

**PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO POR MUERTE NATURAL DEL  
SER AMADO DESDE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA**

LILIANA MARCELA ACOSTA METAUTE  
SARA GUZMÁN GRAJALES

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
ENVIGADO  
2010

**PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO POR MUERTE NATURAL DEL  
SER AMADO DESDE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA**

Presentado por:

LILIANA MARCELA ACOSTA METAUTE  
SARA GUZMÁN GRAJALES

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:  
PSICÓLOGA

Asesor:

ELIANA MARCELA MEJIA BETANCUR

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
ENVIGADO  
2010

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Envigado, Mayo de 2010.

## **DEDICATORIA**

Dedicamos el fruto de nuestro esfuerzo en este trabajo de grado a nuestras familias.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestras familias, quienes nos han acompañado a lo largo de nuestra formación académica y profesional, y a la vez nos han ofrecido un apoyo incondicional en los distintos objetivos que nos hemos trazado.

También agradecemos a los docentes y compañeros que nos han ayudado en nuestro proceso de aprendizaje.

## CONTENIDO

<b>1. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO POR MUERTE NATURAL DEL SER AMADO DESDE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>1.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>1.2.</b>	<b>¡Error!</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>Marcador no definido.</b>
<b>1.2.1. Objetivo</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>general:.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>1.2.2. Objetivos</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>específicos:.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>1.3. DISEÑO</b>	<b>¡Error!</b>
<b>METODOLÓGICO:.....</b>	<b>Marcador no definido.</b>
<b>1.3.1 Tipo de</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>investigación:.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>1.3.2</b>	<b>¡Error!</b>
<b>Enfoque:.....</b>	<b>Marcador no definido.</b>
<b>1.3.3 Técnicas para el análisis y la</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>interpretación:.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>1.4</b>	<b>¡Error!</b>
<b>PRESUPUESTO.....</b>	<b>Marcador no definido.</b>
<b>1.5</b>	<b>¡Error!</b>
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>Marcador no definido.</b>
<b>2. MARCO DE</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>REFERENCIA.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>DUELO.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

	<b>2.2. PSICOLOGÍA DEL</b>
<b>DUELO</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.1 Caracterización del</b>
<b>duelo</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.2. Etapas del</b>
<b>duelo</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.3. Tipos de</b>
<b>duelo</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.4 Variables que influyen en la respuesta del</b>
<b>duelo</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.5. Pérdidas</b>
<b>ritualizadas</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.6. Pérdidas no</b>
<b>ritualizadas</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.7. Duelo</b>
<b>normal</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.8. Duelo</b>
<b>complicado</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.2.9. Diagnostico</b>
<b>diferencial</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3. PSICOLOGÍA</b>
<b>COGNITIVA</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3.1. Estructuras del</b>
<b>significado</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3.2. Dimensiones del</b>
<b>significado</b> .....	¡Error! Marcador no definido.

	<b>2.3.3.</b>
Cognición:.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3.4. Los procesos de</b>
ordenamiento.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3.5. Vulnerabilidad personal y esquemas o supuestos</b>
	personales.....¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3.6. Esquemas</b>
tempranos.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.3.7. Teoría del</b>
apego.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.4. PSICOLOGÍA COGNITIVA Y</b>
DUELO.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.5. ESTRATEGIAS DE</b>
INTERVENCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.5.1 Desarrollo de esquemas</b>
cognitivos.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.5.2. Técnicas</b>
conductuales.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.5.3. Técnicas</b>
cognitivas:.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.6. INTERVENCIÓN</b>
TERAPÉUTICA.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.6.1. Procedimiento de la terapia de</b>
duelo.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.7. ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO</b>
COMPLICADO.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.7.1. Terapia Cognitiva del</b>
duelo.....	¡Error! Marcador no definido.
	<b>2.7.2 Terapia centrada en las</b>
emociones.....	¡Error! Marcador no definido.

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>3. ANÁLISIS DE</b> ¡Error! Marcador no definido.
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>4.</b> ¡Error! Marcador no definido.
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>5.</b> ¡Error! Marcador no definido.
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	¡Error! Marcador no definido.

## **GLOSARIO**

**ADAPTACIÓN:** proceso de acomodación al medio y a los cambios de éste.

**AFECTO:** se denomina al patrón de comportamiento observable de la expresión de emociones experimentados subjetivamente

**ANSIEDAD:** emoción que puede aparecer como una leve sensación de inseguridad o como fuertes ataques de pánico, manifestándose esta última como un proceso psicopatológico.

**APEGO:** cualquier conducta que vaya encaminada a mantener el contacto con la figura d apego.

**CICATRIZACIÓN:** proceso natural del organismo que permite la sanación y regeneración de una herida.

**CONDUCTA DE APEGO:** se refiere a cualquier forma de comportamiento que lleva a una persona a buscar cuidados con el fin de alcanzar o conservar proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido.

**CULPA:** forma de cólera que se vuelve contra el sí mismo.

**DEPENDENCIA:** grado en que una persona se halla subordinado a otro para asegurar su supervivencia

**DEPRESIÓN:** es el resultado final de cambios efectuados por el ambiente en la conducta del sujeto, sus el afectos y sus cogniciones.

**DESAPEGO:** serie de conductas encaminadas a buscar la independecia de la figura de apego, se encuentra directamente relacionado con la consolidación del Self.

**DUELO:** es el estado caracterizado por la pérdida. La principal causa se encuentra relacionada con la angustia causada por la muerte de una persona significativa, aunque las personas también pueden afrontar este estado por otras pérdidas, tales como la del rol, de estatus, separación, amputación de un miembro o parte del cuerpo, entre otras.

**DUELO CRÓNICO:** se caracteriza por tener una duración excesiva y por lo general no tiene una conclusión satisfactoria.

**ESQUEMA:** organización mental de la información o estructuras del conocimiento en la memoria. Para reconocer y comprender los acontecimientos que se van presentando

**ESQUEMA EMOCIONAL:** unidad psicológica básica o mecanismo generador de la experiencia emocional y del significado.

**ESTADO DE ANIMO:** se denomina a la emoción generalizada y persistente que genera la percepción al sujeto del mundo que lo rodea, a diferencia del afecto se refiere a un clima emocional más persistente y sostenido.

**INSENSIBILIDAD:** ausencia de sentimientos. Se puede experimentar al principio del proceso de duelo y actúa como una protección del flujo de sentimientos.

MUERTE: fin de la vida, la cesación definitiva de las funciones corporales. Es una palabra derivada del latín *mors*, *mortis*, *morte*.

MUERTE SOCIAL: es aquella que implica dejar de pertenecer a un grupo dado (con o sin muerte biológica), ya sea por límite de edad, pérdida de las funciones, entre otras.

## RESUMEN

El duelo es un proceso psicológico por el cual se atraviesa repetidamente a lo largo de la vida de cualquier ser humano, además existen diversas fases y formas de experimentar un duelo, las cuales se hallan sujetas a múltiples condiciones internas y externas en el individuo. No obstante por habitual que parezca la elaboración de un duelo en el ser humano, puede tener diversas complicaciones que ameritan una intervención psicológica, ya que sí éste proceso no se desarrolla adecuadamente puede degenerar en psicopatologías severas y llevar al sujeto a la disfuncionalidad.

Lo anterior hace que el estudio del duelo sea de vital interés para disciplinas como la psicología cognitiva, la cual no solo ha estudiado dicho concepto sino que además ha brindado pautas importantes para su tratamiento.

En este orden de ideas, la conceptualización del duelo de este estudio busca dar respuesta al siguiente interrogante: ¿cómo se desarrolla el proceso de elaboración del duelo por la muerte natural del ser amado? y ¿qué tipo de intervenciones terapéuticas pueden realizarse desde la psicología cognitiva para ayudar al paciente a sobrellevar y superar la pérdida? Para responder este interrogante se parte de una investigación de tipo documental, desde un enfoque descriptivo-analítico, tomando como referente la psicología cognitiva para estudiar y analizar el proceso de resolución del duelo.

**Palabras clave:** muerte natural, proceso de duelo, deudo, manifestaciones, fases del duelo, adaptación, apego.

## ABSTRACT

The duel is a psychological process by which it is crossed throughout the life of any human being, in addition diverse phases and forms exist to undergo a duel, which are subject to multiple internal and external conditions in the individual. Despite by habitual that seems the elaboration of a duel in the human being, it can have diverse complications that deserve a psychological intervention, since yes this one process is not developed suitably can degenerate in severe psychopathologies and take to the subject to the disfunctionality

The previous thing causes that the study of the duel is of vital interest for disciplines like the mental psychology, which not only has studied this concept but also that has offered you rule important for its treatment.

In this order of ideas, the planning of the duel of this study looks for to give answer to the following question: how is developed the process of healing of the duel by the loss of the being loved by natural death? And what type of therapeutic interventions can be realised from mental psychology to help the patient to bear and to surpass the loss? In order to respond to this question part of an investigation of documentary type, from a descriptive-analytical approach, taking like referring mental psychology to study and to analyze the process of healing of the duel.

**Key words:** duel, death, phases of the duel, manifestations, adjustment attachment

## INTRODUCCIÓN

*“La muerte, en el momento presente, sigue siendo algo inevitable. El mero hecho de nacer y continuar viviendo significa que, al igual que todas las formas de vida contemporánea hemos de morir definitivamente. Para ser otorgada la gracia de vivir, se debe sufrir la pena de morir Ellis (1981)<sup>1</sup>.*

Desde el área psicológica a medida que crecía el interés por la muerte, época en la que Kubler-Ross (1969) publicó su primer libro *On Death and Dying*, comenzó un proceso de polarización. De una parte, estaban aquellos que insistían en transferir el enfoque empírico del *control- a- cualquier- precio* al trabajo clínico. En el extremo opuesto estaba copado por espiritualistas y místicos que preferían hacer de la muerte un culto. En ambos casos, la insistencia sobre un control total, impedía la aparición de una posición humanista y racional. Estos clínicos estaban orientados desde una perspectiva que descubre nuestra cultura occidental como una cultura fóbica a la muerte<sup>2</sup>.

No obstante la muerte como realidad vivida y sentida se ha transformado y polarizado a lo largo de la historia de la humanidad, ha sido llamada de múltiples formas (Hades, Itzpapáloti, Fomoré, Moiras, Anubis, entre otras) y desde los cultos ritualistas a los dioses, hasta la concepción científicista del cese de un mero proceso fisiológico, la conceptualización y abordaje de la muerte han dado tumbos durante siglos. El duelo como fenómeno inherente a la muerte no ha corrido con mejor suerte, ha tenido cientos de vestiduras y en ocasiones se ha convertido en el esqueleto del closet que incomoda ver, pero que encerrado en el imaginario colectivo continua estando presente en la realidad de las personas.

Ahora bien, el presente trabajo intenta mostrar el duelo como fenómeno psicológico, es de vital interés para los psicólogos clínicos ya que abarca una condición humana, que es objeto de atención e intervención clínica. Pues si bien es cierto que el duelo se constituye como un proceso psicológico predecible, también es cierto que la complejidad del evento de muerte de un ser amado, los factores intrínsecos del paciente y los factores ambientales pueden complejizar la elaboración de cualquier duelo y desencadenar psicopatologías graves.

---

<sup>1</sup> ELLIS, Albert.. “Aplicaciones clínicas de la RET”. Ed. Paidós. Barcelona: 1999. p 343.

<sup>2</sup> Ibid, p. 341.

En el presente informe se exploró el duelo desde una caracterización general que sin embargo esta sustentada en la teoría psicológica cognitiva, autores como Bowlby, Worden , Ellis, y Caballo dan además un sustento práctico lo cual posibilito la profundización de enfoques cognitivos para plasmar los modelos de intervención clínica para el proceso de elaboración de duelo.

# 1. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO POR MUERTE NATURAL DEL SER AMADO DESDE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA

## 1.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Tal vez mas que cualquier otro problema o preocupación de la vida contemporánea, la realidad de la muerte trae a colación siglos de paradojas bagaje irrelevante, y metáforas perjudiciales. Ellis”<sup>3</sup>

La muerte es un tema de actualidad en cualquier época, varias disciplinas han puesto su atención en ella, la Medicina, la Antropología, la Historia, la Psicología, la Sociología, entre otras., desde 1950 la sociología comenzó a realizar estudios acerca de la Psicología de la Muerte; lo que posteriormente dio origen a la Tanatología como la ciencia que estudia la muerte y la agonía, además de los fenómenos asociados a ellas como el duelo.

No obstante la actitud del hombre ante la muerte ha cambiando sistemáticamente, su aproximación a ella ha estado supeditada a la cultura a la que pertenece, pensar en la muerte no es algo sencillo pues confronta al sujeto con la verdadera realidad de su existencia, incluso la muerte de otro puede llevar al ser humano a un estado de crisis y vulnerabilidad.

Siendo el duelo uno de los componentes más fascinantes y estudiado sobre la muerte, este elemento propio a la misma; se constituye como un proceso psicológico generalmente ajeno a la consciencia que es vivenciado y resulta de vital importancia para la vida del sujeto, tanto como el mismo acto que lo genera.

Sin embargo el duelo comprende innumerables sucesos de la vida del hombre desde la pérdida de un empleo, fracaso de una relación amorosa, hasta la muerte, ya sea de alguien cercano o incluso la amenaza de la propia muerte. En adelante se abordará el duelo vivido ante la muerte del ser amado, de ese otro que de alguna manera amenaza incluso la estabilidad psíquica, ya que ante la pérdida del semejante se refleja la pérdida de una parte del yo.

Aunque el duelo puede ser una experiencia dolorosa para quien tiene una pérdida, es una reacción normal ante la muerte de un ser querido; el afrontarlo implica un desgaste físico, emocional y psíquico. Aún así las reacciones ante la pérdida se manifiestan de una manera particular en cada quien, respondiendo a una serie de

---

<sup>3</sup> ibíd. p. 367.

factores; no obstante, siempre se estará frente a la necesidad de realizar un trabajo psíquico que apunte a la aceptación de la realidad, la expresión de emociones, la adaptación a las nuevas circunstancias y la reubicación emocional del fallecido para así seguir viviendo: es a esto a lo que se le denomina como proceso de elaboración del duelo.

Ahora bien aunque la muerte y el proceso de duelo son una realidad del día a día que afecta al ser humano, que le quita su equilibrio y lo enfrenta con un nuevos paradigmas, realidades y sentimientos, es poca realmente la educación social sobre dicho tema, y escasas las estrategias que se enseñan para manejar con el dolor de la pérdida.

Aunque un abordaje cultural y una educación real desde lo social y familiar sería lo mas adecuado para tratar este tipo de temas, lo cierto es que son los profesionales y estudiosos del tema quienes tienen las herramientas idóneas para asesorar y acompañar a las personas en procesos tan abrumadores como la muerte y mas específicamente sobre el acontecimiento posterior a la misma, es decir, el proceso de duelo.

La Psicología cognitiva entonces tiene ante la muerte y específicamente frente al proceso de elaboración del duelo, un reto importante. Estudiando el duelo y todas aquellas características que lo rodean y que minan ostensiblemente el psiquismo del doliente. Para lograr adecuar tratamientos que ayuden a quien está en duelo a superar no solo la aflicción sino también a continuar con su vida.

