones emocionales más frecuentes (Marín, 2012):

- Miedo a la repetición del acontecimiento.
- Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho.
- Rabia hacia el fallecido.
- Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías destructivos.
- Culpa del superviviente.
- Miedo de identificación o de fusión con la víctima.
- Tristeza en relación con las pérdidas.

3. Adaptarse de nuevo a un medio en el que el fallecido está ausente. Ayudar a vivir sin él. Valorar los cambios que se han producido en la vida del doliente y cómo asumir sus funciones si es preciso, reforzando las decisiones independientes, pero posponiendo los cambios radicales.

4. Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. El objetivo no es olvidar, es reestructurar la relación con el fallecido: se renuncia al tacto, pero no al apoyo y a la serenidad. Hay una pérdida de objeto que es clara y consciente en el duelo normal, mientras que en el duelo patológico es inconsciente y ambivalente. Al final del duro trabajo del duelo se consigue interiorizar a lo perdido como un objeto bueno.

Marín (2012) repasa estrategias útiles en el manejo del duelo, como son:

- Facilitar la expresión de sentimientos y explorar sin emitir juicios, animando a pensar en la pérdida y que nos hable de los hechos relativos a la misma.
- Tranquilizar al doliente, que puede tener miedo a hablar del fallecido o a algunas manifestaciones del proceso, expresando lo normal de las diferencias en el modo de vivir el duelo.
- Reconstruir la relación perdida tanto en sus aspectos positivos como en los negativos. Reconsiderar la historia de la relación con lo perdido.
- Esclarecer o ayudar al paciente a ver los hechos de un modo nuevo, explorando tanto las respuestas emocionales como las conductuales y cómo le afectaban a él o a ella, evitando los eufemismos y los sobreentendidos.

- Explorar los cambios de comportamiento tras la pérdida, que puedan señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas del duelo.

Tras un fallecimiento siempre tiene que existir un nivel de cambio, un cierto crecimiento personal. No puede volverse al punto anterior: “La funcionalidad de un afrontamiento se medirá no tanto por su capacidad de manejar la sintomatología, sino por su contribución a la producción de cambios en el sentido de crecimiento” (Payás, 2010, p74).

El duelo y la enfermedad

Además de la muerte, hay otras circunstancias en la vida, otras pérdidas, que también nos obligan a realizar un duelo. Una de ellas es la relacionada con la aparición de enfermedades graves, especialmente si son inesperadas o si ocasionan deterioro importante en la situación personal o de un familiar. Estas situaciones pueden ser muy difíciles de aceptar.

Kübler-Ross (como se citó en López de Arroyabe 2005), distingue cinco fases en pacientes diagnosticados de enfermedad terminal o grave: “1) Negación y aislamiento: No me lo puedo creer; 2) Ira: ¿Por qué me pasa esto a mí?; 3) Pacto, negociación: Hasta que no me ponga bien, no voy a...; 4) Depresión: Esto me ha destrozado la vida, y 5) Aceptación: Tengo que sobrevivir con ello, lo mejor que pueda”.

Los accidentes cerebrovasculares que conducen habitualmente a la aparición de un daño cerebral grave, con repercusiones claras en la funcionalidad del individuo respecto a su situación anterior, entran claramente en este grupo. En los familiares de estos enfermos, la forma en que se manifiesta el duelo puede reunir características propias que recomienden un determinado modo de intervención (López de Arroyabe, 2005).

Es frecuente que tengan expectativas no realistas y subestimen las consecuencias de la lesión. A diferencia de cuando el familiar ha fallecido, los síntomas del duelo, la tristeza y la ansiedad no ceden con el tiempo, ya que la continua presencia del paciente afectado interfiere con los intentos de la familia de encontrar un ajuste psicológico, de hacer un duelo por lo perdido. Han de adaptarse continuamente a los cambios de personalidad y conducta del afectado. Ha de “establecer nuevos lazos afectivos con la persona afectada: decir adiós al familiar “perdido” y preparar la bienvenida al “nuevo” (López de Arroyabe, 2005).

Para ayudar a la familia es conveniente conocer las fases por las que pueden pasar sus miembros. Según Lezak (como se citó en López de Arroyabe 2005):

- 1- Fase I (de entre 0-1 mes hasta 3 meses). Cuando el paciente regresa a casa la familia está muy complacida y no aprecia claramente los cambios que muestra. El profesional de ayuda sólo puede facilitar que la familia los perciba.
- 2- Fase II (de entre 1 a 3 meses y hasta 6 a 9 meses). Cuando la familia empieza a darse cuenta del carácter crónico de los cambios suele sentirse desconcertada, el profesional puede ayudar a que los identifique como secuelas del daño cerebral. No suelen estar receptivos a creer que los daños serán permanentes aunque sí aceptan que la recuperación puede no ser completa.
- 3- Fase III (de entre 6 a 9 meses, hasta 9 a 24 meses, pero puede llegar a ser indefinida). El afectado querrá retomar actividades anteriores que ya no puede realizar, a lo que se suma la decepción y enfado del familiar, que considera que su vida se ha alterado de forma irrevocable. Es ahora cuando el profesional puede hablar de las secuelas irreversibles del paciente sin riesgo a que la familia lo rechace.
- 4- Fase IV (a partir de 9 meses o más). El familiar realiza un gran esfuerzo para aceptar el cambio en la personalidad del afectado, de cómo era previamente al evento a las alteraciones permanentes habidas en su personalidad. La rehabilitación entra en fase de meseta, con pocos avances marcados. Les preocupa el futuro del afectado y pueden demandar del profesional ayuda para sí mismos.
- 5- Fase V (a partir de 15 meses o más). Es el duelo activo, más difícil de realizar porque se hace por una persona que ha cambiado, que no es la anterior al suceso, pero que aún está viva. Pueden existir sentimientos de deuda, culpa, presión social... La pena se vive en soledad y en secreto. El profesional debe tranquilizar y hacer ver que es normal tener emociones encontradas y en conflicto.
- 6- Fase VI (18-23 meses o más). El conflicto se va resolviendo a través de una reinterpretación de la relación con el enfermo. Hay reorganización o retirada emocional. El profesional puede sugerir recursos sociales de ayuda, o en los casos de en los que se plantea, separación o divorcio.

EL CASO

Se presenta a continuación un caso de duelo en una paciente que estuvo sometida, por un lado, al duelo por el ictus de su esposo con la consiguiente pérdida de él tal como le había conocido antes y, por otro, al dolor esperable por el fallecimiento de su pareja un mes antes de acudir a terapia. Esta

situación condujo a la reactivación de otro duelo previo, la muerte de su madre varios años atrás, que no había sido completamente elaborada.

