



**DUELO COMPLICADO POR SUICIDIO DEL MALTRATADOR**

Marta Santandreu Oliver  
Victoria A. Ferrer Pérez

Universitat de les Illes Balears

**COMPLICATED GRIEF BECAUSE OF SUICIDE ABUSER**

Marta Santandreu Oliver  
Victoria A. Ferrer Pérez

Universitat de les Illes Balears

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Universidad de las Islas Baleares

Facultad de Psicología

Edificio Guillem Cifre de Colonya

Carretera de Valldemossa, KM. 7,5

(07122) Palma de Mallorca (Islas Baleares)

Correo electrónico: [mrtsantandreu@gmail.com](mailto:mrtsantandreu@gmail.com)

## Duelo complicado por suicidio del maltratador

La violencia de género supone una grave problemática social, habiendo sido considerada recientemente por la Organización Mundial de la Salud como una epidemia de carácter mundial, afectando hasta un tercio de mujeres en el mundo. Se presenta un caso clínico donde se inicia tratamiento psicológico para una mujer que informa de estar padeciendo esta situación. El maltratador había ejercido violencia física y psicológica sobre la víctima, mostrando conductas añadidas de tipo errático e impulsivo además de numerosos intentos de autolisis a lo largo de los treinta y cuatro años de relación. Finalmente, el acto de suicidio consumado sucede una vez iniciado el tratamiento, lo que precipita nuevos síntomas psicopatológicos e incrementando el nivel de distress. Dicha situación, obligó a reordenar los objetivos de tratamiento y tratar de manera prioritaria la sintomatología más interferente. Como tratamiento se realizó una terapia de tipo cognitivo conductual orientada a trabajar previamente el duelo y, de manera secundaria, las secuelas padecidas por la relación de malos tratos. Por último, se plantean las peculiaridades que puede suponer tratar este tipo de pérdida vital respecto a otras.

**Palabras clave:** Violencia de género, suicidio, duelo complicado, tratamiento psicológico.

## Complicated grief because of suicide abuser

Intimate Partner Violence means a serious social problem, considered recently by World Health Organization as epidemic, concerning to one-third of women in the world. A clinical case study of intimate partner violence and its psychological treatment is presented. The abuser committed physical and psychological aggression against the victim, erratic and impulsive behavior, besides suicide attempts along the thirty-four-year relationship. Finally, the suicidal act happen once treatment started, producing new psychopathological symptoms and increasing distress. Treatment goals were revised. The most interfering symptoms were considered as a priority. A cognitive-behavioral therapy was applied to treat grief in the first place, as well as psychological consequences of intimate partner violence. Distinctive features are suggested in order to treat this kind of loss.

**Key words:** Intimate partner violence, suicide, complicated grief, psychological treatment.

## Duelo complicado por suicidio del maltratador



### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

#### Descripción del caso

Se presenta el caso de una mujer de 53 años de edad, casada y con dos hijos mayores de edad. Trabaja como limpiadora del hogar. Ha realizado estudios de graduado escolar. Actualmente vive en casa de su hija menor, la cual está realizando estudios universitarios. Acude a consulta de manera puntual y aspecto cuidado.

Explica que ha padecido una situación de maltrato físico y psicológico de treinta y cuatro años de evolución por parte de su marido, el cuál actualmente está de baja “por depresión” y lleva sin trabajar varios meses.

Ha abandonado el hogar para vivir en casa de su hija, ante una situación de maltrato psicológico.

#### Motivo de consulta

La paciente acude a consulta derivada desde el servicio de información a la mujer del Institut Balear de la Dona, tras haberse informado con una abogada acerca de los trámites de divorcio. Solicita tratamiento psicológico por ansiedad y sentimiento de culpa.

Informa de haber padecido una situación de maltrato físico y psicológico de treinta y cuatro años de evolución. Actualmente, ha decidido abandonar el domicilio conyugal tras un último episodio de vejaciones y amenazas.

#### Historia del problema

La relación de la paciente con sus dos hijos es muy buena. No refiere haber vivido situaciones de conflicto familiar más allá que con el padre de sus hijos. Mantiene una buena relación con su madre y el resto de sus hermanos y hermanas. No refiere antecedentes de enfermedades psiquiátricas ni presenta una historia de asistencia a recursos de salud mental por lo que hubiera sido tratada. Se define como una persona tranquila, conciliadora y cumplidora con los demás.

Los hechos informados acerca de los malos tratos padecidos se basan en insultos, humillaciones (“no sirves para nada”, “estás por debajo de mí” y “eres mía hasta el final”), maltrato económico (control del dinero, gastos e inaccesibilidad a cuentas bancarias), prohibición y coacción ante la toma de decisiones, culparla, además de humillarla en público.

Explica que fue abandonada junto a su hijo (cuando éste era pequeño) en la carretera y tuvieron que volver caminando hasta casa. Junto con estas situaciones de maltrato psicológico argumenta que se dieron episodios de maltrato físico como: bofetadas, un puñetazo en el ojo derecho (que derivó en un hematoma), numerosos

empujones, apretones en los brazos y retenciones contra la pared. También ha sido amenazada con arma blanca en varias ocasiones.