Es de fundamental beneficio pues para los profesionales de la psicología no solo entender y comprender la sintomatología del proceso de duelo, sino también sus alcances y diferentes formas de emerger, para así poder realizar un trabajo de intervención hábil encaminado a suplir las necesidades específicas del sujeto.

Este tipo de investigaciones resulta pues de vital interés para estudiantes y profesionales de la psicología ya que permite la recopilación de las diversas teorías sobre el tema del duelo, su relación con las estructuras mentales y tipo de apego del sujeto y las estrategias de intervención desde los diversos autores, que permiten no solo un análisis concienzudo de la teoría sino además una muestra practica de los modelos de intervención.

También muestra la importancia de relacionar adecuadamente el modelo de intervención clínica, con la teoría de del desarrollo y las estructuras del significado del paciente, ya que el proceso de elaboración de duelo no puede estar supeditado a un manual de intervención estándar, sino que debe estar supeditado a los esquemas que moviliza en el paciente el suceso de muerte, su relación con acontecimientos previos, y en general con su estructura de personalidad. Ya que además estas singularidades del sujeto determinarán lo normal o psicopatológico del duelo.

Lo anterior es necesario pues cuando se revisa la bibliografía sobre investigaciones al respecto de este tema en la ciudad de Medellín se encuentran unas pocas investigaciones de corte psicoanalítico, y a la vez poca la evidencia al respecto del tema de corte cognitivo, se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas universidades del área metropolitana y se retomaron las de corte cognitivo pertinentes para esta investigación.

En la universidad de San Buenaventura se encuentra un trabajo de grado llamado “Perfil cognitivo-afectivo de personas en procesos de elaboración del duelo por la muerte violenta de un ser querido en la comuna Nor-Oriental de la ciudad de Medellín y que pertenece a grupo familiar nuclear complejo”, en el cual se desarrollan teorías desde los modelos comportamentales hasta el planteamiento del nuevo paradigma del procesamiento de la información cognitivo-afectivo, la autora es Claudia María Cadavid Otalvaro (1998)

En la institución universitaria de Envigado se encontró un trabajo de grado realizado por Ángela María Deossa Restrepo y Jimena Escobar Jaramillo. Titulada “acercamiento cualitativo al duelo en la niñez. una investigación cualitativa en la unidad de duelo de la funeraria San Vicente de Medellín, Colombia” donde se realiza una investigación con dos grupos focales en los cuales se observó el proceso del duelo y se brindaron pautas de intervención.

Otro abordaje relevante es el “Estudio Comparativo de la Influencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos e Ideas Irracionales en el duelo sano y en el duelo patológico, por separación afectiva (divorcio) de mujeres en adultez Joven”. Un trabajo de Grado, realizado por Gladis Alzate y Otros. En 2002 de la Universidad Pontificia Bolivariana del cual se toman algunos referentes teóricos

También se encuentra el trabajo de grado de Ana Jiménez denominado: Proceso de Duelo en Niños de 6 a 7 Años por Muerte del Padre o Madre. [CD-ROM]. De la Universidad Pontificia Bolivariana, 2006.

No siendo estas las únicas investigaciones concernientes al tema del duelo, si son las más relevantes, pues se retoman teorías allí planteadas y referentes teóricos importantes.

Por otra parte es importante entender que la pregunta por la muerte es inexorablemente inherente al ser, toca con el deseo personal de eternidad, de consistencia, de perpetuar la individualidad, de conservar el equilibrio y de esta forma mantener la seguridad personal. Este interrogante puede tener múltiples facetas y formas de expresión sin embargo todas las preguntas sobre la muerte, la pérdida y la elaboración del duelo parecen insulsas desde la teoría pues cuando

se vive cualquiera de estos acontecimientos, se toca con la realidad sentida del ser y su falta de comprensión intelectual al respecto.

En el presente trabajo no se busca dar respuesta a interrogantes filosóficos o caer en debates humanistas sobre los beneficios o no de los procesos de caos y el crecimiento personal que pueden llegar a evocar, pero si se pretende entender el proceso de duelo desde sus raíces más biológicas hasta sus repercusiones más evidentes.

Así que para lograr los objetivos planteados fue necesario responder a la pregunta problematizadora: ¿Cómo se desarrolla el proceso de elaboración del duelo por la muerte natural del ser amado? y ¿qué tipo de intervenciones terapéuticas pueden realizarse desde la psicología cognitiva para ayudarle al paciente a sobrellevar y superar la pérdida?

La respuesta a dicha cuestión, exige, por tanto, recopilar pautas terapéuticas desde la psicología cognitiva que se tengan en cuenta en el acompañamiento con el individuo en proceso de cicatrización del duelo para facilitar su elaboración; compilar los planteamientos de autores reconocidos en el tema del duelo y los modelos y estrategias de intervención implementadas actualmente para el manejo del duelo y la elaboración del mismo; de igual forma revisar la conceptualización sobre el significado de la muerte para el adulto y sus formas de reacción ante la pérdida; e identificar las diferentes fases del duelo, al igual que los efectos psicológicos que éste fenómeno produce en el individuo.

Para alcanzar lo anterior se realizó una investigación de tipo documental, cimentada en fuentes de carácter documental (bibliográficas, hemerográficas, archivísticas y cibergráficas), desde un enfoque de carácter descriptivo-analítico, se logró identificar algunas intervenciones psicoterapéuticas que pueden realizarse desde la psicología cognitiva para ayudarle al paciente a sobrellevar y superar la pérdida del ser amado

Además El análisis de la información corresponde a un texto de naturaleza monográfica, en el que se evidencien los distintos hallazgos del tema que es objeto de estudio. La bibliografía que se propuesta fue sometida a un proceso de depuración que permitió identificar las propuestas teóricas más afines a resolver la pregunta de investigación.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo general:**

Visibilizar el proceso de elaboración de duelo cuando se presenta la muerte natural del ser amado, y que tipo de intervenciones terapéuticas desde la psicología cognitiva se pueden realizar para ayudar al paciente a sobrellevar y superar la pérdida.

### **1.2.2. Objetivos específicos:**

- Recopilar los planteamientos de varios autores sobre el significado de la muerte para el adulto y sus formas de reacción ante la pérdida.
- Identificar las diferentes fases del proceso de duelo, al igual que los efectos psicológicos que éste fenómeno produce en el individuo.
- Describir las intervenciones terapéuticas desde la psicología cognitiva para el proceso de elaboración del duelo normal y complicado

## **1.3. DISEÑO METODOLÓGICO:**

### **1.3.1 Tipo de investigación:**

La investigación es de tipo documental, la cual, como su nombre lo indica, se apoya en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas, archivísticas y , cibergráficas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes, catálogos, etc. Y la última en fuentes de Internet.

Así mismo para el desarrollo de esta investigación se emplearon fuentes primarias, secundarias y terciarias: las primarias corresponden a las fuentes directas de información que son los tratadistas que originalmente han tocado el tema del duelo y han abordado, sobre todo, el tema del proceso de elaboración, y la intervención del duelo normal y el complicado; las fuentes secundarias son aquel material bibliográfico que ha desarrollado las propuestas realizadas en las

fuentes primarias; y como fuentes terciaras se tienen los catálogos on line de algunas universidades del Valle de Aburra y en los que se pueden consultar la disponibilidad del material bibliográfico relativo al objetivo de investigación.

La recolección de la información se hizo a través de la lectura, estudio y análisis de las diferentes fuentes documentales; previo a este proceso, se empleó la técnica de las fichas bibliográficas con el fin de tener el soporte temático del material bibliográfico identificado.

### **1.3.2 Enfoque:**

El enfoque utilizado es de carácter descriptivo-analítico, en el cual los “investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento”<sup>4</sup>

Así se logro identificar algunas intervenciones psicoterapéuticas que pueden realizarse desde la psicología cognitiva para acompañar al paciente en proceso de elaboración de duelo normal y la intervención desde este enfoque del duelo patológico.

### **1.3.3 Técnicas para el análisis y la interpretación:**

Además el análisis de la información corresponde a un texto de naturaleza monográfica, la cual permite la compilación y análisis de fuentes existentes en la actualidad, posibilitando a otros continuar con la investigación del tema, además en ésta se evidencian los distintos hallazgos del tema que es objeto de estudio.

La bibliografía que se propuesta fue sometida a un proceso de depuración que permitió identificar las propuestas teóricas más afines a resolver la pregunta de investigación.

---

<sup>4</sup> <http://noemagico.blogia.com/2007/032501-la-investigacion-documental.php>

## 1.4 PRESUPUESTO

<b>PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJOS DE GRADO</b>				
<b>RUBROS</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Estudiantes</b>	<b>IUE</b>	<b>Externa</b>	
<b>Personal</b>	<b>\$ 300.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 300.000</b>
<b>Asesoría</b>	<b>\$ 920.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 920.000</b>
<b>Material y suministros</b>	<b>\$ 305.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 305.000</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>\$ 300.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 300.000</b>
<b>Equipos</b>	<b>\$ 1.500.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 1.500.000</b>
<b>Publicaciones</b>	<b>\$ 00.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 00.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 3.307.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 3.307.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL</b>						
<b>NOMBRE DE ESTUDIANTES</b>	<b>FUNCIÓN EN EL TRABAJO</b>	<b>DEDICACIÓN horas/semana</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>
			<b>Estudiantes</b>	<b>IUE</b>	<b>Externa</b>	
Liliana M. Acosta	Investigadora	8 horas	\$ 150.000	\$	\$	\$ 150.000
Sara Guzmán G.	Investigadora	8 horas	\$ 150.000	\$	\$	\$ 150.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 300.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 300.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE ASESORÍAS</b>						
<b>Asesores</b>	<b>Título</b>	<b>COSTO VR Mes / N° meses</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>
			<b>Estudiantes</b>	<b>IUE</b>	<b>Externa</b>	
		\$240.000 / 4	\$ 920.000			\$ 920.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 920.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 920.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DEL MATERIALES Y SUMINISTROS</b>
---

MATERIAL	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Papelería	\$ 60.000	\$ 0	\$ 0	\$ 60.000
Útiles escolares	\$ 60.000	\$ 0	\$ 0	\$ 60.000
Impresiones	\$ 120.000	\$ 0	\$ 0	\$ 120.000
Argolladas	\$ 10.000	\$ 0	\$ 0	\$ 30.000
Fotocopias	\$ 30.000	\$ 0	\$ 0	\$ 30.000
Tinta para impresora	\$ 15.000	\$ 0	\$ 0	\$ 15.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 290.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 305.000</b>

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS				
DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Computador	\$ 1.200.000	\$	\$	\$ 1.200.000
Impresora	\$ 200.000	\$	\$	\$ 200.000
Dispositivos de almacenamiento	\$ 50.000	\$	\$	\$ 50.000
Internet	\$ 50.000	\$	\$	\$ 50.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.500.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 1.500.000</b>

DESCRIPCIÓN BIBLIOGRAFÍA				
DESCRIPCIÓN BIBLIOGRAFÍA	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Compra de libros	\$ 300.000	\$	\$	\$ 300.000
	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 300.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 300.000</b>

DESCRIPCIÓN PUBLICACIONES (OTROS)				
DESCRIPCIÓN PUBLICACIONES	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Empastada (3 ejemplares)	\$ 40.000	\$	\$	\$ 40.000
Grabación de Cd's	\$ 5.000	\$	\$	\$ 5.000
Rotulación de Cd's	\$ 5.000	\$	\$	\$ 5.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 50.000</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 50.000</b>

### 1.5 CRONOGRAMA

FASE	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Elección del tema</b>																								
<b>Recolección de información</b>																								
<b>Análisis de la información</b>																								
<b>Anteproyecto</b>																								
<b>Artículo de síntesis</b>																								
<b>Revisión de jurados</b>																								
<b>Sustentación del trabajo</b>																								
<b>Entrega final a la IUE</b>																								

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DUELO

Los primeros hallazgos que dan cuenta de un dolor por la pérdida de algo amado, se reportan en las excavaciones arqueológicas, éstas señalan la existencia de prácticas de enterramiento. Lo cual admite suponer la conciencia de la muerte y el dolor por haber perdido algo tan querido. En estas excavaciones se encuentra una narración que permite inferir que existe sufrimiento ante la pérdida, pues el héroe Gilgamesh<sup>5</sup>, decide bajar a los infiernos a buscar a su amigo muerto, y narra de manera detallada y dramática el dolor de este hombre ante tal pérdida. Esta historia data de más o menos 4000-5000 años de antigüedad

Además se advierte que en la antigüedad la pérdida y la manifestación del dolor era abierta y en ocasiones excedían lo que se considera normal en esta época, estas formas dramáticas se ilustran mediante: *“el llanto intenso, desvanecimientos, rasgado de vestidos, gemidos de agudos trinos, golpes en la cabeza y en el pecho, arrancamiento de pelos de la barba y la cabeza, heridas en el rostro producto de violentos arañazos, gritos agudos, arrastrarse por el suelo, golpear la tierra con las dos manos, etc. Por otro lado, en los funerales tenían lugar sacrificios humanos y de animales”*<sup>6</sup>.

Son igualmente relevantes los rituales fúnebres inmediatamente después de la muerte de la persona como<sup>7</sup>: cubrirse con las cenizas del difunto, registrar los montones de ceniza de la pila funeraria y retirar los huesos, mostrar un aspecto poco decorado y mancharse los vestidos, derrumbar las antorchas mientras se viste de púrpura el cadáver en la pila funeraria, dar tres vueltas alrededor del cortejo fúnebre, rociar con agua, con una ramita de romero y un ramo de olivo fértil, ofrendar leche de vaca, miel, aguas de fuentes vírgenes, vino, frutos olorosos, guirnaldas y chorrear sangre en las tumbas.

Con relación al cabello se tejen varios rituales, ya que el pelo representaba la parte más noble de la persona, por la tanto era tradición que los hombres se cortaran un rizo, en las viudas se acostumbraba raparse la cabeza, mientras que en las demás mujeres, durante el cortejo fúnebre, se debía llevar el cabello suelto. Igualmente se ofrece un poco de cabellos de la persona muerta a Perséfone (Proserpina), diosa de los infiernos, para que sea bien acogido por ella.

---

<sup>5</sup> ARIES, Philippe. « El hombre ante la muerte ». Ed. Taurus S.A. Madrid: 1987. pág. 522

<sup>6</sup> JIMÉNEZ M. Ana . Et.al. “El Proceso de Duelo en Niños de 6 a 7 Años por Muerte del Padre o Madre”. [CD-ROM]. Medellín: Trabajo de Grado (Psicólogo). Universidad Pontificia Bolivariana, 2006. p. 31.

<sup>7</sup> Ibíd. p. 31.

Otro ritual que llama la atención eran los juegos fúnebres, que tienen la misma duración de las novenas actuales, ya que 9 días tardaban las almas de los difuntos en llegar a la región de los infiernos; en estos juegos se practicaba la carrera de carros, la lucha, la carrera, el combate, el lanzamiento del peso, el juego del arco y el lanzamiento de jabalina<sup>8</sup>.

Posteriormente, en la historia de occidente, los griegos empezaron a atribuir la fortuna o la desgracia a los dioses, quienes se alegraban si cumplían sus mandatos pero si no lo hacían eran enviados contra ellos las angustias, las enfermedades, el dolor físico y moral. La literatura de la antigua Grecia cuenta cómo los hombres y mujeres, de manera dramática, sufren por la muerte de las personas a quienes amaban; esto se evidencia en los escritos de Platón: en su obra Fedón, o de la inmortalidad del alma. Donde se ha narrado: “*Dice Sócrates a Simmias y Cebes en Fedón: Muchos hombres, por haber perdido a sus amigos, sus mujeres y sus hijos, han descendido voluntariamente a los infiernos conducidos por la sola esperanza de volver a ver a los que habían perdido y vivir con ellos (...)*”<sup>9</sup>.