El modo en que afrontamos los problemas depende de cada uno, de nuestra personalidad, y ésta depende, en gran parte, de nuestra infancia. Hemos dado en este caso “una vuelta” por los conceptos del *guión de vida* aplicados a la paciente para intentar integrarlo.

Durante el proceso de valoración, hemos seguido el modelo de evaluación diagnóstica proporcionado por la SEMPYP para la evaluación de familiares de pacientes con daño cerebral adquirido, organizado por la SEMPYP (Aznárez y Marín, 2014).

Para el informe se siguen las directrices del Diagnóstico Psicodinámico Operacional OPD-2, que consiste en una evaluación en 5 ejes desarrollado en España por la SEMPYP a partir del *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* de la Universidad de Heidelberg (Aznárez, 2012).

Historia actual

Isabel es una mujer de 71 años sana, con una elevada educación y buen nivel económico, casada durante 38 años con Juan. Define su matrimonio como feliz, no tuvieron hijos. Tiene un buen nivel de relación con su familia y amigos. Siempre ha mantenido una alta independencia individual que se observa desde su adolescencia y juventud, y se manifiesta por su capacidad para llevar una vida, que describe como muy buena, lejos de su familia nuclear.

En los últimos 7 años su vida se ha complicado mucho debido a que Juan padeció un ictus que le ocasionó un grave déficit neurológico, con hemiplejía derecha y afasia motora. Ella se ha encargado de su cuidado durante estos años. El último de estos siete fue especialmente penoso, ya que, como consecuencia de una caída, Juan sufrió una fractura vertebral muy dolorosa que pasó médicamente inadvertida durante tres meses. El deterioro de su situación hizo que Juan cambiase su vitalidad habitual por un deseo, ya al final, de que todo concluyese. Unos meses antes del fallecimiento, Isabel se cae y sufre una fractura de tobillo que le impide hacerse cargo de su marido, por lo que tienen que contratar asistencia externa. Juan fallece un mes antes de iniciar ella la terapia, inicialmente prevista como apoyo a familiares de afectados.

Datos biográficos

Su familia nuclear en la infancia fue muy amplia. Poco antes del fallecimiento del abuelo Antonio en 1933, Ana, la madre de Isabel, recibió el encargo directo de su padre de hacerse cargo de toda la familia, ya que no confiaba en su hijo mayor. Ana tenía sólo 20 años y se convirtió en cabeza

de la familia: de su madre y de sus tres hermanos, uno mayor y dos menores. La más pequeña, Pía, tenía 10 años. A lo largo de su vida, Ana, acogió a numerosos familiares en su casa, conviviendo con la familia que la propia Ana creó: su marido y tres hijos. La media de personas que vivía en la casa podía ser de unas 10. Según Isabel, “éramos demasiados...”. Isabel se queja, al contar esta historia, de que se anteponían las necesidades de los otros a los de la familia más directa, es decir, ella misma y sus hermanos, para evitar discusiones. Ana protegía de modo especial a Pía, a la que Isabel no “soportaba”. La consideraba muy egoísta, pero para su madre había una consigna subyacente: “hay que aguantar, hay que soportar”.

Refiere migrañas intensas desde los 7-8 años, con una frecuencia de 1-2 al mes, sin que las asocie con aspectos emocionales. La relación de Isabel con su madre era muy estrecha, pero conflictiva por discordancias respecto creencias rígidas sostenidas por su madre sobre lo que era correcto hacer. En todo momento Isabel refiere afecto y admiración por el empuje que le imprimió su madre para llegar a ser una persona independiente, culta y autónoma, capaz de cuidar de sí misma. Siempre se ha sentido en deuda y en la obligación de responderle adecuadamente. Su madre estaba orgullosa de sus hijos y a ella la consideraba la “hija predilecta”.

Con apenas 20 años, Isabel fue capaz de adaptarse a vivir sola en otra ciudad para trabajar y seguir su camino. Volvió a su localidad natal con su familia por cuestiones laborales, pero se independizó de nuevo y por completo a los 25 años tras discrepancias graves con su madre, resueltas posteriormente.

Cuando Isabel habla de Juan se percibe el orgullo y afecto que le profesa, aunque reconoce que fue él quien inicialmente se sintió atraído. Al hablar de su matrimonio dice al referirse a Juan : “Su compromiso era complacerme”. No han tenido hijos, fruto de una decisión de Isabel en base a la dificultad que cree que existe en la educación de los mismos. Su marido se mostró finalmente de acuerdo.

El carácter “cuidador” de la madre de Isabel se mantuvo durante toda su vida. Atendió a su propia madre, que sufrió demencia senil, y se mantuvo “encerrada en casa con ella” varios años, con poca o ninguna ayuda por parte del resto de la familia. Era un comentario habitual dirigido tanto a Isabel como a sus dos hermanos menores, “a mí no me llevéis a un asilo”. Isabel se apresuró a decir que no lo haría. Por eso, con casi 60 años, toma la decisión de que su madre viva con ella en su casa, ya que parece presentar un posible deterioro cognitivo. Hasta ese momento, la vida de Isabel con Juan era totalmente autónoma e independiente y dedicada a ellos mismos.

Sólo un año después de esta decisión, Isabel es diagnosticada de cáncer de mama y, tras algunas dudas al respecto, inicia el tratamiento. Continúa, pese a todo, haciéndose cargo de su madre casi en exclusiva. Se siente obligada porque “se lo prometió”. Dice que la relación con su madre fue conflictiva, ambivalente: “la amo pero la odio”. Es en este momento cuando recibe ayuda psicológica por primera vez.

Cuando Isabel tenía 64 años, su marido sufre el ictus. Ve imposible hacerse cargo de su madre y la ingresa en una residencia pero, al hacerlo, cree faltar a su promesa y le resulta muy doloroso. Consideraba que “sus hermanos no podían hacerse cargo de su madre en sus casas”. A raíz de esto, empieza a tomar antidepresivos hasta 2014.

Durante 7 años sostiene y ayuda a su marido en la convalecencia. En el primer año, Isabel espera que consiga recuperarse. Le estimula, pero también se enfada con él cuando no consigue progresar. Se mantuvo bastante tiempo entre las fases II y III de Lezak. Es a partir del segundo año cuando ella empieza a recuperar algo de espacio personal y vuelve a cuidarse. Juan sufre varias caídas durante ese tiempo, la última de las cuales, un año antes de su muerte, le generó un mayor deterioro y mucho dolor. Isabel se ha planteado en algún momento si tendría que haber hecho algo más de lo que hizo en relación a su asistencia médica durante esos últimos meses. Ella sufre antes del verano una fractura en una pierna que la deja “incapacitada para ayudar a su marido”. En verano de 2014 suspende su tratamiento antidepresivo porque, debido a su propia fractura, ya no podía ayudarlo y por tanto “ya no necesitaba antidepresivos”. Toma loracepan para dormir desde hace 25 años por insomnio que relaciona con su climaterio.