No ha denunciado nunca los hechos. Cuando se le pide que defina a su pareja explica que es un hombre muy dominante y machista, además de muy celoso. Al mismo tiempo cuenta como en las numerosas ocasiones que ha acudido al psiquiatra ha sido diagnosticado de *Trastorno Límite de Personalidad* y que ha hecho hasta cuatro intentos de autolisis a lo largo de su vida, los últimos, con una alta letalidad. De hecho, en la última ocasión que lo intentó, ella estaba todavía conviviendo con él e intentó ahorcarse, por lo que fue ingresado en UCI resultando en un estado de coma. Tras este último episodio, quedó ingresado en la unidad de psiquiatría y era visitado por ella y sus hijos, con una frecuencia pactada con el profesional de referencia. Respecto a este comportamiento errático, cabe explicar que siempre la ha culpabilizado de empujarle a tomar la decisión de hacerse daño y querer acabar con su vida. Es preguntada por el consumo de tóxicos de su marido y responde que en el pasado fue consumidor de cannabis.

### **Técnicas de evaluación. Procedimiento y recogida de datos.**

#### **a) Primera sesión**

La frecuencia que se establece de terapia psicológica es quincenal. Mientras la realice, estará viviendo en casa de su hija sin ser obligada a tomar decisiones concernientes a su situación conyugal (divorcio o denuncia por violencia de género).

#### ***Exploración psicopatológica***

La paciente refiere sensación de ahogo, taquicardia, insomnio de mantenimiento, pérdida de peso y cefaleas tensionales, sentimiento de indefensión, pensamiento negativo de tipo depresiógeno (personalización, pensamiento dicotómico), se detecta presencia de pensamiento mágico asociado probablemente a rasgos obsesivoides de tipo caracterial. A partir de verbalizaciones autorreferentes impresiona de baja autoestima, además de intrusiones sobre acontecimientos traumáticos relacionados con el maltrato padecido, y sentimientos encontrados de culpa y pena, así como dificultad para la toma de decisiones. Tendente al aislamiento y al llanto fácil.

#### **b) Segunda sesión**

#### ***Fase de evaluación psicométrica***

**Escala de Depresión de Beck** (*BDI-I* Adaptación de Vázquez y Sanz, 1999). Consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de síntomas depresivos. Se evalúan aspectos cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. Los autores destacan que se trata de un instrumento válido de detección y cuantificación de síntomas depresivos.

**Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático** (Echeburúa et al., 1997). Se trata de una escala hetero-aplicada que evalúa la gravedad de síntomas de estrés post-traumático correspondiente a la estructura diagnóstica del DSM-IV-TR. Resulta sensible al cambio terapéutico. Explora los tres “clusters” en los que se basa la entidad nosológica postraumática: re-experimentación, evitación e hiper-

activación. Cuenta con una sub-escala complementaria de manifestación somática de ansiedad. Esta última escala se considera importante para orientar al terapeuta en la elección de diferentes técnicas de intervención.

**Escala de Autoestima de Rosenberg** (Rosemberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.

**Análisis funcional y diagnóstico diferencial.**

A partir de la exploración de síntomas y la aplicación de los instrumentos previamente descritos se confirmó la existencia de un doble diagnóstico: trastorno depresivo grave y trastorno por estrés postraumático crónico (Tabla 1).

Estímulos antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Insultos</li> <li>-Humillaciones (“no sirves para nada” “eres mía hasta el final”</li> <li>-Maltrato económico</li> <li>-Amenazas de autoagresión</li> <li>-Empujones</li> <li>-Bofetadas y puñetazo</li> <li>-Retención</li> <li>-Omisión de trato.</li> <li>- Intentar conciliar e iniciar fase de “luna de miel” o arrepentimiento.</li> <li>-Culpabilizarla de sus problemas de salud.</li> <li>- Le explica nuevos planes de autoagresión responsabilizándola.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sistema Fisiológico:</b> sensación de ahogo, taquicardia, pérdida de peso, cefaleas, insomnio de mantenimiento.</li> <li>- <b>Sistema Cognitivo:</b> Indefensión, culpa, miedo, intrusiones traumáticas, pena y rabia.</li> <li>- <b>Sistema Motor:</b> evitación, llanto y enlentecimiento.</li> </ul>	<p><b><u>A corto plazo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensación de alivio cuando cede a sus manipulaciones.</li> <li>- Ceder significa calma y tranquilidad (aunque sea por un tiempo), por tanto, se da un refuerzo intermitente.</li> </ul> <p><b><u>A largo plazo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No dejarle calma su sentimiento de culpa.</li> <li>-Atención social de familiares e hijos que se preocupan por sus decisiones y bienestar.</li> </ul>

**Tabla 1.- Análisis funcional de conductas problema.**

El hecho de no llevar a cabo la denuncia o bien realizar una demanda de divorcio por miedo mantenía la secuencia de violencia que reforzaba el resto de respuestas en la víctima. Al mismo tiempo, dicha espiral de violencia (ciclo de la violencia según Leonor Walker), proporciona a la víctima una situación de disonancia e incapacidad para la toma de decisiones dada la incoherencia cognitiva, emocional y conductual del agresor. A partir de ese momento, se produce el sentimiento de indefensión, elemento cognitivo clave para iniciar la sintomatología depresiva típica en casos de violencia de género.