En el período de los antiguos cristianos, las plañideras alquiladas (personas alquiladas para llorar un duelo ajeno) eran algo común, (esto con el fin de hacer más intenso el duelo) y aunque la iglesia se manifestara ante ello de manera negativa, (pues un cristiano con idea de resurrección tenía consuelo ante la muerte) esta fue una costumbre muy extendida y practicada durante una larga época.

Luego en la edad media, se presentaron dos momentos importantes en la celebración del ritual; en un primer momento que corresponde a la primera etapa de la edad media, eran los familiares y amigos del difunto quienes tomaban el protagonismo y la iglesia era la encargada absolución de los pecados, (este era su único papel). El rito se dividía en dos momentos el primero era similar al de los antiguos, las manifestaciones eran abiertas y dramáticas. Acto que era interrumpido por un segundo momento en el que se elogiaba al fallecido. De tal acto era responsable el guía. En este momento el periodo de duelo debía durar como máximo un mes y las personas se vestían con los trajes más hermosos para honrar al muerto”<sup>10</sup>.

En el segundo periodo de la edad media se modificó la expresión del duelo; la tendencia era hacia el autocontrol. El duelo rehacía la unidad del grupo, las ceremonias del entierro se convertían también en una fiesta en las que se estaba

---

<sup>8</sup> *Ibíd.*, p. 32.

<sup>9</sup> *Ibíd.*, p 32

<sup>10</sup>CHICA PÉREZ, Luz Smélida. “Estado del arte de las investigaciones sobre el duelo en las facultades de psicología de la ciudad de Medellín años 1997 – 2007”. Universidad de Antioquia, Medellín: 2009. p 14

en ocasiones alegres, donde la risa hacía que con frecuencia las lágrimas desaparecieran. Esta tradición se empezó a extender, aunque en España aun eran frecuentes las plañideras y el duelo tenía por objeto descargar el sufrimiento de los supervivientes (siglos XIV y XV) en este momento se veía extraño que los españoles se vistieran de negro ante la muerte.

“En la segunda Edad Media, y más particularmente después del establecimiento de las ordenes mendicantes (carmelitas, agustinos, capuchinos y dominicos), la ceremonia del duelo, el velatorio y el entierro cambió; la familia y los amigos, han dejado de ser los principales actores de una acción desdramatizada. A partir de los siglos XII y XIII los principales papeles estarán reservados a los sacerdotes (ordenes mendicantes especialmente), a personas semejantes a monjes, laicos con funciones religiosas, como las ordenes terceras o los cofrades, es decir, a los nuevos especialistas de la muerte”<sup>11</sup>.

Así, el acompañamiento se convierte en una solemne procesión religiosa: los parientes y amigos ya no se perciben tan claramente y los pobres y niños de hospital empiezan a integrar la celebración según la riqueza y generosidad del difunto, al tiempo que intercederían en favor suyo ante la corte celestial.

La procesión era la imagen simbólica de la muerte y los funerales; la ubicación de las personas que acompañaban al muerto estaba establecida por el difunto en su testamento, costumbre que se mantiene hasta los siglos XVI-XVIII.

En los siglos XVI, XVII Y XVIII el abundante cortejo religioso, así como las representaciones de caridad y pobreza (comunidades mendicantes, hermandades, pobres, etc.) se volvieron aun más sencillos, los desfiles se hicieron menos numerosos y las exequias barrocas comienzan a ser mal vistas<sup>12</sup>.

De esta manera las manifestaciones del duelo se asociaron con la sencillez y el duelo con plañideras permanecía en algunas regiones. La elaboración del dolor se hace breve y las personas deben buscar a alguien quien remplace la persona pérdida (en el caso de la pareja) y si su dolor perdura más allá del tiempo que era ofrecido por la sociedad no tiene otra cosa por hacer que retirarse al convento, al campo, fuera del mundo en que es conocido.

Esta modificación de escoger la sobriedad en la elaboración del duelo, se hace inspirada en una causa religiosa, por un ejercicio de humildad cristiana, aunque en ocasiones se confunda y el duelo comienza a perder el significado de “liberación”, de expresión de sentimientos. El luto o el uso del negro en el vestuario se hace general a partir del siglo XVI.

---

<sup>11</sup> *Ibíd.*, p. 27

<sup>12</sup> JIMÉNEZ Óp. Cit. “El Proceso de Duelo...” p. 34

En los siglos XIX y XX las expresiones públicas como las privadas demasiado insistente son de carácter morboso: “las crisis de lágrimas y las manifestaciones dramáticas se convierten en “crisis de nervios”. Después de la muerte se sitúa en la puerta de la casa del difunto una “esquela de duelo”, sustituyendo así a la antigua costumbre de exposición del difunto o del ataúd; el período de duelo se convierte en un “período de visitas”: de la familia al cementerio, de los parientes y amigos de la familia, etc.”<sup>13</sup>

A lo que se asiste en la actualidad es al abandono del duelo, movimiento que se inicia a partir de finales del siglo XIX; y aunque el sentimiento ante la pérdida de un ser amado tal vez no ha cambiado, la coacción de la sociedad ha limitado su expresión. A pesar de esto en diferentes funerarias y hospitales hoy día se trabaja con los familiares del difunto en pos de que expresen sus emociones.

Hoy en día no resulta una sagaz observación declarar que la muerte, fueron deshumanizados por la revolución científica. En la búsqueda de control experimental y dominio sobre la naturaleza, las culturas occidentales tradicionales del siglo XX se han sentido incomodas ante cualquier fenómeno que no pudiera ser predicho, controlado o replicado por medios industriales o empíricos. La muerte siempre ha sido una feroz advertencia acerca de los límites de una visión científica del mundo, dado que es un proceso tanto natural como garantizado para todos<sup>14</sup>

Los tanatologos místicos han retornado a conceptualizaciones medievales en las cuales se otorga a las personas un pseudo-control a través del rito, y del ritual. Existe una importante evidencia sobre esto, un fenómeno principalmente americano que Rosenbaum (1982) llamo movimiento pre-muerte (<<date la vuelta, espabila y muerete>>), (<<turn on, tune in, drop dead>>)<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup>MONTOYA CARRASQUILLA, J. Rituales funerarios. En línea:  
<http://montedeoya.homestead.com/rituales.html> [Consultado en abril de 2010].

<sup>14</sup> SOBEL, Harry. “Terapia racional emotiva”. Ed piados. Barcelona: 1992. P. 342

<sup>15</sup> Ibíd. P. 343.

## 2.2. PSICOLOGÍA DEL DUELO

### 2.2.1 Caracterización del duelo

De acuerdo con el seguimiento realizado a la literatura sobre duelo, se puede determinar que éste es un concepto que se aborda desde distintas áreas y por lo tanto es posible encontrar varias conceptualizaciones, que sin embargo no difieren forzadamente entre sí

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales –DSM-IV- TR, dice: *“el duelo es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de de pérdida algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona valora el estado de ánimo depresivo como “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal”, varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor, entre ellos se incluyen: 1) La culpa por las cosas más que por las acciones recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte mas que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el sobreviviente debería haber muerto con la persona fallecida 3) Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad; 4) Entretimiento psicológico acusado; 5) Deterioro funcional acusado y prolongado; 6) Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida”*<sup>16</sup>.

El Medico Psiquiatra Luís Jorge Gamboa Albornoz denomina el proceso de duelo como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, intelectuales, emocionales, conductuales y espirituales manifestadas como consecuencia de una perdida<sup>17</sup>.

Ahora bien cada vez que se enfrenta un duelo, bien sea a través de una perdida de un ser querido, una vulnerabilidad o enfermedad temporal, un accidente, o la limitación de facultades humanas, se tiende a caer en la auto-desvalorización, racionalización, y otras manifestaciones simbólicas de la negación de la muerte (Becker, 1974)<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> FRANCES, Allen, Et.al. “Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales” DSM-IV. TR. Traducción de: Tomas de flores i Formeti. Et. Al. Ed Masson Barcelona: 1995. P. 700

<sup>17</sup> <http://gruporenacer.wordpress.com/2008/03/17/el-duelo-y-sus-etapas/>

<sup>18</sup> Sobel. Op. Cit “Terapia racional emotiva...”. P 343

### 2.2.2. Etapas del duelo

Según Parkers, las respuestas de duelo en los animales muestran que en los humanos funcionan procesos biológicos primitivos. Sin embargo, existen características del duelo específicas solo de los seres humanos<sup>19</sup>.

Gamboa afirma que en el proceso de duelo se transita “por una serie de etapas o vivencias comunes, aunque cada una se caracteriza por una amplia variedad de respuestas humanas, las cuales son usuales y esperables”<sup>20</sup>.

Autores como Parkes, Bowlby y Sanders entre otros, proponen como enfoque alternativo a las etapas, el concepto de fases, pero aunque dichos momentos pueden denominarse diferente según el autor, en general se halla un consenso en que existen 5 etapas o fases:

- **Impacto y Negación:**

Esta etapa de shock emocional se caracteriza por incredulidad, confusión, inquietud, oleadas de angustia aguda (agitación, llanto, sensación de ahogo, respiración suspirante vació en el abdomen, preocupación por la imagen del muerto), pensamientos obsesivos y algunos síntomas físicos. (Debilidad muscular, temblor incontrolable, perplejidad, mareos y palpitaciones)<sup>21</sup>

Esta reacción se puede considerar como natural y terapéutica, ya que actúa como defensa del psiquismo, hasta que el yo pueda asimilar de manera gradual el golpe utilizando mecanismos de adaptación más moderados. Parkes encontró que durante este lapso de tiempo, la mayoría de las personas se sienten aturdidas e incapaces de aceptar la realidad y en algunos casos, esta insensibilidad puede estar interrumpida por episodios de aflicción y cólera intensas<sup>22</sup>.

- **Conciencia de la pérdida (desorganización):**

Es inevitable que quien ha sufrido una pérdida sienta, en algunos momentos, que nada podrá salvarse y, como resultado, caiga en la depresión y en la apatía. En esta fase, la persona en duelo encuentra difícil funcionar en su medio<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> WORDEN, J William. “El tratamiento del duelo” .Ed Paidós, Barcelona: 1991. Pág. 59

<sup>20</sup> <http://gruporenacer.wordpress.com/2008/03/17/el-duelo-y-sus-etapas/>

<sup>21</sup> ibid

<sup>22</sup>ALZATE, Gladis. Et.al. “Estudio Comparativo de la Influencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos e Ideas Irracionales en el Duelo Sano y en el Duelo Patológico, por Separación Afectiva (Divorcio) de Mujeres en Adultez Joven”. [CD-ROM]. Medellín. 2002. P. 33.

<sup>23</sup> Ibid. P 34

Acá impera la ansiedad de separación, el estrés prolongado, la agresividad, la impotencia, la frustración, la hipersensibilidad, los trastornos del sueño, el miedo a la muerte, el comportamiento de búsqueda, sentir la presencia del occiso. En esta etapa surge la culpa real o imaginaria, aparece con sentimientos y pensamientos de “SI HUBIERA. . .”, la culpa puede tomar varias formas: Sentirse culpable de estar vivo, auto acusaciones o culpa fantasiosa.

- **Conservación o retraimiento:**

Se muestran síntomas como aislamiento, impaciencia, fatiga y debilidad, repaso obsesivo, apoyo social disminuido, necesidad de sueño, desesperación, desamparo e impotencia.

- **Cicatrización o reacomodo:**

Acá el doliente va dejando poco a poco su mundo emotivo y vuelve a tener una perspectiva, realiza un balance de lo que ha aprendido. Retoma el control de la propia vida, lo cual conlleva una disminución gradual del estrés y un aumento de energía física y emocional.

Esta fase, involucra en el doliente una resignificación de su si mismo y de su situación, se da cuenta y renuncia a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. La persona reconoce que es necesario hacer un intento por desempeñar papeles nuevos y adquirir nuevas habilidades y se espera que el deudo llegue en forma gradual a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente y que debe dar nueva forma a su vida<sup>24</sup>.

- **Recuperación y sanación:**

En esta fase se retoma el control sobre la vida. Se inician nuevas relaciones, se brinda la ocasión penetrar en el interior del sí mismo para descubrir los recursos profundos. El doliente esta listo para perdonar y recibir perdón.

---

<sup>24</sup> Alzate . Et.al. Óp. Cit. “Estudio Comparativo...”. p. 323

### 2.2.3. Tipos de duelo<sup>25</sup>

- **Anticipado:** antecedido con tiempo y pleno conocimiento de la situación, permite la reparación anímica del suceso.
  
- **Crónico:** es un pesar inusitadamente que no reduce con el tiempo y, por lo tanto, se transforma en una manera de ser.
  
- **Emergente:** el sufrimiento aparece por etapas, fechas o circunstancias.
  
- **Enmascarado:** es el duelo en el cual se experimentan síntomas y conductas que causan dificultad pero que no son reconocidas como relacionadas con la pérdida.
  
- **Exagerado:** los síntomas desbordan la capacidad de asimilación de la persona, incluyen trastornos psiquiátricos que surgen después de una pérdida, depresión, TEP, adicciones, trastornos de ansiedad, manías, entre otros.
  
- **“Extraordinario:** ocasionado por situaciones críticas de la muerte; aborto, suicidio, homicidio, tortura, cuerpos sin aparecer, guerras, etc. patológico: el duelo anormal puede presentarse de diversas maneras, que va desde el retraso del duelo, o la ausencia de este, hasta un duelo muy intenso y prolongado”.
  
- **“Retardado:** es un duelo inhibido o reprimido. se puede tener una reacción emotiva en el momento de la pérdida, pero no va en proporción con el significado de la pérdida de un ser querido. el pesar se manifiesta con cierta exageración más adelante cuando la pérdida es reactivada por una pérdida menor”

---

<sup>25</sup> Ibid. P. 325

- **Negado:** es la ausencia de la expresión del duelo en el momento de la pérdida.
- **Saludable o positivo:** plantea el desafío de reincorporarse al mundo a partir de una nueva identidad, de un nuevo conocimiento del sí mismo

#### 2.2.4. Variables que influyen en la respuesta del duelo

Parkes<sup>26</sup> propone tres tipos de variables que determinan la calidad y la intensidad de la reacción del duelo:

- **Antecedentes:** Aquí se tienen en cuenta las experiencias infantiles, especialmente historias de pérdidas tempranas de personas significativas. También las experiencias posteriores con la muerte de seres queridos, la enfermedad mental previa, especialmente de tipo depresivo, las crisis vitales anteriores. Se debe considerar la relación con quien murió: el tipo de vínculo, la fortaleza y confianza del mismo, que grado de dependencia. Además la modalidad de la pérdida, momento de la vida en que ocurre, anticipación de la misma, preparación para el duelo, necesidad de ocultar los sentimientos<sup>27</sup>.
- **Concurrentes:** Se refiere a variables como: sexo, edad, tipo de personalidad, status socio — económico, nacionalidad, religión (creencias y rituales), factores culturales y familiares que influyen la expresión de dolor.
- **Subsiguientes:** Son las relacionadas con el apoyo social o aislamiento, factores de crisis, oportunidades y opciones para emerger en la vida.