El motivo de consulta y la demanda

La paciente acude a consulta, a través de la asociación que prestaba ayuda a su marido, ya que refiere, en el momento actual, una pérdida en su capacidad de controlar y dominar las emociones que siente. Están desorganizadas. Este es el *motivo de la consulta*, lo que la mueve a pedir ayuda. La emoción más significativa es la tristeza, pero se pregunta: “si lo he hecho objetivamente bien, ¿por qué tengo que llorar a cada momento?”. No admite la tristeza como una parte del proceso normal de elaboración de la pérdida. Como cree que ha hecho “*lo correcto*”, no debe sentirse mal.

Pero la *demand*a es otra. Debajo de esa manifestación de llanto no controlado, como ella refiere, observamos desde el primer momento un profundo sentimiento de culpa en relación a comportamientos que considera inadecuados, “*no correctos*”, tanto hacia su madre (al enviarla a la residencia) como hacia su marido (“tenía que haber hecho algo más”, “a veces me decía que le trataba mal”). A lo largo del proceso, se constata que también cree que en algún momento trató mal a su madre mientras vivió con ella.

Fase de psicodiagnóstico

Mantiene buenas relaciones familiares y sociales, especialmente con Miguel, el hijo mayor de su hermana, al que le une un vínculo especial, recíproco que, al ser descrito por Isabel, me recuerda al que tendría con un hijo. Tiene muy buena relación con sus amigos, que se han mantenido durante muchos años, y con los que continúa compartiendo actividades.

Durante la evaluación, la paciente presenta una actitud colaboradora, aunque con un cierto escepticismo sobre los resultados y el mantenimiento de los cambios en este tipo de procesos, en base a una experiencia previa.

Instrumentos utilizados en la evaluación

La *Fotobiografía* fue un excelente medio de integrar la historia de la paciente en la línea de vida que se fue elaborando. Destaca su época en el instituto. No presenta fotos de los últimos años. Elige tres fotografías: la de su marido con su sobrino, la de su madre y una foto de ella, en su adolescencia, actuando en el teatro.

En su *Línea de vida* se queja del gran número de personas que vivían en su casa en su infancia. Refiere migrañas intensas 1-2 veces al mes, desde los 7-8 años. Destacan independencia y autonomía, muy claras desde los 20 años cuando se va a trabajar a otra ciudad. A lo largo de su matrimonio no refiere conflictos importantes. En los últimos años destaca la sucesión de eventos importantes, generadores de estrés e impacto traumático, como son el cuidado en su casa de su madre ya con deterioro cerebral, el diagnóstico y tratamiento de su cáncer, el ictus del marido y en consiguiente ingreso de su madre en una residencia. No piensa que sus hermanos pudieran hacerse cargo de ella.

Los instrumentos diagnósticos que se procesaron estaban referidos básicamente al efecto del ictus de su marido sobre la vida de Isabel. El *Cuestionario Zarit* indicó “no sobrecarga”; el *Índice de Barthel* mostró que ella percibía la dependencia de su esposo como moderada; en el *D. E. S.*, aunque alcanza una puntuación muy baja, marcó en 8 de los 10 ítems relacionados con disociación. La *Escala de Impacto del Evento Traumático* reflejó bajo impacto en la actualidad y el *Inventario de Depresión de Beck*, un estado de depresión leve. Todo ello es coherente porque su marido ya había fallecido y la sobrecarga que suponía había cesado.

Como test proyectivo se utilizó el *Cuestionario Desiderativo*. Isabel colaboró en el juego. Su yo ideal (*catexias positivas*: caballo, piedra, judía verde) está basado en lo bello o admirable y con capacidad de movimiento, del que dota incluso a su elección mineral (canto rodado) y lo que considera útil. Huye (*catexias negativas*: araña, jara, mina de carbón) de lo que le parece repulsivo, invasivo,

inútil y peligroso (mina) que esconde peligros que desconoce y no puede controlar. En el *Test de los Tres Deseos* manifiesta una inclinación por actividades que le gustaría realizar y que no ha hecho aún. Lo interpreto como un interés por la vida futura.

Finalmente valoramos sus *creencias negativas*. Sólo manifiestan un cierto peso las referidas a “responsabilidad no apropiada”, con ideas como que “tendría que haber sabido hacer las cosas mejor”, en relación tanto al cuidado de su madre como al de su marido. En ninguno de los dos casos pudo estar presente en el momento del óbito.

Resultados de la evaluación

Eje I - Vivencia de la enfermedad. Características de la situación actual.

La paciente se encuentra actualmente en un proceso de duelo por el fallecimiento de su marido tras una sucesión de situaciones traumáticas graves en los últimos años. Presenta la tristeza normal, esperable en esta situación, que se exagera en momentos concretos que le recuerdan los años vividos con él.

Esta vivencia se complica porque Isabel no se permite sentir la emoción. Mantiene la creencia de que si ha hecho las cosas bien, no puede sentirse mal. Su tristeza se une al sentimiento de culpa antes mencionado que, inicialmente, parecía sólo referido a su madre, pero que también se relaciona con la atención prestada a su esposo. Al esfuerzo continuo que venía realizando la pareja se unió el deterioro durante el último año de la calidad de vida de él por la fractura vertebral.

Eje II - Relaciones

Es una mujer con elevado nivel cultural y económico, muy inteligente, y bien relacionada con amigos y familiares. Está dispuesta a prestar ayuda de cualquier tipo a familiares y amigos, como hacía su marido, pero tiene problemas para solicitar esta ayuda cuando es ella quien la necesita, negando, intelectualizando o minimizando esa necesidad. No quiere pedir nada porque cree que debería algo.

La relación con su madre fue intensa y conflictiva, fruto de una necesidad de autonomía y de independencia que no quiere que se confunda con falta de afecto. La relación con su marido parece madura, con una posición de mayor independencia por parte de ella.

Eje III - Conflicto

Valoramos los conflictos presentes según la *Figura I*.