La paciente contacta con el servicio de Psicología 48 horas después de la última sesión de evaluación para anunciar que su marido se ha suicidado. Explica que, éste se personó en su lugar de trabajo y le pidió que volviera con él, además de intentar varios

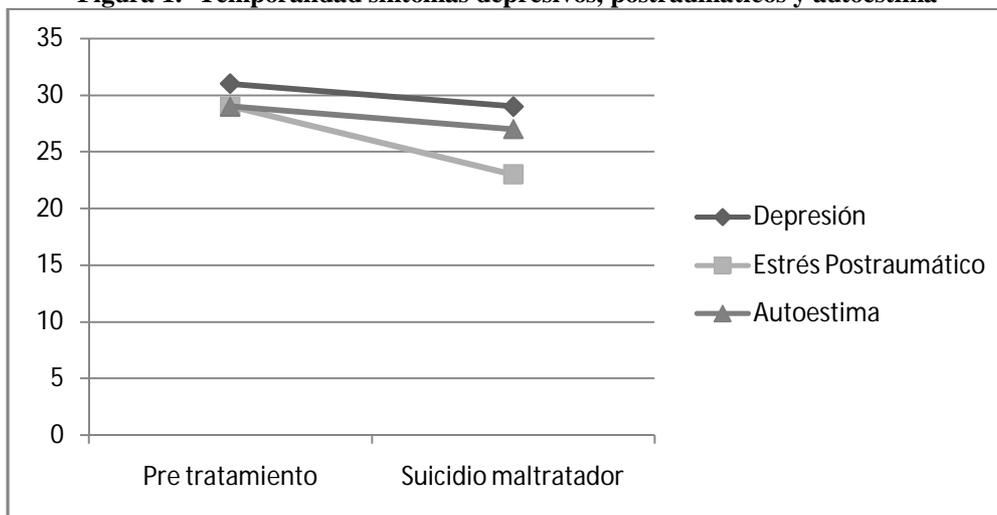


gestos y caricias hacia ella incoherentes con la situación y que ésta rechazó. Se enfadó con ella por su respuesta, acusándola de nuevo y culpabilizándola de su estado de salud, además de indicarle que era la responsable de las intenciones autolíticas que él tenía intención de llevar a cabo. Explica que ésta fue la última ocasión que vio a su ex pareja con vida.

En la 3ª sesión, ya habiendo fallecido su ex pareja, se realiza nuevamente una evaluación y exploración de síntomas. La necesidad de realizar una intervención por la situación vivida de violencia de género se ve agravada por una sintomatología típicamente de duelo tras una pérdida por suicidio definida por: pensamientos de culpa incrementada, rabia y enfado, llanto fácil e irritabilidad. Se detecta además una tendencia hacia las creencias basadas en la trascendencia espiritual del fallecido y la capacidad de este para seguir “guiando su conducta”. En consecuencia, la paciente inicia numerosas conductas de evitación para mantener la homeostasis relacionada con un estado de ánimo triste y coherente con la situación de duelo o viudedad: no interaccionar con hombres, evitar sonreír, e intentar hablar mucho de él para tenerle presente. Todo ello, con el fin de neutralizar el sentimiento de culpa, aunque se da un proceso de reforzamiento negativo subyacente que lo incrementa.

A continuación, en la Figura 1, se presentan las puntuaciones indicativas de la gravedad de ambos síntomas en los dos momentos temporales en los que se realizó la evaluación.

**Figura 1.- Temporalidad síntomas depresivos, postraumáticos y autoestima**



Se puede observar como todas las puntuaciones de la evaluación inicial en depresión, estrés postraumático y autoestima se ven ligeramente reducidas en la reevaluación (que se realizó tras el suicidio). La reducción más significativa se produce en el caso de los síntomas traumáticos. No aparece el miedo y las re-experimentaciones traumáticas parecen ser sustituidas por intrusiones con distinta valencia afectiva, imágenes que eliciten sentimiento de culpa y pena (episodios de viajes familiares y anécdotas donde su expareja se mostraba divertido).

### **Aspectos a considerar respecto el pronóstico del caso. Dificultades del proceso.**

Algunas dificultades encontradas en el caso tienen que ver con la tendencia que tiene la paciente a la superstición y a las creencias relacionadas con lo espiritual. Explica que cree que su marido, ya fallecido, puede ver su comportamiento, y que a ello se debe para llevar a cabo una conducta adecuada. Ha referido que tras la pérdida reciente de su ex marido ha experimentado en varias ocasiones un *sentido de presencia* aunque éste se considere dentro de la normalidad en casos de duelo y estados crónicos de ansiedad. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Las creencias religiosas y de tipo extrasensorial aunque comúnmente extendidas pueden constituir una dificultad para la respuesta a corto plazo en el proceso de reestructuración cognitiva.