Worden, por su parte, determina variables predictivas del resultado de la elaboración de un duelo: Quién era la persona: (abuelo, hijo, vecino, esposo), La naturaleza del apego (la fuerza del apego, es decir, la intensidad del amor) y la seguridad del apego (qué tan necesario era el ser perdido para la sensación de bienestar del superviviente)<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> PARKES, C.M. Bereavement studies of grief in adult life. Harmondworth: Penguin Books, 1972.

<sup>27</sup><http://search.conduit.com/Results.aspx?q=Tambi%C3%A9n+las+experiencias+posteriores+con+la+muerte+de+seres+queridos%2C+la+enfermedad+mental+previa%2C+especialmente+de+tipo+depresivo%2C+las+crisis+vital+anteriores.&meta=all&hl=es&gl=co&SearchSourceOrigin=10&SelfSearch=1&ctid=CT2431232>

<sup>28</sup> Worden Op,Cit." El tratamiento del duelo..." P. 55.

También habla de factores como los cambios simultáneos y las crisis que surgen después de la muerte; algunas personas y familias experimentan niveles altos de desorganización después de una muerte, por ejemplo cambios en el aspecto económico, puede aumentar la crisis y, por lo tanto, complicar el proceso de duelo.

Así mismo éste autor advierte sobre la importancia de la estructura de personalidad del doliente para entender su respuesta ante la pérdida. Las variables de personalidad incluyen la edad, el sexo, la capacidad para expresar sus sentimientos, labilidad emocional, y estrategias de afrontamiento en las situaciones estresantes. Para las personas dependientes o con trastornos de personalidad puede ser más difícil el manejo de la pérdida<sup>29</sup>.

Otras determinantes que influyen en la percepción y elaboración del duelo son:

- **Tipo de muerte**

De la forma como ocurre la muerte, depende la forma como se elabora el duelo. Las muertes se han catalogado en cuatro categorías: natural, accidental, suicidio y homicidio. Se ha encontrado que los sobrevivientes de muertes prematuras, impredecibles y repentinas tienen más dificultades para superar su duelo, que aquellos que han tenido la oportunidad de prepararse para la muerte del ser querido, de reparar heridas previas y de despedirse. El duelo por suicidio, genera en los dolientes problemas especiales, mientras que en el duelo por homicidio aparece una profunda rabia, sensación de injusticia y deseos de venganza; de igual manera, las muertes accidentales dan pie en los dolientes a sentimientos de culpa y autorreproches por no haberlas prevenido. Otros aspectos relacionados con el tipo de muerte pueden ser: dónde se produjo la muerte a nivel geográfico, si ocurrió cerca o lejos, si hubo un aviso previo o si fue inesperada<sup>30</sup>.

- **Variables sociales**

La cultura proporciona pautas generales y rituales de comportamiento; por eso es importante conocer cuáles son los antecedentes sociales, étnicos y religiosos del superviviente, ya que cada credo tiene sus propios rituales. Al mismo tiempo, el grado de apoyo emocional y social que se recibe de los otros al interior y al exterior de la familia, es significativo en el proceso de duelo<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> *Ibíd.* p. 56

<sup>30</sup> *Ibíd.* p. 57

<sup>31</sup> *Ibíd.* p. 58

### 2.2.5. Pérdidas ritualizadas

La expresión fenomenológica de la muerte de un ser querido es el símbolo por excelencia del duelo y la aflicción<sup>32</sup>:

- **Pérdida de los padres**

Se asume que el duelo en los adultos se experimenta en un tiempo mas corto pues estos tienen otras actividades como la laboral familiar y en si otro tipo de obligaciones. Sin embargo, este puede ser más pronunciado y traumático de lo que habitualmente se cree, en particular para aquellos hijos que han estado física y emocionalmente muy unidos al muerto. Así, por ejemplo, el fallecimiento de un padre puede significar pérdida de seguridad, del rol de hijo y el verse obligado a asumir un papel más adulto y responsable miembro de la familia. El individuo que sobrevive quedaría como el siguiente en la línea generacional debido a que sus padres ya no están. “En sociedades muy matriarcales, la muerte de la madre tiene ciertos agravantes: se pierde el sentido de la familia, el amor más incondicional, el respaldo y el pilar de soporte, el centro de la vida, la pertenencia y la identidad, la historia y la relación primigenia, o el modelo en base al cual se construyeron las demás relaciones”<sup>33</sup>.

- **Pérdida del cónyuge**

Debido a que el compañero/a llega a hacer parte y/o absorbe un porcentaje muy significativo del mundo de las personas, su muerte produce un profundo y doloroso duelo. “Una de las características más llamativas que agrava el dolor producido en estas circunstancias es la vivencia de pérdida del sentido hogar”<sup>34</sup>. Habitualmente, la ausencia del cónyuge suele significar la pérdida de varios roles al mismo tiempo, los cuales pueden aceptarse o no de forma simultánea..

- **Pérdida de los hermanos**

“El apego a los hermanos usualmente continúa en la vida adulta, por lo que su muerte puede significar un duelo grave. Esto con frecuencia lleva a un examen de la relación con los otros integrantes de la familia, resultando en una mayor sensibilidad y preocupación por los miembros supervivientes”<sup>35</sup>. Ocasionalmente los hermanos viven su duelo como de “segunda clase”, al ver que todos consideran la aflicción de sus padres o sobrinos más que la de ellos.

---

<sup>32</sup>GERLEIN, Cecilia. “El lugar del ritual en la elaboración del duelo”. Memorias II Encuentro de atención en duelo, Cátedra Fernando Zambrano, Medellín: 2000. P. 15

<sup>33</sup> Ibid. P16

<sup>34</sup> Ibid. P17

<sup>35</sup> Ibid. P17

- **Pérdida de un hijo**

Los seres humanos depositan en sus hijos gran parte de su mundo; son más que familiares, son parte esencial de cada uno, de sus sueños y proyecciones, y representan el futuro y la continuidad de los padres. Cualquiera que sea la causa, su muerte ejerce un profundo efecto emocional sobre la familia como un todo, y en cada uno de sus integrantes. Los sentimientos de culpa y enojo son frecuentes, y la hostilidad y agresividad se desplazan habitualmente en otros miembros de la familia como el conyugue<sup>36</sup>.

### **2.2.6. Pérdidas no ritualizadas**

Entre éstas se incluyen: divorcio y separación, pérdida del empleo, de la salud o de la integridad física, síndrome del nido vacío y las llamadas “pérdidas difíciles o enmascaradas” (p. ej., muerte del compañero homosexual en una relación oculta). Tienen como común denominador la ausencia de rituales establecidos<sup>37</sup>.

- **Divorcio y separación**

Se trata de una de las más difíciles pérdidas no ritualizadas. Sus características más sobresalientes son: sensación de soledad, de que todo ha terminado, de un mundo nuevo y desconocido. Un final forzado e involuntario y deterioro del estatus social y familiar previo.

Existen sentimientos negativos más arraigados en la parte demandada, así como percepción de abandono, de no ser amado o de no pertenecer a nadie. Se considera que las mujeres se recuperan más rápido que los hombres y que el miembro que queda con los hijos afronta el duelo con más seguridad. El tiempo transcurrido desde la separación, la forma en que se hizo (súbita o anticipada) y el grado de participación en la ruptura, son variables que afectarán la intensidad de la respuesta.

- **Pérdida del empleo**

La respuesta inicial incluye incredulidad, negación, aturdimiento y bloqueo mental, además se presentan emociones como: miedo, ansiedad, colapso del futuro, confusión, culpabilidad, coraje, resentimiento contra el empleador, la empresa y

---

<sup>36</sup> Worden. Op.Cit. " El tratamiento del duelo..." p 56

<sup>37</sup> Gerlein. Op.Cit. "El lugar del ritual en la elaboración..." p.17

contra todo aquello que se considere de algún modo responsable. Puede llegar a ser grave para aquellas cuya autoestima dependía de su capacidad laboral.

- **Salud o integridad física**

Implica afectación del esquema corporal, la agresión, amputación o disfunción de una parte del cuerpo implica un menoscabo o modificación real, funcional, socio-cultural y psicológica para la persona y su entorno. Se produce una fractura en la capacidad de adaptación mental y física.

- **Síndrome del Nido Vacío (o Síndrome Post-maternal)**

Es el período de contracción familiar por la partida de los hijos, puede presentarse asociado o no a un trastorno adaptativo. Es más frecuente en mujeres que son amas de casa posesivas y sobre-protectoras.

### 2.2.7. Duelo normal

El duelo no complicado incluye los sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Lindemann fue el primero en mencionar dichas características

Este autor sostiene que usa la palabra normal tanto en el sentido clínico como estadístico, clínico define lo que el clínico llama conducta normal en un duelo, mientras estadístico se refiere a la frecuencia con que se encuentra dicha conducta entre población de personas en el duelo elegida al azar. Cuanto mas frecuente es la conducta más se define como normal.

“Sin embargo debido a que la lista de comportamientos normales en un duelo es tan extensa y variada, estas conductas se pueden describir divididas en cuatro categorías generales: a) sentimientos, b) sensaciones físicas, c) cogniciones y d) conductas”<sup>38</sup>.

- **Sentimientos:** en el proceso de duelo son habituales emociones como la tristeza, rabia, culpa, ansiedad, fatiga, impotencia, anhelo, soledad, insensibilidad y alivio.

- **Sensaciones físicas:** estas incluyen vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización: falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca

---

<sup>38</sup> Worden . Óp. Cit.” El tratamiento del duelo”... p 42

- **Cogniciones:** aunque en el proceso de duelo existen muchos patrones de pensamiento diferentes, cuando estos pensamientos persisten pueden desencadenar emociones que llevan a la depresión o a problemas de ansiedad. Algunas de ellas son: Incredulidad, confusión, preocupación, anhelo y alucinaciones
- **Conductas:** existen conductas específicas que se asocian con los duelos normales; éstas pueden variar desde trastornos del sueño y del apetito hasta distracciones, atesoramiento de objetos del difunto, llanto, evitación y aislamiento social, entre otras<sup>39</sup>:

### 2.2.8. Duelo complicado

“El duelo anormal aparece en varias formas y se le ha dado diferentes etiquetas. A veces se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado, este se manifiesta cuando se da la intensificación del duelo al nivel en que la persona esta desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabadamente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución (...) lo cual implica procesos que no van hacia la asimilación y acomodación sino que, en su lugar, llevan repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación (Horowitz, 1980)”<sup>40</sup>

“Ramsay y Bowlby (1977) define el duelo patológico como un estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida. El sujeto mantendría un esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona pérdida y errores cognitivos (maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos; visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar al difunto, y culpa por haberse conducido/o haber dejado de realizar ciertas tareas hacia el difunto; e incluso culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos hacia el difunto, en vida)”<sup>41</sup>.

### 2.2.9. Diagnostico diferencial

El duelo puede conducir a trastornos severos como la depresión y en ocasiones los síntomas de la elaboración de duelo son similares, estos diagnósticos no deben confundirse ni ser tratados de igual forma.

---

<sup>39</sup> Alzate. Óp. Cit “Estudio Comparativo...”. p 38.

<sup>40</sup> Worden. Óp. Cit. “El tratamiento del duelo”.... p 116.

<sup>41</sup> <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual/11.htm>

Aunque en ambos se pueden encontrar síntomas como trastornos del sueño, del apetito e intensa tristeza, en el duelo no hay la pérdida de autoestima que se encuentra en la mayoría de las depresiones clínicas<sup>42</sup>.

Así mismo la depresión abarca todos los aspectos del funcionamiento de la persona, el estado de ánimo parece tener vida propia, autonomía e independencia, completamente ajena a la voluntad de la persona que la padece. Un indicador de psicopatología es la culpa, cuando los autorreproches y las autodenigraciones son extremas y se llega incluso al autocastigo como en el cuadro distímico; se observa la pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida o anulación en la capacidad de amar.

### 2.3. PSICOLOGÍA COGNITIVA

*“La psicología cognitiva se centra en el estudio de los procesos humanos, en entender la forma en que la mente humana percibe, recuerda, comprende el lenguaje, aprende y realiza otras tareas mentales”*<sup>43</sup>. La postura cognitiva permitió acercarse al estudio de temas vedados por el conductismo de Skinner, (pensamientos, sentimientos, valores, imágenes mentales, intenciones, procesos del lenguaje, fantasías) y que ahora aparecían como temas de interés para la indagación científica.

“El proceso de desarrollo de la psicología cognitiva en los años setenta y ochenta, determinado por índices cuantitativos, tales como los relacionados con la ley del crecimiento exponencial de la producción científica, establecida por Price”<sup>44</sup>, demuestran que la psicología cognitiva creció con una rapidez inusitada en los momentos inmediatamente posteriores a su definición como alternativa para estudiar objetivamente la mente; obligando a la psicología experimental a desarrollar y recurrir a nuevas tecnologías y a no aceptar la conducta como único dato relevante y crítico en investigación.

Así, la cognitiva mantiene un enfoque interaccionista entre el medio, las experiencias previas y el conocimiento adquirido por el sujeto. Es metodológicamente más precisa y rigurosa. El tratamiento experimental utilizado para abordar los fenómenos mentales ha permitido hacer inferencias razonables sobre las estructuras de base y medir más directamente las variables cognitivas.

---

<sup>42</sup> Worden, . Óp. Cit “El tratamiento del duelo...” p. 53

<sup>43</sup> BAJO María T , CAÑAS José. “Ciencia cognitiva”. Ed Debate. Madrid: 1991. P. 9.

<sup>44</sup>RIVIERE, Ángel. “Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información”. En: Anuario de psicología. Universidad de Barcelona. Facultad de psicología, Barcelona: 1991. N°.51. p. 129

Además es una ciencia interdisciplinaria que incorpora la ciencia del ordenador, matemáticas, ingeniería eléctrica, inteligencia artificial, lingüística y neurociencia, entre otras.

Uno de los conceptos básicos más importantes, para la comprensión de este modelo teórico es el concepto de hombre, el cual es visto como un ser autoconsciente, activo y responsable, que no se haya inexorablemente ligado a las condiciones ambientales, ni a la lucha por la mera adaptación pasiva al medio, por la supervivencia. Un ser que busca activamente conocimiento y que por ende se halla en un proceso constante de autoconstrucción, que hace planes, tiene objetivos, tiene recuerdos y no puede librarse de ciertos sesgos y prejuicios a la hora de realizar su propia elaboración de la realidad<sup>45</sup>.

Debido a los limitantes de la capacidad cerebral, el ser humano tiende a distorsionar la realidad guiándose por el principio de “economía cognitiva”; el cual consiste en la tendencia a buscar información confirmatoria y negar, sesgar o distorsionar la información que invade el sistema de creencias<sup>46</sup>. El principio de economía cognitiva posibilita que las personas estén más orientadas al mantenimiento de su estructura y no al a modificación de ésta. Gran parte de la resistencia al cambio se entiende como el temor que sienten las personas de desligarse de sus formas primitivas de ver y conocer el mundo.

Un principio fundamental de la psicología cognitiva tiene que ver con la forma como una persona interpreta el mundo: la idea central es que dependiendo de la percepción o interpretación que el individuo haga de lo que le sucede interna o externamente es directamente la responsable de sus emociones y comportamientos.