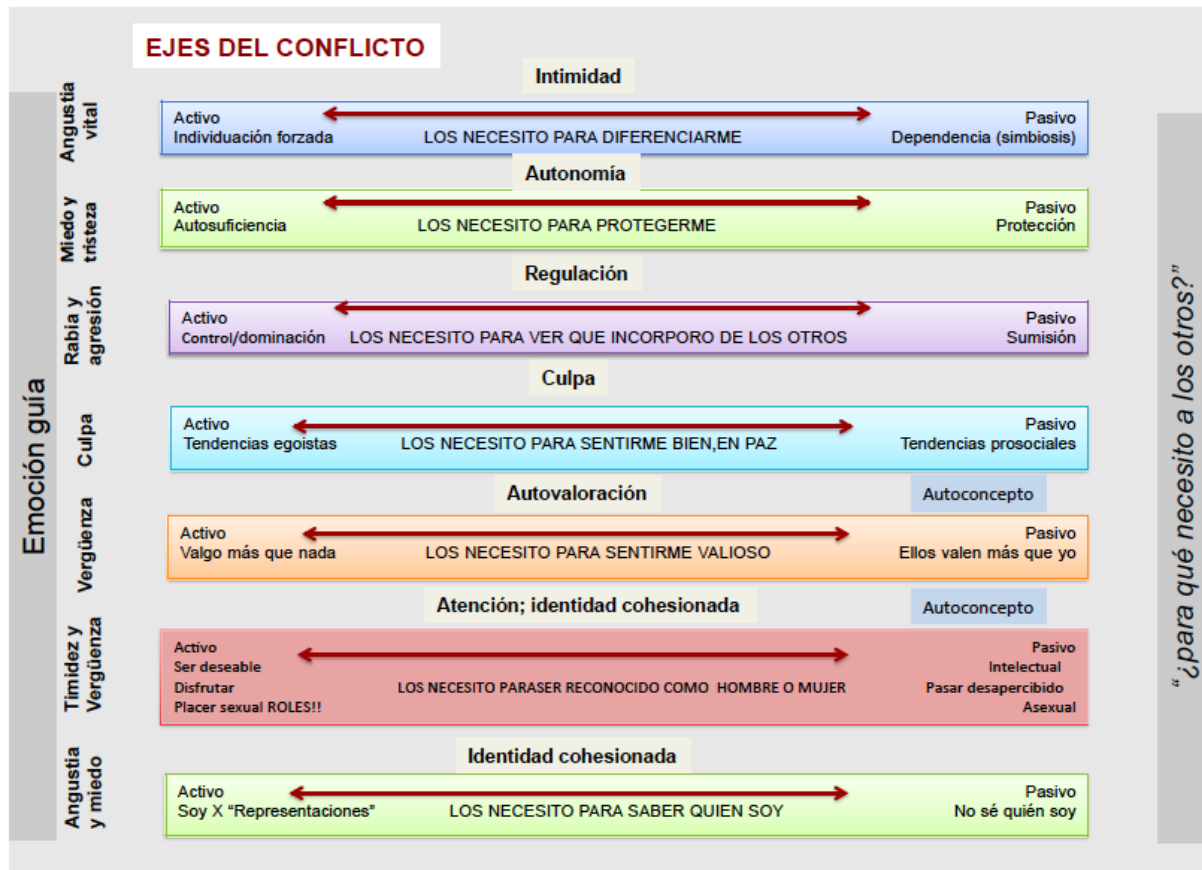


Figura I

Ejes del conflicto neurótico. Basado en el Curso de Psicodiagnóstico de la SEMPyP (Aznárez 2012)

Al proceso de duelo lógico por la pérdida de Juan se une un compromiso en su *autoconcepción* debido a un **conflicto de culpa**. El origen del mismo se encuentra en el problema que supone para Isabel asumir el sentimiento (egoísmo) que aparece si prima sus necesidades (cuidar de ella) frente a las necesidades de los otros significativos.

Al contrario de lo que hacía su madre, que se traducían en un “soporta a los otros, cuida de los otros”, ella no quiere caer en ese extremo pues, en ese caso, tendría que hacer “lo que fuese por los demás”. Hacer lo que su madre definía como “lo correcto”.

El origen del conflicto viene desde muy atrás. Su madre tenía que ocuparse de toda la familia por igual, era el mandato recibido de su padre “cuida de todos, soporta todo”. La “competencia” era grande y, con frecuencia, los otros eran colocados por delante de ella o sus hermanos. Sin embargo, para Isabel niña, no percibir un trato especial en relación a los otros le tenía que causar tristeza y rabia

que, unidas al hecho de no poder expresarlo, provocaba momentos de gran frustración que resolvía “despotricando en el pasillo”.

En la base del conflicto de culpa anterior, hay:

- Un conflicto en el **eje autosuficiencia-protección** que parte de cómo ha vivido la relación con su madre a la que quiere pero, al contrario que ella, no está dispuesta a “proteger a todo el mundo”. No le resulta fácil moverse hacia la protección a los otros o la necesidad de ser protegida, así que se ancla en la autosuficiencia. Por eso es capaz de ayudar a veces (“que es lo correcto, además”), pero no de pedir ayuda. El afecto guía es la tristeza y, posiblemente, el miedo a lo que pueda suceder si es ella la que necesita protección, si no puede cuidarse. Miedo a no ser libre, a no poder elegir, a tener que “pagar” el afecto del mismo modo que lo recibe de los otros.
- También existe un compromiso de la capacidad de regulación. Es significativa la desviación en el eje **sumisión-control**, dominar o guiar, frente a someterse, como se aprecia en su relación con su madre y su marido, estando desplazada hacia el polo de control, igual que lo estaba su madre. El afecto guía es la rabia. Este afecto puede estar en relación con los cambios de posición en el triángulo dramático hacia la posición de perpetradora ocasionalmente, que se relacionan con la sensación de culpa por no haber cuidado adecuadamente.

Tiene una visión utilitarista de las relaciones humanas. Incluso con su familia no se puede hablar de aquellas cosas que supongan una “necesidad del otro”. En la formación del guión de vida hay una serie de elementos básicos: “*lo que se espera del niño por parte de sus padres*” (“sé capaz de cuidar de ti”), en un *marco psicológico de seguridad o inseguridad* (seguridad), con un *conflicto existencial del niño* (es un yo estoy mal y los otros bien, porque los anteponen a mí), con un *mensaje* (“cuida de ti”), e *impulsores* (“se fuerte”, “se perfecta”, “haz lo correcto”), una *decisión* (de cumplir el mandato por parte de la paciente para tener el afecto de su madre). Está prohibida la ira, en su lugar se acepta como *racket* “aparentar que todo está bien”.