Por otra parte, cabe destacar la disposición de la paciente a la personalización como principal distorsión cognitiva, lo que facilita que el sentimiento de culpa residual y frecuente en supervivientes de suicidios consumados, se vea reforzada.

Al mismo tiempo, se consideran aquellos factores que favorezcan la buena evolución del caso. La paciente cuenta con un buen apoyo familiar y social. Su hijo mayor la visita durante muchos días a la semana y pasan tiempo con la familia de éste. Su hija, está en Europa durante varios meses, con una beca Erasmus que ha decidido no interrumpir. Hablan por teléfono a diario.

Sigue trabajando como limpiadora del hogar, sin que se haya tramitado ninguna baja laboral por parte del médico de atención primaria para facilitar la activación conductual y evitar recaídas en el estado de ánimo depresivo.

### **INTERVENCIÓN. OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTO.**

En base a la sintomatología actual que exhibe la paciente y de acuerdo con los resultados de la reevaluación en cuanto a la reducción de síntomas, se iniciará el tratamiento del duelo para poder abordar posteriormente la sintomatología residual derivada de la situación de violencia (síntomas traumáticos y prevención de violencia).

Según indica J. W. Worden “el suicidio es la crisis de duelo más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia” (Worden, 2010). Aparecen en los supervivientes nuevas emociones como la vergüenza, la rabia y la culpa. En el tratamiento del duelo cabe tener en cuenta el tipo de apego que mantenían la persona fallecida y el familiar superviviente (Bowlby, 1980). En nuestro caso, un apego inseguro, ambivalente y lleno de conflictos, lo que podría complicarlo.

Según Beck (1976), una situación de pérdida hará que se activen los esquemas y producirá la *triada cognitiva*. En ella radica la clave para entender la conducta de la persona deprimida en contra de sus instintos y necesidades más básicas.

Cabe destacar que en la elaboración del duelo el individuo es un agente activo implicado en el tránsito por sus diferentes etapas (aceptar la pérdida, trabajar las

emociones, adaptarse al medio sin el fallecido y recolocar emocionalmente al ser querido que ya no esté) (Kübler-Ross y Kessler, 2005).

La planificación del tratamiento, basado en doce sesiones con periodicidad quincenal, se realiza en base a dichas fases del duelo, con unos objetivos asociados a técnicas psicológicas y tareas a realizar entre sesiones. Se le indica a la paciente en qué consiste y se consensúa su seguimiento. Todo ello queda descrito a continuación, en la Tabla 2.

**Tabla 2.- Objetivos de tratamiento, técnicas y tareas entre sesiones**

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas terapéuticas</b>	<b>Tareas entre sesiones</b>
1ª	- Evaluación psicológica. - Alianza terapéutica y adherencia al tratamiento. - Conocer el ciclo de la violencia (Walker, 1979)	- Entrevista - Encuadre del servicio y seguimiento de sesiones. - Psicoeducación en Violencia de Género.	- Información sobre la situación de violencia vivida.
2ª	- Adherencia al tratamiento - Activación conductual - Devolución de resultados	- Explicación de AR para llevar a cabo tareas placenteras.	- Autoregistro a realizar de tareas placenteras.
3ª	- Evaluación psicométrica - Revisión de tareas y discusión. - Reducción de ansiedad	- Respiración diafragmática para reducir ansiedad física. - Autoinstrucciones.	- Práctica de respiración diaria en fragmentos de diez minutos. - AR de tareas placenteras
4ª	- Revisión de tareas y discusión. - Modificación de pensamientos irracionales.	- Reestructuración cognitiva. - Detección de pensamientos irracionales	- Respiración diafragmática. - AR de tareas placenteras. - AR de pensamientos irracionales.
5ª	- Revisión de tareas y discusión. - Abordaje de sentimiento de culpa (hacia uno mismo y hacia otros).	- Reestructuración cognitiva. - Detección de pensamientos de auto y heteroacusación.	- Respiración diafragmática. - AR de tareas placenteras. - AR de pensamientos de culpa.
6ª	- Revisión de tareas y discusión. - Abordaje de sentimiento de rabia y enfado hacia el fallecido (sentimiento de ambivalencia).	- Reestructuración cognitiva. - Detección de pensamientos de rabia y enfado.	- Respiración diafragmática. - AR de tareas placenteras. - AR de pensamientos de culpa.
7ª	- Revisión de tareas y discusión. - Gestión del alivio por el fallecimiento del maltratador. - Desactivar objetos de vinculación.	- Reestructuración cognitiva. - Identificación de objetos de vinculación todavía permanentes.	- AR de pensamientos negativos asociados a la gestión del alivio. - Lista de objetos de vinculación.
8ª	- Revisión de tareas y discusión. - Abordaje de sentimiento de culpa suscitado por sentimientos de alivio y desvinculación de objetos.	- Reestructuración cognitiva. - Autoinstrucciones.	- Despedirse de los objetos de vinculación y retirarlos del contexto familiar diario.
9ª	- Redefinición de la imagen del fallecido.	- Exposición a fotografías elicitoras de recuerdos traumáticos vs. no violentos.	- Ver las fotografías junto con sus hijos e identificar reacción cognitiva, emocional y conductual.