Algunos de los supuestos generales en los que se basa la psicología cognitiva son:

- La percepción y las experiencias son procesos activos que incluyen la exploración del mundo interno o del mundo externo.
- Las cogniciones de los seres humanos son el resultado de síntesis de factores filogenéticos y ontogenéticos.
- Las cogniciones guían el proceso de evaluación que hacen las personas del mundo que los rodea, no son la realidad, sino la percepción que se tiene de ella<sup>47</sup>.
- 

---

<sup>45</sup> BELLOCH Amparo, Et. al .” Manual de psicopatología”. Ed McGraw Gill. Madrid:, 1998. p, 73.

<sup>46</sup>FEIXAS , María T. Et al. “Aproximaciones a la psicoterapia”. Ed Paidós Barcelona:..1995. p, 6.

<sup>47</sup>BECK, Aarón. “Terapia Cognitiva de la depresión”. Ed. Biblioteca de Psicología Descleé de Brower. Bilbao: 1983. p.17.

### 2.3.1. Estructuras del significado

Las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva recibe otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979).

La estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática la experiencia. "Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas)"<sup>48</sup>.

Ya que cada persona tiene su experiencias ante el mundo. Cada sujeto percibe la experiencia de modo distinto aunque se presente la misma a varios sujetos. La psicología cognitiva ha desarrollado distintas teorías para explicar este hecho. Lundh (1988) recoge varias aportaciones a este punto referido: Piaget (1951) y Neisser (1976) hablan de que cada persona tiene "Esquemas" para asimilar las experiencias del mundo. Kelly (1955) habla de "Constructos personales" para referirse al mismo hecho. Otros psicólogos hablan de "Estructuras Mentales" (Mandler, 1975), "Redes Semánticas" (Anderson y Bower, 1973), "Estructuras de Memoria" (Posner, 1973), "Asociación de nodos en la memoria a largo plazo" (Shiffrin y Schneider, 1977)... todos, para referirse al hecho de que los humanos, codificamos, representamos o conceptualizamos la experiencia. El núcleo común a todas estas teorías anteriores es la asunción Básica de que a lo largo del desarrollo y a partir de precondiciones biológicas y de aprendizaje, la persona desarrolla estructuras cognitivas que canalizan su experiencia del mundo y de si mismas: "Las estructuras de significado".<sup>49</sup>

Para Lundh (1988) la definición de estructura de significado es:

- A- En cierto modo, como localizadas en el cerebro.
- B- Resultantes del desarrollo biogenético y del aprendizaje.
- C- Constituida por los significados de la experiencia organizada del mundo y de si mismo; por lo que son específicos e ideosincráticos (personales, propios de cada cual).

---

<sup>48</sup> CANO José, RUIZ Juan. "Manual de psicoterapia cognitiva". Ed Ubeda, Barcelona: 1998. P 21

<sup>49</sup> Ibíd. P 22

“La noción de mente humana se relacionaría con la activación de estas estructuras cognitivas, dando lugar a estados pasivos y activos (el "conocimiento", "memoria", "percepción", "afecto", "conducta", "deseos"). Desde esta perspectiva se entiende a la psicopatología como resultante de una disfunción de las estructuras de significado”<sup>50</sup>.

### **2.3.2. Dimensiones del significado**

“Según Lundh (1988), la hipótesis básica es que las estructuras de significado suponen tres dimensiones de lo que puede entenderse por significado<sup>51</sup>:

- **Dimensión de extensión:**

Se habla de las categorías utilizadas por el sujeto para establecer representacionalmente la experiencia vivida. El conductismo lo nombra como "Generalización de estímulos" (Skinner, 1935); Piaget (1936) y para hablar de ella habla de "Esquemas de generalización por asimilación"; Bruner (1957) de "Categorización y clasificación"; y el concepto psicoanalista de "Transferencia" habla de la misma Kelly (1966), a lo que llama "Constructos". Se refiere, a que el individuo a través de sus experiencias desarrolla patrones de percepción y conducta que facilitan su relación con el mundo.

- **Dimensión de intención:**

Se mencionan los contenidos de las estructuras de significado. En psicología se denomina de las siguientes formas: Tolman (1932) habla de "mapas cognitivos", Sokolov (1958) de "modelos", Chomsky (1980) de "Representaciones mentales" y Beck (1976) de "Reglas o Asunciones". Incluso desde el conductismo (Skinner, 1974) lo llama "relación de contingencias". Con esta superficie se refieren a las creencias o reglas sobre como están relacionados los hechos (Un planteamiento conductista reciente que abunda en este hecho es la formulación de "Conductas regidas por las reglas". Skinner, 1974).

- **Dimensión de valor:**

Se refiere al significado afectivo. Abarca las "actitudes", "sentimientos", y "motivación" ante la experiencia. Lewin (1951) les llama "valencia" y Skinner (1953) "reforzamiento". “Se refiere a la dirección y fuerza de la conducta, a las preferencias, necesidades y deseos del individuo. Esta relacionada con las

---

<sup>50</sup> Ibid. P 22

<sup>51</sup> Ibid. P 23

dimensiones extensionales/intencionales del significado. Beck (1976) plantea que la naturaleza de la respuesta emocional depende del "inversión" del valor de los acontecimientos y de su ligazón a su significado personal.

### **2.3.3. Cognición:**

Hace referencia a la valoración de sucesos del individuo va referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que se puede ser consciente o no. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

Un sistema cognitivo maduro se refiere al proceso de información real. Domina los procesos que se denominan como racionales y de resolución de problemas a base de contrastación de hipótesis o verificación.

Un sistema cognitivo primitivo se refiere a lo anteriormente dicho bajo el título de Supuestos personales. Dicha organización cognitiva es predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo<sup>52</sup>.

- **Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos:**

Según Beck (1967 y 1979) distorsión cognitiva son los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales, básicamente serían errores cognitivos.

- **La causalidad circular:**

Usualmente, los enfoques conductistas conservaron un enfoque unidireccional de la causalidad conductual, decían que los determinantes de la conducta eran primordialmente ambientales y estaban representados por las contingencias de reforzamiento (p.e. Skinner, 1974). "Esas contingencias ambientales podían llevar a una forma de conducta llamada "conocimiento" donde el sujeto aprendía a describir relaciones funcionales entre la conducta y contingencias; descripciones que podían ser o no reales. De esta manera la "cognición" era un repertorio conductual sujeto a las contingencias del ambiente. Posteriormente, el sujeto humano empezó a ser visto como un copartícipe en su conducta era capaz de "abstraer reglas de relación de contingencias" más allá de las relaciones inmediata reales. Se comienza así a hablar de "determinismo recíproco" (Bandura, 1976). Los factores personales internos y la conducta se determinan recíprocamente.

---

<sup>52</sup> Ibíd. p. 24

Dentro de los factores personales, el papel de las representaciones cognitivas de las contingencias es un elemento clave<sup>53</sup>.

#### **2.3.4. Los procesos de ordenamiento**

Guidano y Liotti por su parte sostienen la idea de un origen biológico del conocimiento humano: nuestros aparatos perceptuales y de conocimiento son producto de la adaptación que la especie humana. Ambos son funciones de la organización neurosensorial producida en el curso de la adaptación filogenética.

El nivel *tácito* de conocimiento es el primero en aparecer en el hombre, es preverbal, inferencial, global y sintético. El nivel *explícito* aparece posteriormente, con el desarrollo del lenguaje, siendo el producto de una adaptación evolutiva única en cada especie y privativa del ser humano. Es un nivel atencional, secuencial, analítico. Ambos son funciones complementarias, siendo el tácito responsable de tareas holísticas y emocionales y el explícito de tareas analíticas y lógicas. La necesidad innata de *consistencia* del ser humano determina que la información que recibe sea reconocida y modelada de acuerdo a estas estructuras previas de conocimiento. Esto limita el cambio a la presencia de *discrepancias* entre las dos informaciones, y la capacidad de refutación que un individuo despliegue frente a esas discrepancias. De ese modo, la característica esencial del ser humano es perseguir el orden a través del contraste.

Así mismo Guidano y Liotti (1983) presentan un modelo descriptivo de la organización del conocimiento, un Núcleo Metafísico o Núcleo Metafísico central (de un nivel tácito), donde se ubican los procesos de *ordenamiento central* que contienen las estructuras profundas referidas a: Valor (motivación, emoción), Realidad o Significado (confianza, estabilidad), Identidad (sí mismo o self, integridad), Poder (control, capacidad).

A partir de este Núcleo se genera un Cinturón Protector de Hipótesis (allí se consolidan por ejemplo, las *distorsiones cognitivas* susceptibles de refutación, que busca mantener intactas las creencias contenidas en el Núcleo Metafísico, controlando las discrepancias que surjan con la realidad.

#### **2.3.5. Vulnerabilidad personal y esquemas o supuestos personales**

Como se menciono antes Beck y Freeman (1990) enunciarán este concepto cognitivo, estrechamente vinculado al de "Personalidad": "*Consideramos a los esquema como las estructuras fundamentales de la personalidad, de las cuales*

---

<sup>53</sup> *Ibíd.* p. 24

*dependen los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales. Los llamados rasgos de personalidad pueden ser conceptualizados como la expresión manifiesta de esas estructuras subyacentes". A través de ellos se procesa y se da significado a la información entrante.*

La relación entre cognición, afecto y conducta no es arbitraria. Está mantenida por la estructura de significado de la persona. En palabras de Beck (1976): "Los significados proporcionan riqueza a la vida, ellos transforman un simple acontecimiento en experiencia". La conducta de cada persona (en sentido amplio, incluyendo, cognición, afecto y acción) tiene un significado y está mantenida por este. La teoría de la psicopatología o el trastorno emocional cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas (Beck, 1967, 1976). Esas estructuras organizadas de la experiencia conforman los esquemas o supuestos personales. Estos se refieren a creencias básicas que predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica. Estas creencias conforman una especie de "reglas abstractas" que guían la conducta del individuo. Los supuestos personales son aprendidos, y pueden derivarse de experiencias infantiles, reglas familiares o actitudes de los padres o, los compañeros (Beck, 1976)<sup>54</sup>.

Según Garmezy y Mastern<sup>55</sup> la vulnerabilidad se refiere la "*susceptibilidad o predisposición de un individuo a consecuencias negativas*". Aquí reaparece en cierta forma, la idea de lo *innato*. La *vulnerabilidad*, al decir de estos autores, sugiere que el individuo se encuentra inusualmente inclinado a desarrollar y/o permanecer "empantanado" en los problemas personales (cualquiera sea la forma que ellos adquieran). Por el contrario, la *elasticidad* se refiere a la capacidad del sujeto de superar y manejar desafíos severos (como la privación, el dolor, el abuso). Y mantener (y a veces, incluso, fortalecer) la calidad de la propia integración psicológica en dicho proceso.

### **2.3.6. Esquemas tempranos**

Los esquemas tempranos son estructuras mentales estables y duraderas que se elaboran durante la infancia y se desarrollan a lo largo de la vida del ser humano, sirven como determinantes del procesamiento de experiencia posteriores.

Estructuralmente este concepto se asemeja a lo que Lakatos llama núcleo metafísico central, citado y explicado anteriormente en este escrito por los citados Gidano y Liotti, estos ET, son estructuras de autoconocimiento incondicionales acerca de uno mismo y se consideran más emocionales y rígidos que los

---

<sup>54</sup> *Ibíd.* p. 25

<sup>55</sup> MAHONEY, Michael. "Psicoterapias cognitivas y constructivistas".: Ed Descleé Brouwer. S.A., Barcelona: 1997, P 50.

esquemas referidos por Beck.

Sin embargo la psicología cognitiva tendiente al abordaje de la psicopatología ha prestado especial interés a los esquemas desadaptativos tempranos (EDT), es decir, los ET que poseen información negativa y autoderrotista.

El principal exponente de los EDT es Jeffrey Young quien afirma que los esquemas desadaptativos tempranos (EDT), son temas amplios concernientes al sí mismo y a las relaciones con los demás. Se desarrollan prematuramente en la infancia y se extienden desde el principio hasta el final de la vida, son disfuncionales, multifacéticos, con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales<sup>56</sup>.

Estos EDT se originan prematuramente en la vida, ya que parten de las experiencias tempranas con las personas significativas y son crónicos, llevan emociones internas y disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias personales negativas o perjudican a otros. Además estos esquemas se interponen en la habilidad del sujeto para lograr necesidades básicas como autocuidado, independencia, relaciones interpersonales, espontaneidad y límites realistas<sup>57</sup>.

Según Jeffrey Young los EDT se enmarcan en cinco dimensiones<sup>58</sup>:

- Rechazo y desconexión: individuos criados en entornos que carecían de alimentación, estabilidad y afecto de adultos asumen que no encontrarán amor o empatía, aceptación o seguridad. Estos sujetos tendrían sentimientos de desconfianza, visión de que los otros no podrán brindarles un apoyo fiable, les harán sufrir y que no pertenecerán a un grupo o comunidad, ya que son diferentes y rechazados.
- Perjuicio en autonomía y desempeño: sujetos formados en ambientes sobreprotectores y complicados, piensan que al crecer no serán capaces de lograr sus metas fuera de la familia. Ya que el individuo es incompetente y está desamparado.
- Límites inadecuados: engendrados por padres permisivos e indulgentes, los sujetos asumen un sentido de superioridad, impulsividad, falta de autocontrol, incapacidad de dominar las emociones, incapacidad de una autodisciplina e insensibilidad a las necesidades y sentimientos de los demás.

---

<sup>56</sup> YOUNG, Jeffrey . "Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad". Ed Universidad de Columbia, colegio de Médicos & cirujano New York: 1988. p 11.

<sup>57</sup> ZAGMUTT, Augusto, RUIZ, Alfredo. "Terapia cognitiva hoy": Revista psicológica, año VII. Número 10. Buenos Aires: 1988. p 15.

<sup>58</sup> CARO, Isabel. "Manual de psicoterapias cognitivas". Ed Paidós. Barcelona: 1997 p. 226.

- Tendencia hacia el otro: el niño piensa que sus necesidades son secundarias a las de los demás, por lo cual cuando crece la persona se preocupa por cumplir las necesidades de los demás en lugar de las suyas propias. además abandonan el control de su vida a otros, pensando además que los otros les rechazarán o serán agresivos por lo que suprime sus emociones para no sentir dolor.
- Sobrevigilancia e inhibición: cuando se cría al niño en ambientes perfeccionistas, con familias rígidas. de adultos son muy controlados, con reglas extremadamente elevadas, reflejando su atención en los aspectos negativos de su vida y de que nada les saldrá bien. con sentimientos de preocupación constantes.

Lo importante de ésta conceptualización de los E.D.T. es comprender los mismos se convierten en vulnerabilidades personales significativas para el individuo ya que éste filtra la información del mundo a través de los esquemas de autorreferencia, así por ejemplo en un proceso de pérdida o duelo, un E.D.T. puede contribuir a que el individuo refuerce una visión catastrófica del mundo y de su experiencia de pérdida, tornando el duelo en psicopatológico. Incluso puede un individuo con EDT, de desconexión o rechazo, ser más proclive a establecer relaciones riesgosas que terminarán inminentemente en duelos complicados.