El *héroe del guión de vida* nos habla del *mito* y de la *historia* del paciente. Nuestra paciente adoraba las “películas de vaqueros”: los buenos eran *muy buenos* y los malos *muy malos*. Todo blanco o negro, completamente bien o mal. Sobre un *guión de triunfadora*, una persona capaz que cumple con sus compromisos, aparecen dos mandatos contradictorios. Por un lado, un “cuida de ti” y un “no soportes” y por otro “haz lo correcto” y “cumple tus compromisos” como tu madre, ya que eres además *la hija predilecta*. En el Sistema Familiar de Ana y de Isabel, las hijas predilectas se hacen cargo de los problemas de la familia y de los ancianos, pero no los hijos varones. El “mandato” de cuidar de todos se dirigió a Ana y no a su hermano mayor, como podría parecer más lógico.

Eje IV - Estructura de Personalidad.

Presenta un nivel alto de integración. Es capaz de resolver sus conflictos psíquicos manteniendo una imagen cohesionada de sí misma. Es una personalidad fuerte y aparentemente enérgica que ha afrontado las dificultades y necesidades que se le han ido presentando a lo largo de la vida, pero con una necesidad constante y consciente de tener el control de la situación y establecer el modo en que “deben” realizarse las cosas. Esto se encuentra posiblemente relacionado con el conflicto en el eje de la regulación antes indicado.

Su modo de afrontamiento es fundamentalmente directo, centrada en la resolución de problemas. Busca la información precisa y planifica la solución, si es posible. Ocasionalmente solicita el apoyo social, pero no el familiar. Como mecanismos de defensa destacan la “anticipación”, identificando la posible situación problema y desarrollando sus capacidades para hacer la situación lo más previsible posible. Utiliza el “aislamiento afectivo”, “la disociación”, “la intelectualización” como medios para evitar emociones no deseadas.

Tiene un excesivo control de emociones, según Horowitz (Marín, 2012) protegiéndose automáticamente y de forma inconsciente del sentimiento doloroso de modo que, aunque pueda reconocer vagamente que hay un suceso perturbador y cierta conciencia de emociones desagradables, las evita directamente mediante los mecanismos de defensa antes descritos. También utiliza la “minimización” (“hay gente peor”, “no es para tanto”) cuando se señalan las dificultades por las que ha pasado. Esto puede contribuir a una peor elaboración del duelo.

Es incapaz de reconocer la sobrecarga que suponía para ella la enfermedad de su marido, no lo piensa y no lo siente. Sólo hacía “lo que hubiese que hacer”. Externamente apenas es visible esta afectación a través de la necesidad de tomar medicación antidepresiva durante años, que ella se siente capaz de abandonar sola en el momento en que sufre su fractura y “ya no puede ayudarlo”. Es, de algún modo, libre. Creo que puede existir un *componente psicosomático* desde la infancia, manifestado a lo largo de su vida y reflejado en las migrañas que padece. Sigue tratamiento con benzodiazepinas para el insomnio.

Eje V - Diagnóstico DSM-V

La paciente no presenta en el momento actual trastorno depresivo mayor. Es más un duelo complicado según la terminología de Worden (2004), en el sentido de duelo retrasado, inhibido o pospuesto, respecto al duelo por la muerte de su madre, que se reactiva al fallecer el marido. La ambivalencia en la relación con su madre y la imposibilidad de despedida final en ambas muertes pueden haber contribuido a “complicar” su duelo actual.

La devolución. El plan terapéutico

La paciente se encuentra en una fase de duelo secundaria al fallecimiento de su marido. Durante 7 años ha atendido a su esposo, siendo capaz de mantener su propio autocuidado al realizar actividades gratificantes para ella. No parece presentar depresión significativa, aunque sí la tristeza esperable en esta situación. Este duelo que padece, como sostiene García-Campayo (2012), constituye un diagnóstico psiquiátrico “fronterizo” entre lo normal y lo patológico. Hay circunstancias en la paciente, como son la ambivalencia afectiva especialmente hacia su madre y la idea de culpa recurrente en aspectos relacionados con ambos fallecimientos, que pueden contribuir a una peor evolución del duelo.

La culpa parece dependiente del conflicto que le ha generado siempre la posibilidad de tener que moverse en el eje de “cuidar de uno mismo – cuidar de otros”, hacia el lado “cuidar de otros”. Si lo hace es con ira, pues no es lo que desea, y si no lo hace se queda con culpa. Por la misma razón tiene grandes dificultades para pedir que “cuiden de ella”, eso va en contra del mandato de su infancia (sé capaz de cuidarte tú sola). Este aspecto es actualmente de importancia relevante ya que, aunque la paciente está físicamente bien, se aproxima a una edad en la que puede necesitar apoyo y que le genera miedo, en especial por los antecedentes de demencia de su madre y su abuela. La finalidad del proceso terapéutico se basa en:

1. Concluir la elaboración del duelo por la muerte de su marido.
2. Elaborar el sentimiento de culpa en relación con su madre o la importancia de primar las propias necesidades cuando es preciso. Elaborar el duelo por la muerte de su madre.
3. Mejorar el desarrollo en el eje “autosuficiencia-protección”, posibilitando una dinámica más libre que le permita dar y pedir ayuda de una forma más fluida, en especial en esta fase de su vida.
4. Continuar con la elaboración del proyecto vital que posee, pero que se ha visto modificado sustancialmente por el fallecimiento de su marido.
5. Para ello, y dadas las dificultades de expresión y manejo emocional, se realizarán en las sesiones intervenciones psicoeducativas relacionadas con estas carencias que le permitan comprender mejor la situación y aprender a manejarlas.

LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE

En el momento de la devolución, Isabel muestra cierta disconformidad respecto a los conflictos que le planteamos como resultado de su evaluación, así como una cierta distancia emocional y desacuerdo con algunos aspectos del informe. Esto hizo que nos planteásemos la necesidad de volver

sobre esos aspectos y clarificar tres áreas a nivel psicoeducativo, que se fueron introduciendo en el curso de la terapia, según fue preciso:

- Las características de los ejes de los conflictos disfuncionales. Este paso se realizó en la siguiente sesión, antes de reevaluar el informe.
- El triángulo dramático, para facilitar la comprensión de los diferentes roles que ha adoptado en sus relaciones (*Figura II*) siguiendo los esquemas del análisis transaccional que recoge Gimeno-Bayón (2012).



Figura 2

Características de las posiciones del triángulo dramático (adaptado de Gimeno-Bayón A. 2012. Análisis transaccional para psicoterapeutas, cap. 4)

- El manejo de las emociones por el individuo (Aznárez, 2015) ya que, además de mostrar dificultad para expresarlas y utilizarlas como guía, considera una debilidad su manifestación (*Figura III*). Como buena “insoportadora” sólo una tensión de fondo, una cierta ira, parece aceptable.