10ª	- Transformar memorias traumáticas en autobiográficas.	- Exposición en imaginación a memorias traumáticas.	- Acudir a lugares, ver a personas o realizar actividades vinculadas con el agresor y que eliciten sentimiento de culpa.
11ª	- Fantasía de acabar el duelo y despedida.	- Recapitulación de lo vivido.	- Revisión de tareas llevadas a cabo durante la intervención. - Escribir una carta de despedida al fallecido.
12ª	- Evaluación del control emocional de la paciente y adaptación. - Evaluación de síntomas traumáticos, depresivos y autoestima.	- Post de escalas psicométricas.	- Autoinstrucciones y autoreforzo.

## Objetivos

1. Asegurar una buena alianza terapéutica y adherencia al tratamiento. Se plantea desde el primer momento cuál va a ser el ritmo y objetivos a conseguir para que sea partícipe de ello. Firma un contrato terapéutico para el compromiso de la realización y ejecución de tareas. Respecto la relación terapeuta-paciente, se refuerzan las conductas adaptativas y se adopta una aceptación positiva, empática e incondicional.
2. Reducir niveles de ansiedad. A partir de las técnicas de respiración diafragmática se pretende abordar la angustia física informada como “dolor en el pecho” y descrito en casos de duelo como *anhelo*.
3. Eliminar afectividad negativa asociada a los síntomas depresivos y traumáticos. Cabe tener en cuenta la culpa, rabia y vergüenza por el abandono tras el suicidio y cómo estas emociones interceden o no en el proceso traumático previo cuando el agresor vivía y llevaba a cabo un maltrato.
4. Extinción de las respuestas traumáticas. A partir de técnicas de exposición en imaginación e in vivo se pretende provocar la extinción de aquellas conductas y cogniciones asociadas a la culpa por el suicidio, o bien comportamientos de evitación o escape desarrollados por la víctima ante estímulos asociados a la situación de abuso.

## Procedimiento

La intervención psicológica se llevó a cabo por una sola terapeuta, mujer, en formato individual. Las sesiones se desarrollaron a lo largo de un periodo de seis meses a razón de una sesión quincenal. El último seguimiento se realizó una vez transcurridos seis meses desde la onceava sesión, coincidiendo con el aniversario del fallecimiento del maltratador y en él se realizó la post evaluación de síntomas.

El contexto donde se desarrollaron las sesiones fue un despacho individual, con luz natural, un cómodo sillón donde realizar las técnicas de control de ansiedad y aislamiento acústico para garantizar la confidencialidad del discurso terapéutico.



## Descripción de las técnicas terapéuticas

### a) Información relativa al proceso de duelo

Se explica a la paciente las etapas de duelo, emociones más frecuentes y aspectos a tener en cuenta para afrontar la pérdida. Consideramos de gran importancia la identificación del proceso y aquello que puede suceder de “*aquí en adelante*” para tener un mejor control sobre ello.

### b) Información relativa al ciclo de la violencia y desigualdad de género.

En base al ciclo de la violencia de género descrito por Leonor Walker (1979), se identifican los episodios violentos vividos. Se instruye a la paciente en detección de micromachismos y estereotipos de género. Debe identificar todo aquello que haya vivido con su ex pareja y ubicarlo en las distintas fases del ciclo violento: fase de tensión, explosión y luna de miel. Habiendo informado del sentimiento de pena y culpa creemos que para realizar una buena concienciación debe conocer la manipulación a la que ha sido sometida.

### c) Respiración diafragmática

Se realizó una primera explicación teórica acerca de los beneficios de la respiración abdominal. Con una mano como guía, debía hinchar el abdomen para facilitar la activación parasimpática y facilitar la relajación. Debía entrenarlo en casa y llevarlo a cabo en aquellas situaciones donde se activara la respuesta ansiosa. En el caso que nos ocupa, se daban muchos estímulos elicítadores de respuesta fisiológica. La respiración debía actuar como proceso de contracondicionamiento hasta extinguir la respuesta.

### d) Programación de actividades

Con el objetivo de facilitar el cambio cognitivo, se propuso la programación de actividades desde el principio del tratamiento para facilitar la autonomía, mejorar su motivación y modificar pensamientos de inutilidad. Se trata de una manera progresiva de avanzar en su independencia personal permitiéndose no prestar atención al éxito de las tareas. Dada la puntuación en sintomatología depresiva grave al inicio del proceso, y en base a las técnicas conductuales de la terapia cognitiva (Beck, 1976) se consideró oportuno iniciar así el tratamiento.