### **2.3.7. Teoría del apego**

La teoría del apego es la teoría psicoevolutiva sobre los procesos emocionales, que parte de una teoría cognitiva sobre los vínculos afectivos. Según Bowlby existe una necesidad de vinculación primaria o disposición a los vínculos afectivos con los progenitores, la cual tiene una doble función: la función de protección (función desarrollada por el adulto capaz de defender al infante de fuentes de peligro) y una función de socialización al desplazar las relaciones iniciales con la madre a las personas más próximas y de ahí a grupos más amplios<sup>59</sup>.

Según Mahóney (1985), en referencia a la teoría del apego, los seres humanos al parecer exhiben una mayor tendencia a la felicidad y el bienestar, cuando confían en que, en su proximidad psicológica, hay una o más personas confiables que vendrán en su ayuda si tuvieran dificultades<sup>60</sup>.

La conducta de apego permite al niño aprender determinadas actividades que le servirán para la supervivencia. Durante la adolescencia y la adultez se producen modificaciones que incluyen el cambio de las figuras hacia las cuales se dirige el apego, como por ejemplo la pareja.

---

<sup>59</sup> BOWLBY, Jhon. "El vínculo afectivo: Ed. Paidós. Barcelona: 1993, Pág 147.

<sup>60</sup> MAHONEY, Michael. "Human Change Processes". The Scientific Foundation of Psychotherapy. Ed. Basic Book New York: 1991. p 25

Las fases del desarrollo del vínculo de afecto son:

1. orientación y señales sin discriminación de la figura
2. orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas
3. mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y las señales
4. formación de una pareja con formación de objetivos

Mientras en la adolescencia y en la juventud se produce la “revolución cognitiva”, el apego, aunque a un nivel más abstracto, conserva su interdependencia fundamental con la dinámica de la mismidad y el significado personal. Si bien el apego a los otros seres significativos es básico para la diferenciación de los límites del si-mismo, durante la madurez aparecen nuevos patrones de apego (por ejemplo, las relaciones amorosas íntimas) que adquieren la función autorreferencial de confirmar, sostener y expandir aun mas los patrones de la coherencia del significado personal estructurados hasta este momento. (Bretherton 1985)<sup>61</sup>.

Sin considerar por el momento las diferentes formas que puede adoptar, la continuidad del apego durante todo el ciclo vital es comprensible si se tiene en cuenta la participación en relaciones afectivas percibidas como únicas empieza tempranamente en la vida, y que los lazos adultos del amor parecen derivar de ese primerísimo apego ( Hazan y Shaver, 1987;Marris, 1982; Shaver,Hazan y Bradshaw, 1988; Weiss, 1982).

#### ▪ Tipos de apego

**Apego seguro:** la figura de apego, es sensible, disponible y accesible a las necesidades del niño. Es una persona segura de si misma con alta tolerancia a la frustración poco aprehensiva (poco ansiosa u obsesiva). Independiente pero no excesivamente. Estable emocionalmente.

**Apego ansioso resistente:** se desarrolla en una relación desde la ambivalencia. Figura de apego insegura, con baja tolerancia a la frustración. Alta labilidad emocional. Persona que pocas veces está disponible, sensible y accesible a las necesidades del niño. Persona que cuando castiga siente culpa y tratará de reparar el objeto.

---

<sup>61</sup> GUIDANO, Victorio. “El si-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista”. ed Paidós. Barcelona: 1994. P 103

**Apego ansioso elusivo:** figura de apego abandonica desde lo físico y lo afectivo. Persona no disponible, ni accesible, ni sensible a las necesidades del niño. Excesivamente independiente. Primero sus necesidades que las necesidades afectivas de los demás. algunas veces puede llegar a castigar con violencia pero sin sentir culpa.

**Apego excesivo o dependiente:** figura de apego sobreprotectora en donde la persona, está excesivamente disponible, sensible y accesible a las necesidades del niño. Persona insegura, aprehensiva, dependiente y lábil emocionalmente. Cuando se presentan prolongaciones en el attachment y en el dettachment, es un factor predisponente para la psicosis.

Cada pauta de apego, una vez desarrollada tiende a persistir uno de los motivos es que el modo en que los progenitores tratan al niño tiende a permanecer invariablemente, a medida que el niño crece la pauta se torna cada vez mas en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla en las nuevas relaciones con un maestro, madre adoptiva o terapeuta (Bowlby 1989).

El desarrollo de la personalidad involucra la constante construcción y reconstrucción de estos modelos operantes, reflejando una tensión dinámica y generativa entre la continuidad y el cambio. No obstante los modelos privados del self se vuelven cada vez más resistentes al cambio con la confirmación de la experiencia y tal confirmación tiende a acelerarse a medida que el sujeto se vuelve participe de su experiencia seleccionando y creando sus propios medios ambientales.

Por consiguiente un funcionamiento saludable no es compulsivamente autoconfiado y autonomo: en lugar de ello la persona es capaz de creer y confiar en los otros, y de proveer una base segura para sus seres queridos<sup>62</sup>.

## 2.4. PSICOLOGÍA COGNITIVA Y DUELO

“La teoría del apego de Bowlby, ofrece una manera de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen”<sup>63</sup>.

Así como la singularidad de los lazos primarios parece construir un requisito necesario para “percibir un mundo”, y reconocer que uno “es en él”, en la madurez incluso a un nivel diferente de abstracción, construir una relación única

---

<sup>62</sup>Mahoney. Op. Cit. “Human Change Processes...” p 55

<sup>63</sup> Worden, Op. Cit. “El tratamiento del duelo”... p 54

con el otro significativo es un modo importante de percibir un sentido congruente de singularidad en el propio "ser en el mundo". Por lo tanto, si los modelos operativos de las figuras de apego son interdependientes con los patrones actuales de la auto percepción, es evidente que toda modificación percibida de estos modelos va acompañada de intensas perturbaciones en la experiencia inmediata; estas perturbaciones pueden desencadenar la aparición de discrepancias "yo"/"mi", que a su vez desafían la evaluación actual del si-mismo<sup>64</sup>.

La amenaza de pérdida despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre. El mantenimiento inalterado de un vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación de un vínculo como una fuente de dicha.

No obstante estos sentimientos de pérdida cumplen una función importante en la supervivencia del ser humano, "para Bowlby los apegos provienen de la necesidad de protección y seguridad, se desarrollan en una edad temprana, se dirigen hacia unas pocas personas y tienden a perdurar a lo largo del ciclo vital. Establecer apegos con seres significativos se considera una conducta normal"<sup>65</sup>.

Según este autor debido a la gran cantidad de ejemplos que hay en el mundo animal, existen buenas razones biológicas para responder a cualquier separación de una manera automática e instintiva, con una conducta agresiva. También sugiere que la pérdida irrecuperable no se tiene en cuenta, que en el curso de la evolución, se desarrollaron aptitudes instintivas en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales que forman parte del proceso de duelo se dirigen a restablecer la relación con el objeto de perdido (Bowlby 1980).

De hecho, la importancia de un equilibrio recíproco de la red individual de relaciones singulares durante todo el ciclo vital está en la actualidad respaldada por pruebas procedentes de diversas fuentes. En primer lugar, la investigación sobre los sucesos vitales ha demostrado que las emociones más destructivas que una persona puede experimentar en su vida son las que se desencadenan en el curso del establecimiento, mantenimiento y ruptura de dichas relaciones singulares (Bowlby, 1977; Brown, 1982; Hafner, 1986; Henderson, 1982; Henderson, Byrne y Dunkan -Jones, 1981). En segundo lugar, datos epidemiológicos indican que el "índice de la red social" debe considerarse un valor predictivo de salud, dado que el aislamiento y afectivo es un importante factor de riesgo en lo que se refiere a la incidencia de enfermedades y mortalidad (House, Landis y Umberson, 1988)<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> Guidano, Op.Cit. "El si-mismo en proceso P. 104

<sup>65</sup> Worden, Op.Cit. "El tratamiento del duelo"... P. 55

<sup>66</sup> Guidano, Op.Cit. Pág. "El si-mismo en proceso P. 195

Así mismo para Engel (1961), la pérdida de una persona amada es tan traumática desde el punto de vista psicológico como lo es, en un sentido fisiológico, sufrir una herida o una quemadura grave. Argumenta además que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, así cabe comparar los procesos de duelo con los de la curación, los cuales pueden seguir un curso que, con el correr del tiempo lleva a que la función quede restaurada plenamente o casi por completo, dándose una renovación de la capacidad para establecer y mantener relaciones amorosas, pero también puede seguir un curso de curación inadecuado que implica un mayor o menor menoscabo de sus funciones, lo cual se entendería como un proceso psicopatológico.

“El modelo de Bowlby (1980) referente al duelo patológico consta de tres grupos de variables esenciales: (1) Características personales de la persona que sufrió la pérdida, (2) Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida y (3) Procesamiento cognitivo de la pérdida ("Elaboración del duelo"). Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos: Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (apego ansioso); aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros; y aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos”<sup>67</sup>.

“Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción prolongada que produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores, debido a determinadas experiencias. Así, las personas con un apego ansioso tuvieron experiencias con sus padres (o sustitutos) donde estos le amenazaban con el abandono o suicidio, o bien con amenazas más sutiles como la retirada de afecto si no cumplían sus exigencias, o bien le referían lo detestable que era el sujeto para sus padres y lo que les hacía sufrir”<sup>68</sup>.

“En cambio las personas predispuestas a prodigar cuidados compulsivos, tuvieron experiencias por parte de sus padres en el sentido de que estos le hacían sentir responsables de su enfermedad (padres enfermos reales, o hipocondriacos) o bien de inducirles la obligación de cuidarlos, o ambos aspectos conjuntamente”. Por último las personas predispuestas a mostrar compulsivamente autosuficiencia e independencia solieran recibir críticas y castigos por mostrar sus emociones o necesidades afectivas. Estos tres grupos de personas, posteriormente

---

<sup>67</sup> <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual/11.htm>

<sup>68</sup> *Ibíd.*

"reproducirían" relaciones similares (p.ejm: pareja); y reaccionarían a la pérdida con un intenso sentimiento de culpa"<sup>69</sup>.

“Sin embargo la conexión entre el hecho de la pérdida, las experiencias infantiles, la predisposición personal, y la respuesta patológica, es vinculada cognitivamente. Bowlby (1980) defiende que el sujeto ha desarrollado una disociación cognitiva entre lo que él describe de cómo eran las relaciones con la persona perdida y lo que él atribuye como causa de la pérdida (representado en la memoria episódica). Esta última información a menudo no es accesible a la conciencia, y su procesamiento suele ser "inconsciente". La explicación que da Bowlby a este hecho es que los padres de alguna manera "presionaron" para que el chico/a tuviera una buena imagen de ellos, y esa presión introdujo una regla cognitiva que prohibía revisar el funcionamiento real con ellos (que se reproduce de alguna manera con la persona perdida)"<sup>70</sup>.

## 2.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

### 2.5.1 Desarrollo de esquemas cognitivos

Resulta fundamental que el terapeuta insista en el fortalecimiento de los esquemas cognitivos para ayudar a la elaboración del duelo:

Dichos autoesquemas se deben conceptualizar como estructuras cognitivas estables que poseen contenidos proposicionales acerca del sujeto mismo. Dicho contenido es autoreferencial y guía de una manera activa el proceso de cicatrización del duelo. Los autoesquemas buscan mantener su consistencia ignorando aquella información que es contradictoria con la visión del sí mismo o desarrollando patrones selectivos de recuerdo del ser amado.

**-Autoestima:** el terapeuta de propender por el desarrollo de la capacidad y nivel la persona que pasa por el proceso de duelo se ama a sí misma y se aprecia como ser humano, sintiendo emociones positivas en torno a sí misma, de tal manera que la llevan a sentirse a gusto y satisfecho de ser como es y expresarlo.

**-Autoconcepto:** Hace referencia a lo que el individuo piensa sobre sí mismo en relación con su participación en el entorno, este debe adquirir un nuevo significado en el proceso de duelo.

---

<sup>69</sup> <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual/11.htm>

<sup>70</sup> Ibid.

**-Autoeficacia:** Se debe desarrollar y fortalecer el conocimiento que se tiene de las propias habilidades. Se refiere a la representación mental o percepción de la solución de problemas y además a la percepción de motivaciones.

### 2.5.2. Técnicas conductuales

Tienen como objetivo principal disminuir en el deudo conductas y sentimientos, tanto de evitación como ansiosos, respecto del ser querido perdido y guiarlo en la elaboración de la pérdida.

Algunas prácticas utilizadas en el trabajo conductual son:

- **Programación de actividades de dominio-agrado:** esto admite cambiar diversas actividades desagradables por unas que realmente brinden bienestar al paciente.
- **Exposición simbólica:** el paciente puede realizar ciertas actividades en las cuales su imaginación determine el proceso a seguir.
- **Amplificación de sentimientos:** La idea es expresar tanto sentimientos positivos como negativos con relación al muerto. Una buena manera de hacerlo es mediante la dramatización.
- **Juego de roles:** el psicodrama recrea escenas importantes y representativas que estén generando algún tipo de malestar. Esto permite experimentar cogniciones y emociones que puedan estar reprimidas.
- **Exposición y prevención de repuestas de evitación:** “Consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función”<sup>71</sup>.

### 2.5.3. Técnicas cognitivas:

Tienen como objetivo principal analizar la validez de las cogniciones y significados que el paciente esté experimentando frente a la pérdida, para evitar que en él se confundan la realidad y sus propios deseos. Esto le permite ajustarse a la realidad,

---

<sup>71</sup> Ibid.

experimentar un incremento en sus expectativas de esperanza y seguir adelante con su vida.

Algunas prácticas utilizadas en el trabajo cognitivo son:

- **Descatastrofizar:** Se ocupan las posibilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. Se expone al sujeto a estas situaciones desde el recuerdo y esta exposición apunta a la descatastrofización.
- **Reatribución:** se advierten las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se examinan las evidencias para explicaciones alternativas más loables.
- **Autoaceptación:** El terapeuta se encarga de ayudarle al paciente a aceptar las demandas que éste le hace, las autocríticas y los sentimientos que ha experimentado o que está experimentando en relación con el ser querido (p.ejm: agresivos, odio, etc.). Con esto se logra establecer una diferencia clara entre dichos sentimientos y la persona global<sup>72</sup>.

## 2.6. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Caballo 2006, propone un modelo de intervención en el cual propone mitigar el estrés y el trastorno emocional en los individuos que experimentan eventos traumáticos ha sido el objetivo de una serie de esfuerzos preventivos y paliativos. Las personas, raramente disponen de otras experiencias con las que comparar su inquietante presente frente al tema de la muerte.

La primera serie de cuidados que debe tenerse, como en toda persona en duelo, serán con las molestias físicas, así como con los hábitos de comidas, trabajo, vida familiar y afectiva, etc. Pasados los primeros momentos de impacto y crisis, pasados los funerales, es necesario reorganizar cuanto antes los elementos del encuadre o vida habitual del sujeto, no sólo por los cuidados, sino porque el

---

<sup>72</sup> Ibid.

individuo necesita esa “normalidad externa” para recuperar la “normalidad interna”. Se advierte que muchas de las alteraciones que se presentan al principio reaparecerán en otros momentos del duelo<sup>73</sup>.