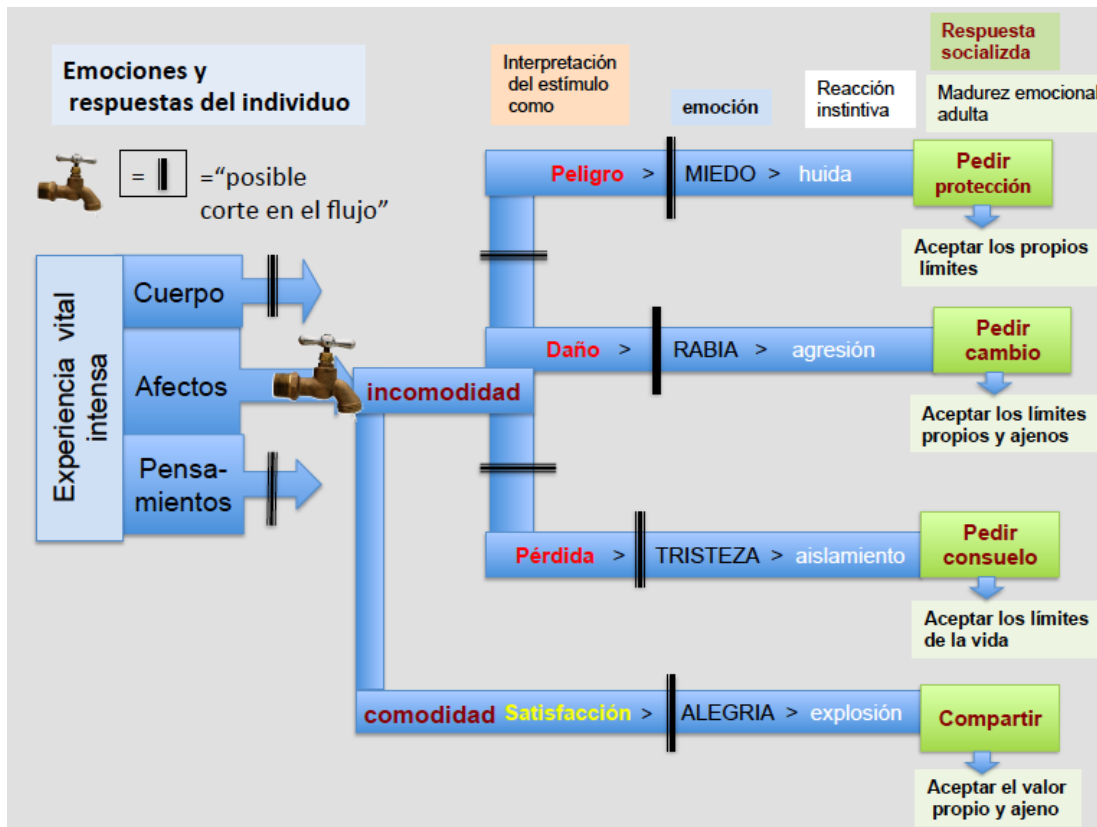


Figura 3

Dinámica de las emociones básicas. Basado en la psicología de los procesos afectivos (adaptado de Gimeno-Bayón, A. 2012. Análisis transaccional para psicoterapeutas, cap. 4)

El triángulo dramático Para ayudarle a comprender sus reacciones, le explicamos las posiciones del triángulo dramático. Rápidamente reconoce a su madre como lo que define: “*salvadora universal*”.

Ante situaciones conflictivas como la necesidad de que su madre no viviese sola, decide llevarla a vivir con ella, en “contra” de su mandato de cuidarse de sí misma, pero haciendo “lo correcto”, y cumple su compromiso de impedir que fuese a una residencia. Sigue conculcándolo cuando, a pesar de ser diagnosticada de cáncer, mantiene a su madre en su casa (no se plantea que se encarguen sus hermanos), y se fuerza por completo cuando su marido sufre el ictus. En ese momento, las opciones que se plantea son muy limitadas y “o cuida de su marido y envía a su madre a una residencia”, “o cuida de su marido y de su madre en su casa”. Opta por la primera opción, pero a expensas de una culpa importante. Elige lo que se acerca más a su *mandato infantil*: “cuida de ti”. Curiosamente, durante una gran parte de su vida ha mantenido más bien un papel de *espectadora*, autosuficiente y con poca tendencia a intervenir en los conflictos de los otros. Sólo cuando su madre se demencia se siente obligada a actuar.

Isabel desea *salvar* y cuidar de su madre, de su marido: “cumplir su compromiso”. No se plantea nada más que “esto es lo que hay que hacer, lo correcto”, pero no puede ser víctima pues va en contra de su carácter autosuficiente. Cuando lleva un tiempo cuidando a otros se siente *víctima*, y la respuesta para salir de esa posición es pasar a ser *perpetrador* (*Figura II*) y responder irritada a las personas que cuida y que ama. Esto le genera culpa que intenta expiar volviendo al papel de salvadora.

Con su marido fue capaz de mantener, incluso en esa situación, su independencia y un espacio de actividades para su propio cuidado. A lo largo de la terapia Isabel manifiesta ese carácter irritable cuando las circunstancias son difíciles, tanto con su madre, con la que se enfadaba cuando presentaba manifestaciones propias de su deterioro intelectual y que ella atribuía al “descuido o desinterés”, como con su marido, cuando se sentía desbordada por una sobrecarga que era real, pero que nunca reconocía como tal y que la conducía a alguna actitud desagradable hacia él. La consecuencia era que Isabel se sentía culpable y volvía a *salvar*.

El trabajo con las emociones. Isabel nunca se sintió cómoda ante las manifestaciones emocionales. No le gustaba esa falta de control: “si he hecho todo bien ¿por qué me siento culpable?”. No acudir o tener el apoyo de otros para regular sus emociones complica la elaboración del duelo. A pesar de sostener que sus relaciones con la familia y amigos son muy buenas, no tiene con quien expresar sus sentimientos. Piensa que es “molestar con los problemas propios”. Si se puede se resuelven y si no “te aguantas”. No sabe pedir ayuda.

Por esta dificultad en la expresión emocional decidimos que era conveniente dedicar una parte del tiempo a realizar psicoeducación sobre las distintas emociones, el modo en que las sentimos, expresamos y su razón de ser, así como de qué manera nos informan de nuestras necesidades y cómo podemos manejarlas adaptativamente según los esquemas de Gimeno-Bayón (2012), que se resumen en la *Figura III*, así como con los trabajos de Aznárez (2015).