### e) Autorregistros

Se utilizaron AR para la programación de actividades agradables y para la detección de pensamientos distorsionados y su modificación. Como parte del proceso de autoinstrucción, tras la observación de la propia conducta, sobre todo de evitación y escape, además de los pensamientos de culpa y vergüenza.

### f) Autoinstrucciones

Considerado el contenido negativo en el discurso de la paciente donde podía intuirse una alta afectividad negativa se la entrena en la detección de verbalizaciones

autoinculporatorias en su relato. Además de todo aquel material relacionado con una probable baja autoestima. A continuación, se modifica el propio lenguaje para facilitar así el cambio cognitivo. Se trata de una técnica complementaria a la programación de actividades con el objetivo de modificar pensamientos irracionales.

#### g) *Reestructuración cognitiva*

Una vez han sido detectados los pensamientos distorsionados se llevan a debate y puesta en práctica para su desafío.

Se utiliza la técnica de “*descenso vertical*” para hacer frente a la ansiedad cognitiva anticipatoria que maneja la paciente con pensamientos tipo “*¿y si?*”. Así pues se le expone la posibilidad que pueda debatir “*¿qué sucedería si? ¿Por qué serías la culpable?*”

Los experimentos conductuales o bien *registros diarios* de acontecimientos que confirmen o desconfirman un pensamiento. Se le pide expresamente que lo haga en la sesión 8.

#### h) *Exposición in vivo y en imaginación*

Al identificar los principales elementos elicítadores de ansiedad física y cognitiva se programa gradualmente su exposición hasta la extinción de la respuesta. En aquellos casos que la paciente se mostraba motivada, se realizaban inundaciones, consistentes en exponer a la paciente al ítem correspondiente a una mayor respuesta de ansiedad.

Este tipo de técnicas se aplicaron en imaginación en el caso de las intrusiones de pensamiento vinculadas con el sentimiento de culpa.

La exposición in vivo se realizó con todas aquellas conductas evitadas hasta el momento y que mantenían el mismo sentimiento de culpa o bien, mantenían presente al fallecido.

### **Las sesiones de tratamiento**

#### *1ª y 2ª sesión*

Se lleva a cabo una primera entrevista donde se definen los antecedentes y consecuentes de la respuesta psicológica y se perfilan los objetivos de intervención. La paciente fue informada acerca del ciclo de la violencia y se establecieron las bases para la alianza y el compromiso terapéutico.

Junto con la entrevista, se pasan las escalas de evaluación anteriormente descritas. El diagnóstico diferencial llevado a cabo a partir de la evaluación permite confirmar que se trata de un trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático.

En la segunda sesión, y tras haber informado la paciente del suicidio de su ex pareja se reconduce a la paciente a nuevos objetivos de tratamiento. Para poder llevar a cabo una contención de la situación de crisis, se interviene para mitigar el impacto

inmediato de la pérdida. La segunda parte de la sesión está orientada a instruir a la paciente en la confección del autorregistro para llevar a cabo una adecuada activación conductual y prevenir posible sintomatología depresiva de mayor gravedad tras la pérdida.

### *3ª y 4ª sesión*

Se pasaron nuevamente las mismas pruebas psicométricas que en la primera sesión para conocer el alcance de la variación respecto a los síntomas tras el suicidio.

Con el objetivo de controlar la angustia física informada por el sentimiento de culpa y la pérdida se inicia psicoeducación en control de ansiedad y práctica de respiración diafragmática. Se pidió a la paciente que interrumpiera la práctica cuando no consiguiera desactivar los síntomas de ansiedad.

En la cuarta sesión se inicia una aproximación al continuo pensamiento-sentimiento-conducta y la presencia de material cognitivo de tipo irracional e intrusivo.

### *5 y 6ª sesión*

En la quinta sesión se aborda el sentimiento de culpa asociado al maltrato y a la pérdida. Recordemos que el fallecido, antes del acto suicida, responsabilizó directamente a la paciente de su muerte: *“Serás la culpable de lo que me ocurra por rechazarme”*.

Los pensamientos autoinculporios detectados aparecen a continuación, en la Tabla 3.

Pensamiento	Ansiedad (0-10)
<i>Si hubiera aceptado sus disculpas y hubiera vuelto con él no se habría ahorcado</i>	10
<i>Soy la responsable de su muerte, no supe ayudarlo</i>	9
<i>No me merezco que hablen bien de mí, no le tienen en cuenta a él</i>	9
<i>Tendría que haberle comprendido, era mi obligación</i>	7

**Tabla 3.- Registro de pensamientos autoinculporios.**

A partir del registro de estos pensamientos irracionales, se detectan conductas de evitación que incrementan el sentimiento de culpa a partir de un proceso de reforzamiento negativo. A continuación, se presentan en la Tabla 4.