Es fundamental y prioritario ayudar a la familia del sujeto afectado por la pérdida del ser amado, que probablemente también esté afligida por el mismo duelo. Para poder ayudar en este proceso, tanto los profesionales, como la familia deben tener en cuenta aspectos relacionados con el apoyo, el cual debe ir encaminado a ayudarles en cuestiones concretas y operativas de cada día si manifiestan dudas, inseguridad, fobias u otras dificultades. El sujeto tiende a sentir la pérdida como un abandono, de ahí la importancia de acompañar y protegerlos frente al duelo, de incorporarles a los rituales y encuentros familiares, colectivos religiosos y sociales.

### **2.6.1. Procedimiento de la terapia de duelo**

El objetivo de la terapia de duelo es ayudar al paciente a resolver los conflictos inherentes a la separación y facilitarle la superación de las etapas necesarias para elaborar la pérdida.

En general, los principales aspectos relativos al procedimiento de la terapia de duelo pueden resumirse en los siguientes:

- A) Antes de intervenir a nivel psicológico, el terapeuta debe descartar cualquier patología a nivel físico: es importante tener en cuenta que, en ocasiones, patologías análogas obedecen a diferentes causas.
- B) Es necesario establecer un encuadre, es decir, un acuerdo terapéutico que determine las condiciones bajo las cuales se llevará a cabo el proceso. En este momento, el paciente se compromete a explorar su relación con el ausente así como a analizar pérdidas anteriores que puedan estar incidiendo en su situación actual.
- C) Se induce al paciente a hablar sobre la persona fallecida. Es importante que al inicio se puedan expresar recuerdos agradables; esto permitirá generar sentimientos negativos tales como: dolor, rabia, culpa y desilusión, concomitantes al proceso de duelo. En el caso contrario, el proceso se invierte de manera que la persona pueda reconocer finalmente los aspectos positivos de su relación. En ambos casos se trabaja prioritariamente con la carga emocional que acompaña a los recuerdos o con la falta de afecto cuando se presenta dicha situación.

---

<sup>73</sup> CABALLO, Vicente E. “Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos”. Ed Pirámide. Barcelona: 2006 p 102.

D) Así como los niños recurren a objetos transicionales durante la etapa de separación de la figura materna, en muchas ocasiones los deudos se adhieren a diferentes objetos que, de alguna manera, simbolizan los lazos con la persona ausente. Estos objetos vinculantes son utilizados para manejar la ansiedad generada por la separación y constituyen, en cierta forma, un paliativo del dolor causado por la pérdida. Cuando durante el proceso terapéutico es posible detectar la existencia de estos objetos, se evidencia la necesidad que tiene el paciente de mantener externamente una relación con el difunto, síntoma que en la mayoría de los casos es indicio de un duelo no cicatrizado.

E) Explicar las fantasías sobre la finalización del proceso de duelo, es decir, analizar las implicaciones que tiene para el sujeto abandonar su dolor, es, por lo general, el último de los objetivos de esta modalidad terapéutica y constituye una de las formas de preparar al paciente para desprenderse definitivamente del ser querido.

Vachon<sup>74</sup>, ha sugerido algunos procedimientos y técnicas específicas para la terapia de duelo:

- a) Contar la historia una y otra vez, buscando quién era el difunto en la vida de la persona y la conexión con pérdidas previas (problemas de culpas, rabia, abandono, dependencia).
- b) Averiguar la historia de pérdidas (recientes y previas).
- c) Analizar los sueños.
- d) Llevar un diario.
- e) Contar con los álbumes de fotos para ayudar a la persona a recordar al ausente tal como era.
- f) Escribirle cartas al difunto en las cuales se pueda expresar lo que nunca se dijo.
- g) “Hablarle al difunto”, lo que permite la expresión de sentimientos y la aceptación de la pérdida.
- h) Realizar ejercicios de visualización en los cuales la persona pueda hablarle o expresarle al difunto lo que no pudo cuando estaba vivo.
- i) Revisar las otras relaciones vitales para formar una red de apoyo social sólida.

---

<sup>74</sup> Ibíd. P 103

## **2.7. ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO COMPLICADO**

Si bien es cierto que las técnicas conductuales y cognitivas de la psicología cognitiva son igual de útiles para abordar la elaboración de duelo tanto normal como patológico, algunos autores han sido específicos en el tratamiento del duelo complicado

### **2.7.1. Terapia Cognitiva del duelo**

Los objetivos terapéuticos de esta son:

- A) Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto.
- B) Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto.
- C) Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas.

Raphael (1977) sugiere dividir el proceso de la terapia del duelo patológico en tres fases:

- 1ª Alentar al paciente a que hable de las circunstancias que condujeron a la pérdida, su reacción a esta, y el papel que cree que desempeñó en la misma (atribuciones).
- 2ª Animar al paciente a que hable de la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos. Se puede utilizar apoyos físicos (fotografías y otros recuerdos) para esta labor.
- 3ª Una vez que va cediendo la idealización de la relación, se pueden examinar las situaciones relacionales que produjeron cólera, culpa, anhelo, o tristeza inhibida, e introducir alternativas a su conceptualización (diríamos desde un punto de vista más reciente: retribuciones y construcciones alternativas).

### **2.7.2. Terapia centrada en las emociones**

Autores como Greenberg (2000) han postulado intervenciones novedosas como las centradas en las emociones, según éste autor algunas veces, los pacientes no han podido completar el duelo por la muerte o pérdida de un ser querido debido a sentimientos sin resolver de culpa, enfado o dolor, cuando la relación era complicada por el dolor de necesidades de vínculo no satisfechas. El trabajo de duelo focalizado supone diferenciar, reconoce y expresar todas estas facetas de la

experiencia. El trabajo con la silla vacía puede ser beneficioso ya que permite al cliente decir lo que no había podido decir en la relación y despedirse.

Al ayudar a los pacientes a trabajar la pérdida de un ser querido, es necesario que el terapeuta ayude a la persona en duelo a revisar su relación con el que ha fallecido, volviendo una y otra vez a escenas de decepción y desacuerdo y tocando ligeramente aquellos de gozo y orgullo. El terapeuta reconoce la irrevocabilidad de la pérdida y la dificultad de la aceptación, a pesar de sanar y de construir una nueva vida, y simultáneamente ayuda al cliente a crear un nuevo significado, a cerca de como la relación perdida encaja en su vida presente esto se lleva a cabo simbolizando lo que se ha perdido, conociendo cuales son las necesidades que tienen que satisfacer de una u otra manera<sup>75</sup>.

Los sentimientos de ``malestar'', son mas el resultado del significado implícito implicado en la ruptura de la conexión interpersonal, y de la evocación de imágenes perceptuales con carga emocional así como de escenas producidas por el ojo mental interno, que de pensamientos negativos concretos, explícitos, lingüísticamente formulados. Estos últimos son el resultado, más bien, de una orientación emocional inicial, o de una sensación acerca de la situación. El sentimiento es, en un primer momento, una representación no lingüística para uno mismo sobre el estado corporal propio.

La experiencia de la realidad se construye a partir de la síntesis de información perceptual, sensoriomotora, motivacional y de la memoria, tanto como de los pensamientos conceptuales lógicamente formulados. Son los pensamientos sin imágenes, las respuestas sensorio motoras automáticas sin palabras, el significado sentido a partir de una mirada o de el contacto corporal del otro o el sonido de la vos de ella o de el, lo que a menudo controla las respuestas emocionales en lugar del pensamiento consiente. Mediatizados por el pensamiento consiente estos sentimientos y emociones influyen los pensamientos y acciones subsiguientes.

Así, que si se pretende reorganizar su construcción de significados y modificar sus sentimientos de ``malestar'', lo que necesita ser evocado en terapia y expuesto a nueva información es la sensación emocional de los pacientes, de si mimos en el mundo, así como sus reacciones emocionales ante lo que sucede.

---

<sup>75</sup> GREENBERG Leslie, PAIVIO Sandra. "Trabajo con las emociones en psicoterapia", Ed. Paidós. Barcelona: 2000. P. 243

- **El exceso de énfasis en las creencias**

Desde este punto de vista las creencias semánticas sobre uno mismo, o sobre el propio mundo son a menudo también el resultado, y no la consecuencia, de procesos cognitivo afectivos disfuncionales o sentimientos de ``malestar´.

También son la consecuencia de procesos de construcción de significados complejos. CREENCIAS TALES COMO “No sobreviviré si te separas de mi “. No operan en el control consciente, con lo que dan lugar a sentimientos de ``malestar y las acciones relacionada con estos. Estas creencias son, en si mismas, resultado de procesos de construcción complejos. Los sentimientos ``de malestar´´ se generan a partir de expectativas complejas acerca de la posible consecución de las metas que se persiguen, construidas como resultado de experiencias del pasado. Cuando estos esquemas se activan y estos resultados se sintetizan en el consciente, producen respuestas de pánico y desesperación.

Aunque es útil terapéuticamente para las personas ser mas conscientes de sus patrones de respuestas y simbolizarlos en forma proporcional, articulando el tipo de creencia que parece controlar sus reacciones y experiencia, no es necesariamente siempre el caso que la creencia conceptual preexista realmente ni que lleve a la respuesta. Lo que es mas importante, la discusión racional sobre estas creencias no dará como resultado un cambio en la respuesta emocional. En su lugar, lo que necesita cambiarse son las expectativas persistentes a la consecución de metas basadas en regularidades esquemáticamente codificadas. Que estas se cambien mediante la vivencia de nuevas experiencias, y no mediante razonamiento simplemente (Greenberg y Safran, 1987).

La terapia en lugar de cuestionar las creencias, debe evocar las estructuras codificadas. La articulación de las regularidades experienciales, así como de las creencias verbales, resulta de ayuda, por que esto da a la persona una mayor conciencia, además de una sensación de control.

Se trata de un conocimiento mas profundo que la creencia o el pensamiento consciente, que produce significado y experiencia sentidos lo que da como resultado el pensamiento negativo en lugar de lo contrario, son los sentimientos corporalmente sentidos y sensoriomotores, generados por los esquemas emocionales de múltiples niveles y por su síntesis compleja. Lo que constituye el objetivo terapéutico primario. Esto supone a atender a la sensación sentida corporalmente, en lugar de los pensamientos.

- **Marco de trabajo.**

**Fase I: *Creación del vínculo***<sup>76</sup>

1. Atender, empatizar y validar sentimientos. Transmitir comprensión hacia los sentimientos de “malestar” o hacia la experiencia dolorosa del paciente y validar cuan dolorosa y difícil es esta lucha.
2. Establecer y desarrollar un foco de colaboración. Identificar los procesos cognitivo-afectivos subyacentes o las condiciones generadoras. Identificar como focos del trabajo terapéutico condiciones generadoras tales como la autocrítica, la dependencia o la pérdida interpersonal.

**Fase II: *Evocación y Exploración***

3. Evocar y activar. Se da vida o se regula el sentimiento de “malestar” o la experiencia dolorosa durante la sesión.
4. Explorar/desplegar las secuencias cognitivo-afectivas de la experiencia dolorosa, o aquellas que generan los sentimientos de “malestar”

**Fase III: *reestructuración emocional***

5. Acceder al esquema emocional des adaptativo central y /o a la experiencia emocional primaria
6. Reestructurar. Facilitar la reestructuración de los esquemas centrales cuestionando las creencias des adaptativas a partir de las necesidades/metas y recursos primarios adaptativos a los que se ha accedido recientemente.
7. Apoyar y validar la postura mas auto afirmativa que emerge. Apoyarla movilización de recursos, las capacidades de auto cuidado, la mejor regulación del afecto y la auto empatía.
8. Crear un nuevo significado. Promover la reflexión. Construir una nueva narrativa y nuevas metáforas que capturen nuevos significados.

---

<sup>76</sup> Ibid p. 244

### 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con respecto al tema de la elaboración de duelo se ha podido mostrar en la presente monografía que éste es un proceso psicológico inherente a cualquier tipo de estructura psíquica, en la cual el organismo reacciona de forma automática frente a la amenaza de pérdida, que más allá de ser una simple cuestión de posesión o afecto sobre el ser amado constituye una amenaza inherente a la seguridad personal.

Ahora bien el acompañamiento en el proceso de duelo normal desde la psicoterapia cognitiva debe ser habitual ya que involucra una desestabilización del sí mismo del sujeto, y los síntomas desadaptativos consecuentes aunque predecibles pueden ser desgastantes y desconcertantes cuando no hay una orientación adecuada desde el ámbito terapéutico.

Así pues desde un modelo de diátesis- estrés no es necesario esperar a que el duelo tome un curso inadecuado antes de brindar acompañamiento a los pacientes, pues la prevención de patología suele ser más eficaz que su tratamiento.

Para ello la psicología cognitiva ha dado pautas fundamentales en las cuales se brindan estrategias claras y sencillas para todas las áreas de afección del paciente, así pues desde el área cognitiva se intenta superar los sesgos y las distorsiones cognitivas que acarrear cualquier hecho traumático, desde la parte conductual se ofrecen estrategias claras para ayudar al paciente desde sus propios productos cognitivos a elaborar el duelo como juegos de roles, expresión de sentimientos, exposición a los estímulos dolorosos, entre otras. Técnicas directivas y efectivas a la hora de enfrentar al paciente con sus comportamientos evitativos o disfuncionales. Además se toca también con los autoesquemas ya que estos filtros de la información entrante del mundo percibido pueden absorber de forma positiva o negativa cualquier acontecimiento, así pues sí se logra fortalecer los autoesquemas en el paciente, es probable que éste logre superar favorablemente el proceso de duelo.

Especialmente si como se menciona anteriormente citando a Garmezy el sujeto es tendiente a la elasticidad en su núcleo metafísico central, es decir, si tiende a superar las experiencias negativas vislumbrándolas como parte del aprendizaje personal y su organismo busca la homeostasis invariablemente.

Sin embargo resulta claro para la realidad terapéutica que son los pacientes con duelo patológicos quienes con más frecuencia consultan a psicólogos clínicos,

quienes puedan ayudarles a superar las dificultades personales que causan un deterioro en las diferentes áreas.

Desde la teoría de la psicología cognitiva un paciente determina en gran medida la escogencia de sus vínculos según haya sido su vínculo de apego primario, la relación con la figura de apego de la infancia va a influir en su escogencia de personas cercanas y en el tipo de relación que desarrolle con éstas, además de su visión de sí mismo y el mundo.

Cuando un sujeto es vulnerable a establecer relaciones disfuncionales pues su estilo de apego fue elusivo, ambivalente o sobreprotector, ya que sus figuras de apego fueron poco disponibles, negligentes, abandonica o incluso lábiles emocionalmente, es probable que su reacción ante la pérdida sea igualmente disfuncional, en especial porque desde la primera infancia fue expuesto a experiencias de amenaza de pérdida de afecto y protección.

El sujeto aprende pues a tener miedo de establecer lazos afectivos, ya que desde su conocimiento tácito sabe que dichos vínculos duraran poco o serán problemáticos, sin embargo es el modelo operante de su comportamiento, es decir, es la realidad que conoce e instintivamente es guiado a satisfacer una necesidad de seguridad que solo le puede brindar el apego, como fue justificado en el capítulo sobre psicología y duelo. Así pues una persona vulnerable a la pérdida afectiva selecciona como seres queridos personas abandonicas y tiene una probabilidad más alta de tener que asumir procesos de elaboración de duelo. Sin importar claro esta que tipo de duelo sea el que se presente (muerte natural, accidente, etc).