Con frecuencia bloqueamos determinadas partes de nuestro funcionamiento natural, o bien no nos permitimos sentir determinadas emociones o pensar en ellas, y estos bloqueos conducen a que se “desborden” otras áreas, con manifestaciones somáticas por ejemplo. Puede que existan emociones que no están permitidas en casa, y otras sin embargo sí. En mi opinión, en el caso de Isabel las migrañas que empezó a padecer con 6-7 años pueden tener que ver con la irritación contenida que padecía en su infancia. Un posible mecanismo fisiopatológico está en relación con la repercusión muscular de esta ira, en forma de contracturas a nivel cervical que pueden comprometer el flujo de la arteria vertebral, ocasionando alteraciones circulatorias y reduciendo el aporte sanguíneo al sistema

nervioso central y meninges, que reaccionan con vasoconstricción o vasodilatación y fenómenos inflamatorios. Estos cambios se relacionan con los episodios de dolor.

Begoña Aznárez (2015) describe de forma sencilla algo complejo: cómo desarrollar en el paciente la capacidad de comprender y manejar las emociones. Lo cierto es que todas ellas son necesarias, son adaptativas. Necesitamos conocerlas, reconocerlas, legitimarlas, aprender a regularlas, reflexionar sobre ellas, actuarlas de forma adaptativa (sin repercusiones negativas para uno mismo) y, finalmente, aprender a narrarnos qué es lo que ha ocurrido para “*transformar la experiencia en aprendizaje*”. Isabel nunca ha manejado bien sus emociones. Sólo es consciente de su ira de “insoportadora” de un modo superficial.

En base a esto, poco a poco vamos aplicando lo aprendido en las situaciones de su vida diaria. No parece sentir miedo, pero sí ira con facilidad y más tristeza de la que le gustaría. La alegría está ya a veces presente en su vida, sobre todo cuando sale al campo con sus amigos. Semanalmente revisamos las situaciones acaecidas y las emociones que ha sentido y que, poco a poco, tolera mejor. En las sesiones se siente libre para expresarlas, e incluso se las toma con cierto sentido del humor.

Con el paso de las semanas se queja de que no puede hablar libremente de su marido delante de su familia: “es como si todo se helase”. Ha sido preciso reflexionar sobre el tipo de educación que habían recibido también sus hermanos, en la que lo que importa es que no haya conflictos (hay que aguantar), y mentalizar el estado en que ellos entrarían en el momento en que hablaba de su marido fallecido. Parece que su familia no sabe cómo reaccionar, y es posible que crean que llorar puede hacerle daño a ella. Para ellos las emociones son también un problema.

La culpa. El trabajo con la culpa ha marcado un punto fundamental en la terapia. De forma progresiva, y con el fin de “reconstruir la imagen del difunto” (García-Campayo, 2012), hemos ido hablando de su madre y de su marido, de sus luces y sus sombras, y de aquellos aspectos por los que se siente culpable (“no cuidó bien a su madre”, “la trató mal”, “no la fue a ver el día anterior a su muerte”, “trató mal a su marido”, “estaba agotada”, “tendría que haberme dado cuenta de que se había fracturado la vértebra”, “no me quedé a dormir la noche en la que murió”...). El problema básico es que lo vive desde la “irreversibilidad” de lo sucedido y con gran dificultad para someterlo a la lógica (Marín, 2012).

En este sentido, el “ojo acusador” hace referencia a la transgresión de las normas familiares previamente internalizadas. Considera que su comportamiento no se atuvo a lo que Isabel creía que debería haber sido en todo momento su actuación: no sólo buena, sino “perfecta”.

En el caso de su madre, tanto los pensamientos o intenciones (la trataba mal, la llevé a la residencia), como la ausencia de respuestas (no fui a verla el último día), suponen para ella “actos reprobables” generadores de una gran angustia. En el momento en que pudo “adivinar el pensamiento del difunto” (García-Campayo, 2012), comprender lo que su madre le diría si hubiese podido en esa misma situación, rompió a llorar: “diría que todo estaba bien; me lo decía cuando yo decía que me portaba mal con ella”, “todo está bien”. En ese momento pudo interiorizar a su madre, *su afecto*, y se liberó del dolor de esa culpa.

En el caso de su marido, a esa sensación de no haber actuado siempre adecuadamente se añade el hecho de que, en algún momento durante los últimos meses de su vida, él se sintió muy mal y la dijo que “quería morir”. Ella sabía que eso tenía que suceder y era consciente de no saber durante cuanto tiempo más podría soportar la situación. El simple hecho de haberlo pensado le produce mucha culpa, ya que equivale a un “acto” generador de culpa, incorrecto, pero pensar y hacer no es lo mismo. El agotamiento de ambos y el deterioro irremediable de él hacen comprensible una situación que choca con su “abstracta necesidad de hacer siempre lo correcto”.

Isabel se culpaba con frecuencia de errores por acción o por omisión, que ha sido necesario trabajar, haciéndose consciente de la imposibilidad de predecir el futuro y de las limitaciones que tiene el hombre. Sólo hacemos lo que podemos y, en circunstancias similares, otros seres humanos posiblemente actuaran de forma similar a nosotros, o nosotros mismos actuaríamos de modo diferente en otras circunstancias.

Pese a todo ha sido capaz de valorar muy positivamente los años compartidos con él, y de ver incluso las partes buenas de los últimos años. Sus propios mandatos infantiles “cuida de ti” y “haz lo correcto” le han sido también útiles. La han ayudado a mantener durante siete años una excelente asistencia a su esposo, pero con áreas para su propio cuidado. Sólo al final, ese deseo de perfección y el agotamiento la condujeron, al fallecer Juan, a un sentimiento de culpa que reactivó el duelo no bien elaborado por su madre.

Cómo pedir ayuda: Mejorar la movilidad en eje de la autonomía hacia la protección

Ahora es preciso trabajar en cómo permitir que cuiden de ella y solicitar ayuda. Ante esa posible necesidad en este momento de su vida, fue preciso que conectase en su pasado con las personas que cuidaron de ella desinteresadamente cuando fue diagnosticada y tratada del cáncer. Siempre ha estado en el extremo de la autosuficiencia, incluso en aquel momento, llegando a plantear no tratarse. Si embargo, y con cierta facilidad, ha podido identificar y reconocer a aquellos que la cuidaron en aquel momento y reconoce que se sintió bien esa posición, agradecida.