Conductas de evitación reforzadoras del sentimiento de culpa
<i>Sonreír</i>
<i>Cumplidos hacia ella</i>
<i>Cantar alguna canción que suene en la radio</i>
<i>Aceptar una actividad ociosa invitada por otra persona</i>
<i>Hablar con hombres</i>
<i>Soportar que la gente hable mal de él</i>

**Tabla 4.-Conductas de evitación reforzadoras del sentimiento de culpa.**

Tras haber detectado la cadena de conducta que elicitaba el pensamiento de culpa se lleva a cabo la técnica de *Reatribución*, pidiéndole a la paciente que considere otras causas de la situación que vivió, es decir, que busque otros posibles motivos al suicidio de su ex pareja. Además se introduce por primera vez el concepto de *derecho al rechazo* como frase guía para utilizar a lo largo del tratamiento.

En la sexta sesión se realiza el mismo proceso, para la detección de pensamientos que generen rabia respecto al abandono y a la pérdida. Existe un único pensamiento relacionado con dicha emoción: “¿Por qué abandonaste a tus hijos cuando ellos dieron todo por ti?”.

Se aborda el sentimiento de rabia con el debate socrático acerca de la capacidad afectiva y de relación que tenía su pareja y lo vulnerable que era al abandono y al rechazo. “¿Cómo solía reaccionar él al rechazo?”; *Formas de tolerar o no la frustración del maltratador; gestión del estrés y la toma de decisiones a pesar de la ayuda familiar objetiva; dependencia emocional del maltratador abordada desde el mito del amor romántico.*

Aplicamos la técnica de *descenso vertical* preguntando a la paciente “¿qué hubiera ocurrido si tus hijos hubieran intentado evitar que se hiciera daño?”, “¿Qué tipo de relación hubiera mantenido con sus hijos si no se hubiera suicidado?”, “¿Y contigo?”.

7ª y 8ª sesión

Con el objetivo de desactivar objetos de vinculación se elabora una lista (Tabla 5) con la cuál trabajar entre sesiones:

Objetos de vinculación
Pijama sobre la cama
Afeitadora y cepillo de dientes en el baño
Colonia sobre el tocador de la habitación
Reloj de pulsera
Ropa en el armario

**Tabla 5.- Objetos de vinculación**

Se le pide que guarde dichos objetos en una caja y decida guardarlos o bien regalarlos para un uso de segunda mano a alguien desconocido. Confrontamos el alivio que puede suponer la ausencia del fallecido, elaborando una lista (Tabla 6) de todo aquello que ahora es más fácil con su ausencia.

Conductas asociadas a la ausencia del fallecido y el alivio
Tomar decisiones
Equivocarme y no dar explicaciones
Hablar con todas las personas que quiera
Decir que NO
Ayudar a los demás

**Tabla 6.- Conductas asociadas a la ausencia del fallecido y el alivio.**

Se le pide a la paciente que lleve a cabo las conductas descritas en las Tabla 3 y Tabla 4 como tarea entre sesiones. Debe revisar la culpa que pueda aparecer y aún así, continuar con la conducta hasta extinguir el sentimiento de autoacusación.

*9ª sesión*

Tras haber observado en la paciente una mayor frecuencia de material mnésico positivo, en cuanto a la imagen y conductas del fallecido, se le pide que pueda traer fotografías donde aparezcan escenarios o muestren imágenes relativas a episodios donde se dieron actos relativos al maltrato (viaje conyugal, en casa), junto con otras fotografías que mostrasen momentos conyugales o familiares totalmente opuestos (fiestas de cumpleaños, viajes familiares o eventos sociales).

*10ª sesión*

Considerando que la reducción más significativa en síntomas tras el suicidio se dio en el material traumático, se exploran aquellos estímulos asociados al maltrato o al suicidio y que todavía deban ser afrontados.

La mayoría de conductas han sido abordadas con el tratamiento del duelo, ya que estaban asociadas al sentimiento de culpa por hacer todo aquello que él no quería que hiciera.