Aunado a esto, es común que el vínculo de apego se encuentre directamente relacionado a las estructura esquemáticas del paciente, así un estilo de apego elusivo por ejemplo desarrolla esquemas predisposición a la vulnerabilidad y el abandono, dichos esquemas tácitos, afectan el pensamiento del sujeto creando alrededor de los mismos con frecuencia distorsiones cognitivas que pueden llevar al paciente a evaluar cualquier tipo de pérdida como catastrófica e imposible de superar.

Más aún resulta atemorizante para un paciente con un estilo de apego no seguro perder a su ser amado, ya que este representa esas figuras de apego primaria que aunque pudieron ser disfuncionales representan lo conocido y real para el sujeto y por ende lo máspreciado.

Desde la teoría de los EDT, se pudo vislumbrar como un sujeto puede truncar cualquier tipo de experiencia en una realidad sentida como autoderrotista, es decir, puede introyectar y analizar un evento externo como la muerte, como una predisposición interna, en la cual el sujeto es un partícipe constante de un destino de fatalidad, pérdida, dolor y posiblemente depresión. Estos esquemas llevan al

ser a una cantidad de estrategias tanto cognitivas como conductuales que tienden a autoperpetuarse y volverse más rígidas con el tiempo.

Un esquema de vulnerabilidad por ejemplo no expondría solamente al sujeto a experiencias de riesgo sino que además le harían evaluar dichas experiencias como consecuencia de una realidad constante y paradójicamente tendría comportamientos encaminados al riesgo. Todo el sistema del sujeto le haría recaer en ese tipo de situaciones. Así mismo esquemas desadaptativos de abandono hacen proclive al sujeto a experiencias de pérdida y desde el modelo de vulnerabilidad personal la muerte del ser amado constituiría una pérdida sustancial para dicho individuo que lejos de buscar la homeostasis tendería a psicopatologizar el evento y la reacción frente a éste.

Es decir, en relación al duelo los pensamientos automáticos y las creencias irracionales que éste genera pueden acarrear productos desadaptativos para el sujeto, todos los actos del sujeto pueden estar teñidos con el dolor de la pérdida y sirven como un factor de retroalimentación para la psicopatología, un sistema del sí mismo del sujeto que se alimenta de canciones tristes, verbalizaciones de autoderrota y recuerdos constantes del muerto, ligados a idealizaciones del vínculo y de la persona amada son solo un ejemplo de cómo la elaboración del duelo puede ser distorsionada cognitivamente y alimentar esquemas desadaptativos del sujeto que tienden a autoperpetuarse.

Se hace claro pues porque la intervención del duelo no puede ser esquematizada e invariable, muy por el contrario existen un sin fin de variables fértiles de analizar antes de cualquier tipo de intervención, esta dinámica caótica del duelo en el sentido de su particularidad dependiendo del sujeto, hacen claro el reto para cualquier terapeuta entrenado.

No obstante la psicología cognitiva siendo perita en el abordaje de la psicopatología y sus diferentes manifestaciones es consciente de dichos procesos y ha creado estrategias de intervención clara para el abordaje de la problemática, trabajar con las emociones, atacar las distorsiones cognitivas, cimentar adecuadamente los vínculos afectivos del paciente, brindar estrategias claras, alentar a la reestructuración de la vida entre otras, en fin todas las técnicas detalladas en este trabajo parecen ser las opciones más adecuadas para el abordaje del proceso de elaboración del duelo del ser amado.

## 4. CONCLUSIONES

A través de los tiempos la humanidad ha ido cambiando sus creencias sobre la muerte, sin embargo en la actualidad parece menos proclive a tener un significado sobre ella, que en la antigüedad.

La forma como cada persona se enfrenta a la pérdida varía de acuerdo al tipo de relación existente con el occiso; así, las capacidades del individuo, la capacidad para afrontar pérdidas, la forma en que se presenta la muerte y la cultura en la que se encuentre.

La desestructuración que trae consigo la muerte o pérdida del ser amado ocasiona un revés en la vida del sobreviviente equiparable con la amenaza de la muerte propia. Parecería a simple vista que la muerte del otro es más soportable que la idea de la propia muerte; sin embargo, la muerte del ser amado confronta al sujeto con sus instintos de supervivencia básicos, de seguridad y afecto.

Aunque el duelo puede ser una experiencia angustiante e incomprensible para el paciente, es una reacción normal y adecuada ante la muerte de un ser querido; el afrontarlo implica un desgaste físico, emocional y psíquico. Pero también trae aparejado crecimiento personal y fortalecimiento del si mismo.

Las etapas o fases del duelo normal han sido ampliamente debatidas por los autores, sin embargo se ha podido observar a través de la estadística que se presentan 5 etapas comunes: negación, desorganización, conservación, cicatrización y recuperación.

Según las características intrínsecas y extrínsecas del sujeto el duelo pueden acarrear diversos lapsos sin considerarse patológico, no obstante esta tipología del duelo suele ser de pronóstico negativo cuando la duración del duelo es extensa.

Los antecedentes del individuo suelen ser determinantes en la vivencia y elaboración de un duelo por perdida del ser amado, experiencias de pérdidas tempranas de personas significativas pueden desencadenar en duelos complicados.

El proceso de elaboración de duelo puede desencadenarse tanto por pérdidas ritualizadas como no ritualizadas, ambas pueden afectar severamente la autoestima del paciente y generar disfunciones adaptativas.

Cualquier proceso de elaboración de duelo normal afecta la integralidad de la persona y a traviesa sus esferas cognitiva, conductual, afectiva y fisiológica.

La teoría y práctica de la psicología cognitiva abarca una multiplicidad de parámetros que han evolucionado a lo largo de su evolución, la intervención del duelo desde este enfoque también.

Desde la psicología cognitiva el hombre es un ser autoconsciente, activo y responsable, en busca activa conocimiento y en constante de autoconstrucción, que es atravesado por sus propias percepciones a la hora de elaborar la realidad, siendo responsable de sus emociones, pensamientos y sentimientos.

Las estructuras de significado del sujeto, sus esquemas personales, modos de interpretación e historia previa son determinantes en la interpretación de cualquier experiencia dolorosa o no. Estas estructuras y formas de interpretación predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica.

El proceso de elaboración de duelo por muerte del ser amado es un mecanismo biológico, por lo cual las reacciones fisiológicas y psicológicas en éste son normales y adaptativas, no obstante el curso de la evolución, se desarrollaron aptitudes instintivas en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales se dirigen a restablecer la relación con el objeto de perdido.

El fortalecimiento de los autoesquemas es indispensable durante la intervención del proceso de duelo ya que estas estructuras poseen contenidos proposicionales acerca del sujeto mismo y se ven socavado cuando éste sufre una pérdida.

No obstante las técnicas conductuales y cognitivas de intervención de la psicología cognitiva son de gran uso para muchos trastornos psicológicos, en el proceso de elaboración del duelo por muerte del ser amado son una herramienta de gran ayuda, pues actúan sobre los 2 ejes problemáticos del proceso.

La empatía y el acompañamiento activo del psicoterapeuta en el proceso de duelo con el paciente son fundamentales pues posibilitan el abordaje integral de la problemática.

El objetivo de la terapia de duelo es ayudar al paciente a resolver los conflictos inherentes a la separación y facilitarle la superación de las etapas necesarias para elaborar la pérdida.

La pérdida del ser amado por muerte natural, implica unas condiciones de vida dolorosas para el paciente; por ningún motivo debe evitarse la afluencia del dolor, pues éste es natural en todo proceso de cicatrización de duelo; sin embargo, en lo que debe insistir todo terapeuta es evitar que el dolor se vuelva patológico.

Trabajar con las emociones en psicoterapia permite acceder a los esquemas tácitos del paciente y reestructurar el malestar de la pérdida.

## 5. RECOMENDACIONES

En el abordaje del duelo se puede observar una dinámica multifactorial que abarca un gran número de aspectos de la historia del sujeto, su relación consigo mismo y con el mundo. Sin embargo es importante comprender que las experiencias que un individuo tiene a diario, pasan por un filtro constante y generalmente predecible que tiende a estar constituido por sus estructuras cognitivas y esquemas de autorreferencia, así pues cuando se comprende la experiencia de duelo no solo como un acontecimiento traumático, sino también como un hecho que se encuentra encadenado a una historia de significados personales, se puede comprender de que forma interpreta y asimila el sujeto la elaboración del duelo y sus consecuencias emocionales y conductuales.

Por esto la intervención psicoterapéutica del duelo no puede ser una técnica aislada de la conceptualización de la psicología cognitiva, debe abarcar también una comprensión integral sobre la evolución emocional del sujeto y su respuesta instintiva y aprendida frente a la pérdida.

Lo expuesto y sustentado en el presente trabajo sirve de guía para este tipo de intervenciones aunque lógicamente pueden ampliarse las concepciones, y la investigación sobre el tema de duelo puede abarcar gran número de alternativas no mencionadas en ésta monografía, además el marco conceptual de la teoría de la psicología cognitiva y las técnicas de intervención del duelo ya están ampliamente abordadas y extensamente descritas por ello acá solo se pretende realizar recomendaciones claras desde el ámbito de intervención.

Así pues lo primero es recomendar que antes de iniciar una intervención psicoterapéutica para el proceso de elaboración de duelo se debe realizar una anamnesis concienzuda del paciente ya que factores intrínsecos como: personalidad, historia personal y tipo de apego van a influir en la forma como se perciba y elabore el duelo, especialmente cuando se presenta la muerte del ser amado.

Así mismo es importante entender que aunque el duelo normal y el duelo patológico pueden acarrear síntomas de algunos trastornos psicológicos, se debe realizar un diagnóstico diferencial previo, pues la aparición de trastornos concomitantes con el duelo es común. Además el acompañamiento psicoterapéutico desde la psicología cognitiva en el proceso de elaboración de duelo por muerte natural del ser amado, debe partir de una caracterización del duelo (tipo, etapa. Variables) pues dichos factores son determinantes.

Por otra parte desde un enfoque de promoción y prevención es acertado aseverar que si bien es cierto el proceso de elaboración de duelo cuando muere el ser

amado es un fenómeno psicológico normal y predecible que conduce al paciente a la homeostasis, se debe realizar el acompañamiento terapéutico ya que hasta una estructura del sí mismo saludable se encuentra lo suficientemente frágil como para degenerar en psicopatologías.

## BIBLIOGRAFÍA

ALVARADO Sara Victoria, Et.al. "Concepciones de un grupo de niños y niñas de Colombia acerca de la vida, la muerte, la paz y la violencia". Revista Educación y pedagogía. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Educación Oct-Dic 2001

ALZATE Gladys Et.al "Estudio Comparativo de la Influencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos e Ideas Irracionales en el Duelo Sano y en el Duelo Patológico, por Separación Afectiva (Divorcio) de Mujeres en Adulthood Joven" [CD-ROM]. Medellín. 2002. Trabajo de Grado (Psicólogo). Universidad Pontificia Bolivariana.

ARIES, Philippe. "El hombre ante la muerte": Editorial Taurus ediciones S.A., Madrid:1987.

BARBIERI SABATINO, Alejandro. "De Duelos: procesos y elaboración". En línea: <http://www.robertexto.com/archivo18/el%20duelo.htm> [Consultado en abril de 2010].

BOLWBY, John. "la pérdida afectiva: tristeza y depresión". Ed. Paidós. Barcelona: 1993.

CABALLO, Vicente. "Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos". Ed Pirámide, Barcelona: 2006.

\_\_\_\_\_ "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: trastornos por ansiedad, sexual, afectivos y psicóticos", ed. siglo veintiuno Barcelona: 2002.

\_\_\_\_\_ "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación", ed. siglo veintiuno. Barcelona: 1998.

CARUSO, Igor. "La separación de los amantes". Ed. Siglo XXI, México: 1981.

ECO, Humberto. "Cómo se hace una tesis". Ed. Gedisa. Barcelona 2001.

ELLIS, Albert. "Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotiva-conductual". Ed.Paidos Barcelona:.1999

FENICHEL, Otto. "Teoría psicoanalítica de las neurosis". Ed. Paidós, Buenos Aires: 1976.

FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. "De cara a la muerte, cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente". Ed. Intermedio Editores. Bogotá: 1999.

FUNDACIÓN: "MANUEL CEPEDA". "Duelo, memoria y reparación", Ed. Impresol Bogotá: 1998.

FRANCES, Allen, Et.al. "Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales" DSM-IV. TR Traducción de Tomas de flores i Formeti. Et. al. Ed. Masson Barcelona:. 1995.

GERLEIN, Cecilia. "El lugar del ritual en la elaboración del duelo". Memorias II, Cátedra Fernando Zambrano, 2000.

GREENBERG, Leslie , PAIVIO Sandra. "Trabajo con las emociones en psicoterapia". Ed. Paidós. Barcelona: 2000.

GUIDANO, Victorio. "El si-mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista".ed. Paidós. Barcelona: 1994.

JIMÉNEZ M. Ana Et.al. "El Proceso de Duelo en Niños de 6 a 7 Años por Muerte del Padre o Madre". [CD-ROM]. Medellín: Trabajo de Grado (Psicólogo). Universidad Pontificia Bolivariana: 2006.

LAMER, Elizabeth. "Agonía, muerte y duelo. Un reto para la vida". Ed.paidos. Buenos Aires: 2007

MESA, Clara Cecilia. "El trabajo de duelo" Memorias I, Cátedra Fernando Zambrano. Medellín: 2000.

MONTOYA, Carrasquilla. "Guía para el duelo". Ed Piloto. Medellín: 2001.

\_\_\_\_\_ "Rituales funerarios" En línea:  
[htt: //montedeoya.homestead.com/rituales.html](http://montedeoya.homestead.com/rituales.html) [consultado en abril de 2010]

\_\_\_\_\_ "Sobre cómo ayudarnos y ayudar a otros a recuperarse de la pérdida de un ser querido, guías para el duelo". Revista: G C Ágora. Medellín U.S.B. Año 3 N° 5 Ene- Jun., 2004.

MORIN, Edgard. "El hombre y la muerte". Ed. kairos. Barcelona: 1994.

O'CONNOR, Nancy. "Déjalos ir por amor: La aceptación del duelo". Ed. Trillas, México: 1997

PANGRAZZ, Arnaldo. "El duelo: Experiencias de crecimiento". Ed. Sociedad de San Pablo. Bogotá: 2005.

PARKES, C.M. "Bereavement studies of grief in adult life". Ed. Penguin Books, Harmondworth: 1972.

RUIZ Cano, Astrid Et.al "Aportes de la psicología cognitiva a la educación experiencial". USB Medellín: 2007. CD-ROM.

SÁNCHEZ Muñoz, María Adelina y OSORIO García, Elizabeth. "Conceptualización y elementos para la intervención del duelo". Ed. Universidad de Antioquia. Medellín: 2007.

THOMAS, Louis Vincent. "Antropología de la muerte". Ed. Fondo de cultura económica. México: 1983.

TIZÓN, Jorge L. "Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia". Ed Paidós. Barcelona: 2004.

WORDEN, J William. "El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia". Ed, Paidós. Barcelona: 1991.

ZAMBRANO, Fernando. Memorias del I, II y III: "Encuentros sobre atención en duelo". USB Medellín, 2001, 2002, 20004.

ZÁRATE Durán, Carlos. "Alcances y limitaciones de la terapia cognitivo-conductual. Una propuesta para desarrollar". Revista de Psicología U.P.B. Seccional Bucaramanga. Bucaramanga 2001.