Ante la posible visión utilitarista, práctica o subjetiva de las personas, en el sentido en que lo hizo Erick Fromm en el seminario “Aspectos terapéuticos del psicoanálisis” celebrado en Locarno en 1974 (Fromm, 2012, pp 81-2) nos acercamos, metafóricamente, a comparar a las personas con árboles de los que podemos “obtener” mesas, leña o estanterías, frente a verlos como árboles que nos gustan, que nos parecen hermosos o no. En ese caso, “no hay tanteo”, no es un “debes” y yo “te pago”, sino un “me gusta estar contigo” o no y, como me gustas, cuido de ti. Sabe que tiene relaciones que le permiten observar esta forma distinta de ver el cuidado.

Lentamente y de forma no lineal, la paciente va reconduciendo su energía hacia una nueva dirección, estableciendo intereses, que en su mayoría ya existían, basados sobre todo en el contacto con sus amigos y su familia y en disfrutar de sus aficiones personales. Sabe que el duelo puede prolongarse y reactivarse en fechas señaladas y la creo preparada para afrontarlo.

CONCLUSIÓN

El sistema familiar al que pertenece Isabel dota a las mujeres primogénitas de la capacidad, pero también de la obligación, de “sacar la familia adelante” y “sin protestas ni discusiones”. Isabel comentaba que una de las obsesiones de su madre era que sus tres hijos nunca discutieran entre ellos, que siempre se llevaran bien. Eso anula la posibilidad de expresar una serie de emociones que, indudablemente, sentían tanto su madre, a pesar de “soportar” todo, como Isabel, que “soportaba poco” y que sentía la lógica frustración fruto de una tristeza y rabia que no se podían expresar. La emoción siempre existió pero, en este caso, nunca fue legitimada (Aznárez, 2015). “Protestar en el pasillo” la permitió darse cuenta de que no era eso lo que quería, que no quería “soportar” ni hacer “siempre lo correcto”. Desde la adolescencia fue aplicándose a la otra parte del mandato, “sé capaz de cuidar de ti misma”, de forma muy eficaz aunque el mensaje “haz siempre lo correcto” permaneciera en su interior.

Isabel manifestó su amor a su madre haciéndose capaz e independiente lo antes posible. Se convirtió en lo que su marido y ella definían amablemente como una “insoportadora”. Con la enfermedad de su madre y, posteriormente con la de su marido, el guión de “triunfadora que cumple sus compromisos”, con un mandato de “sé capaz de cuidar de ti” y un contraguión “pero haz siempre lo correcto”, chocaron irremisiblemente, haciendo que pasase de posiciones de salvadora a víctima, e incluso lo que ella entiende como perpetradora, cuando perdía la paciencia.

El sistema familiar al que pertenece Isabel dota a las mujeres primogénitas de la capacidad y de la obligación de “sacar la familia adelante” y sin permitir ninguna discusión. La rigidez era una de las características de su familia nuclear, pero también lo era la sensación de valor y capacidad que su

madre supo transmitirle y que le permitió independizarse con facilidad. Su forma de afrontar los problemas, aislando las emociones y basándose siempre en los aspectos racionales de la posible resolución y sin pedir ayuda a otros, está, junto con sus mandatos de guión y el carácter rígido de su sistema familiar, tanto en la forma en que pudo adaptarse al duelo por la enfermedad de su marido, sin analizar ninguna emoción y con la esperanza durante años de que todo volviese a ser como antes, como en el modo en el que, al fallecer éste, se reactivó el duelo por el fallecimiento de su madre, con importantes sentimientos de culpa en ambos casos “por no soportar”, “por no hacer lo correcto”, según su criterio. Cuando se rompe el tobillo se siente liberada por fin de la obligación de cuidar y puede descansar. Ya no tiene razón para estar deprimida y puede dejar el tratamiento antidepresivo con facilidad.

Interiorizar a su madre, recordar el afecto de su marido, las virtudes y defectos de ambos, los años vividos y comprobar que, a pesar de la pérdida del contacto físico, continúa en ella el sentimiento y el recuerdo, que empieza a poder compartir con los otros, han sido pasos importantes. Tenía un especial temor a *la desaparición del recuerdo de su marido, como si no hubiese existido nunca*. Utilizó durante un tiempo una foto concreta de él como objeto transicional, a la que hablaba y de la que no podía separarse: “se me está olvidando su cara”. Poco a poco, a su ritmo, va dirigiendo su energía hacia otras personas y actividades.

El proceso continúa, pero últimamente me ha dicho que a veces tiene que quitarle el polvo a la foto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aznárez, B. (2012). Curso de *Experto en Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico*. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Aznárez, B. (2015). *Trabajando con las emociones en psicoterapia*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Benito E. *Las psicoterapias*. Revista Psiencia 2008; 1-9. Recuperado de <http://www.psiencia.org>. Documentación Curso de *Experto en Psicoterapia Breve* (2012). Madrid. España: SEMPYP.
- De Miguel Sánchez C, López Romero A. *Atención al duelo*. JANO 2007; nº 1663: 33-36.
- Fromm, E.(2012) *El arte de escuchar*. Barcelona. España. Paidós.
- Gamo E, Pazos P. *El duelo y las etapas de la vida*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2009; 29:455-69.
- García-Campayo J. *Manejo del duelo en Atención Primaria*. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia 2012; Vol. 2 n.º 2:1-18. Recuperado de: <http://www.psicociencias.com/revista>
- Gimeno-Bayón, A. (2012). *Análisis transaccional para psicoterapeutas*. Lleida. España: Milenio.
- González, H. y Pérez, M (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid. España: Alianza.
- López de Arroyabe E, Calvete E. *Síntomas de duelo en familiares de personas con daño cerebral adquirido*. MAPFRE Medicina 2005;16:266-76.
- Marín, J.L. (2012). Curso de *Experto en Psicoterapia Breve. Intervención en situaciones de duelo*. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Marín, J.L. (2012). Curso de *Experto en Psicoterapia Breve. El trabajo con la culpa en psicoterapia*. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Marín, J.L. (2012). Curso de *Experto en Psicoterapia Breve. El modelo integrador en psicoterapia*. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Martorell JL.(2000). *El guión de vida*. Bilbao. España: Desclée de Brouwer

Martorell JL. (2014). Seminario sobre *El guión de vida*. Madrid. SEMPYP.

Nardone, G. y de Santis, G. (2012). *Pienso luego sufro*. Barcelona, España: Paidós.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona, España: Paidós.

Raya, B. *Caso clínico: el duelo*. NORTE de Salud Mental 2003; nº 17: 74-81.

Worden, J. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.