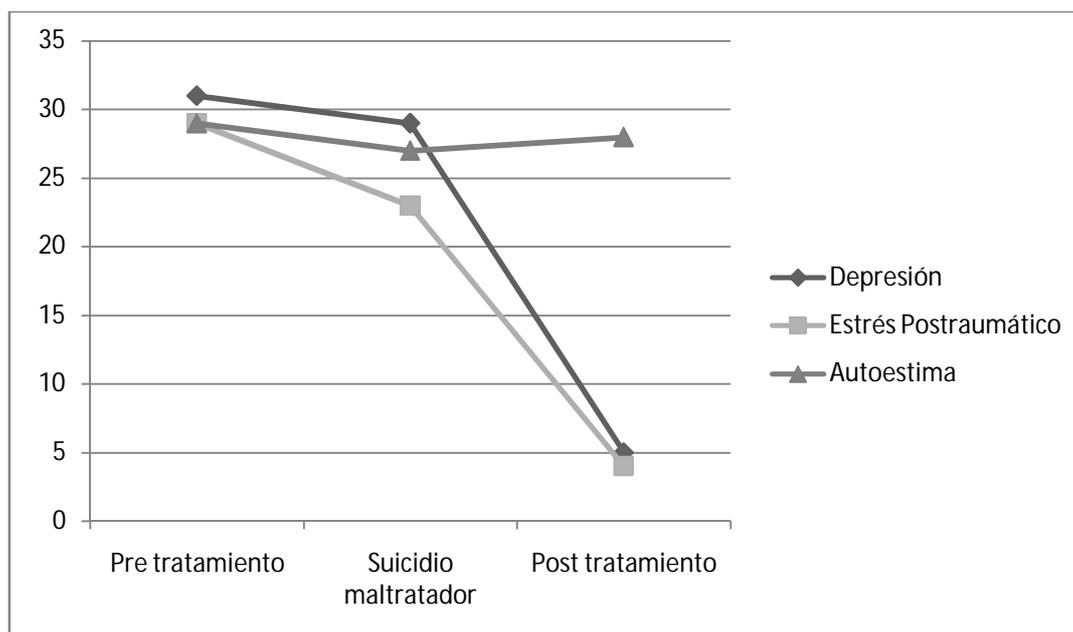
*11ª sesión*

Se introduce la metáfora de despedir un recuerdo traumático y una respuesta de miedo y angustia asociada al hombre con quien compartió la vida con ella durante treinta y cuatro años. Se le pide que la sustituya y le dé la bienvenida a la imagen de su compañero y padre de sus hijos, el cuál sufrió viviendo y provocó sufrimiento a los que convivían con él, ya que optó por no intentarlo de otro modo. La despedida se facilita con una carta de adiós.

*12ª sesión (seguimiento)*

Una vez transcurridos seis meses de la finalización del tratamiento, se lleva a cabo un seguimiento para el control emocional después de un periodo de no intervención. Al mismo tiempo, se realiza nuevamente la post evaluación psicométrica para conocer el alcance del cambio terapéutico y la medición de efectividad terapéutica.

Cabe destacar que el seguimiento coincide con el aniversario de la muerte del fallecido, por lo que se espera cierta recuperación espontánea de síntomas ya probablemente extinguidos. A continuación, en la Figura 2 se detalla la evolución en la sintomatología antes, tras el suicidio y después del tratamiento.



**Figura 2.- Resultados del proceso de evaluación de síntomas pre-post tratamiento**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El tratamiento cognitivo conductual aplicado puede considerarse efectivo. El abordaje de un caso de violencia de género donde el maltratador había consumado la amenaza de autolisis revertía especial interés a nivel clínico, puesto desconocíamos cómo se comportaban los síntomas típicos (depresión, baja autoestima y estrés postraumático) tras un nuevo suceso traumático.

La colaboración terapéutica y la inclusión de coterapeutas (hijos y amigos/as) como “modelado participante” en tareas de exposición (ver fotografías, acudir a lugares evitados o realizar conductas “prohibidas” elicitoras de pensamientos de culpa) facilitaron el proceso.

Podríamos destacar que gran parte del tratamiento psicológico se ha centrado en la elaboración del duelo patológico, añadiendo elementos a considerar relacionados con la perspectiva de género y la prevención de violencia.

Aunque los valores en autoestima se han mantenido prácticamente igual a lo largo de todo el proceso, se optó por incluir a la paciente en un taller socioeducativo para la mejora de la autoestima, todo ello, tras el seguimiento y finalización del tratamiento individual.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados que arroja el planteamiento de objetivos y aplicación de técnicas terapéuticas para el proceso de duelo en Violencia de Género resultan satisfactorios.

Las peculiaridades añadidas de la pérdida respecto a quien se ha mostrado hostil son especiales y deben tenerse en cuenta. La relación ambivalente y el apego inseguro que genera van más allá de la simple pérdida.

Consideramos recomendable el abordaje prioritario de aquellos síntomas que revierten mayor gravedad. En este caso, y en primer lugar, es conveniente elaborar la ausencia de violencia cuando siempre la hubo y por tanto, de quien la ejercía: esto es, la ausencia del maltratador. De manera secundaria es conveniente trabajar el producto de la violencia: el síntoma.

Resulta complejo mejorar el auto-concepto de la víctima si antes existen pensamientos auto-inculpatorios acerca de la ausencia por quien “*debería haberlo hecho mejor*”. Evidentemente, las circunstancias de esa ausencia, y como conciernan a la víctima, resultarán determinantes.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- APA. (2006). Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychology*, 61, 271-285.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International Universities Press.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología* (Vol.). McGraw-Hill.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida*. Barcelona. Paidós.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L. i Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma. The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer. 2ª ed.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., i Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 90, 503-526.
- Kübler-Ross, E. & Kessler D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon & Schuster Ed.
- Martín-Albo J., Núñez J.L., Navarro, J.G., y Grijalvo F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, vol.10, nº 2, págs.458-467.

- Matud, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 3, 397-401.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. y Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 72, pags. 855-862.
- Rosemberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 2, 303-318.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 1, 59-81.
- Walker, L. (1979). *The Battered Women*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Worden, J.W. (2010). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. 2ª ed. revisada.