

ANÁLISIS DE UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO DESDE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL*

Cristina Isabel Carmona Portocarrero¹

RESUMEN

El artículo muestra el análisis del caso de una paciente de 57 años que fue atendida gracias al programa de prácticas de maestría de la universidad católica de Colombia en un comedor comunitario de la ciudad de Bogotá y quien perdió a su esposo de manera violenta y repentina derivando en duelo patológico. Se encontraron dos factores que complicaron de la elaboración normal de la pérdida: uno se relaciona con rasgos de personalidad dependiente y el otro con creencias irracionales sobre el evento que generaban culpa en la paciente. La intervención se centró entonces en el trabajo sobre Atribuciones cognitivas disfuncionales al evento, Aceptación de la muerte y Reactivación de un estilo de vida que le permita a la doliente sentirse útil, capaz y amada por otros.

Palabras Clave: Reacciones a la pérdida, Terapia cognitivo conductual, sistema de creencias, duelo complicado.

ANALYSIS OF A CASE OF PATHOLOGICAL GRIEF FROM COGNITIVE AND BEHAVIOURAL THERAPY

ABSTRACT

This paper presents the analysis of a 57-year-old woman case. She was taken under the care of the Colombian Catholic University practice program who found her in a communitarian restaurant in the city of Bogotá. She had suffered the sudden loss of her husband in a violent event and was diagnosed with pathological grief. Two reasons that complicated the normal evolution of that loss elaboration were found. The first one is related to a personality disorder and the second one to an irrational feeling of culpability about her husband's death. The goals of the treatment were cognitive restructuring of beliefs about her husband's death, acceptance of the husband's death, and the design of a lifestyle that allows the patient to feel useful, capable and loved by others.

Key Words: Reactions to the loss, cognitive and behavioral therapy, personal system of beliefs, complicated grief.

¹ Docente Investigador Universidad Manuela Beltrán. Psicóloga Candidata Magíster en Psicología clínica Universidad Católica de Colombia

* Agradecimientos: Universidad Católica de Colombia- Maestría en Psicología Clínica (Por facilitar la historia clínica para construir el artículo), Dr. Diego Castrillon (Amigo y maestro a quien dedico este artículo), Dra. Beverly Rivera, Dr. Paulo Daniel Acero.

Introducción

La noción de enfermedad mental desde la terapia cognitiva se dirige al hallazgo de esquemas maladaptativos como variable fundamental en la adquisición y mantenimiento de los trastornos, entendiendo al esquema como la estructura organizativa del pensamiento originada a temprana edad; que permite seleccionar, codificar, evaluar e interpretar la realidad. Cada esquema guarda información asociada a contenidos temáticos que estructuran el autoconcepto, la visión de los demás, del mundo y un sistema de expectativas frente al futuro. Tres instancias que reciben el nombre de Triada Cognitiva. Desde los planteamientos de Young & Brown (1994), los esquemas se agrupan en 5 familias de creencias (ver Tabla 1).

Tipo de Creencias	Esquema	Formas Características de la triada cognitiva
I. DESCONEJIÓN Y RECHAZO: Esta creencia indica que las necesidades relacionadas con el reconocimiento y respeto indispensable para mediar el dar y recibir afecto dentro de las relaciones con los demás son predeciblemente insatisfechas. Existen 5 esquemas que decodifican esta creencia e ideas relacionadas con ella, a saber:	<i>Abandono/ Inestabilidad</i>	Los demás son personas inestables e incapaces de perseverar en una relación. Además son vulnerables a eventos externos que los harán desaparecer, por lo tanto conviene no estrechar relaciones con ninguno.
	<i>Desconfianza/ Abuso</i>	Los demás son potencialmente dañinos. Su tendencia es abusar intencionalmente de otros
	<i>Deprivación Emocional</i>	Las personas necesitan apoyo de los demás, en cuanto a cuidados, protección y empatía, pero los demás jamás podrán hacer esto tal cual uno lo necesita.
	<i>Defectuosiad/ Vergüenza</i> <i>Aislamiento Social/ Alienación</i>	Soy insuficiente, algo me falta para ganar el amor de los demás. Yo soy distinto y no tengo cabida dentro de ningún grupo o comunidad existente
II. AUTONOMIA Y DESEMPEÑO DETERIORADOS: La autoeficacia es baja debido a una estrecha relación de dependencia la mayoría de las veces con su familia nuclear	<i>Dependencia/ Incompetencia</i>	Soy indefenso y necesito de otros para resolverlo todo especialmente eso cotidiano relacionado con toma de decisiones, solución de problemas, iniciativa para nuevos proyecto, etc,
	<i>Vulnerabilidad al daño</i>	En cualquier momento una catástrofe se avecina y fijo me toca a mí
	<i>Atrapamiento Emocional / Yo Inmaduro</i>	Un yo que aparece fusionado con otros y genera la sensación de No poder sin el otro.
	<i>Fracaso</i>	Con respecto a los demás soy de menor status, menos talentoso, guapo.
III. LÍMITES INSUFICIENTES: La reciprocidad y la responsabilidad personal manifestada en el establecimiento de objetivos, el cooperativismo hacia los demás, tiene un carácter deficiente y difuso, al punto de llegar en algunas ocasiones al irrespeto.	<i>Derecho / Grandiosidad</i>	Su visión, sus opiniones y manera de ver la vida está por encima de la de los demás, sin importar las reglas sociales de reciprocidad
	<i>Autocontrol/ Insuficientes</i>	<i>Autodisciplina</i> Es necesario no infringirse dolor ni hacer sacrificios aunque a veces signifique aplazar la realización de algunas metas.
IV. ORIENTACIÓN HACIA LOS OTROS: Se relaciona con la orientación excesiva hacia las necesidades de los demás con el fin de asegurar su afecto.	<i>Subyugación.</i>	<i>Los caracteriza la actitud: Lo que tú digas. Con el objetivo de evitar las reacciones de retaliación de la otra persona.</i>
	<i>Auto sacrificio</i>	<i>Si no lo hago soy egoísta. Este esquema se caracteriza por la disposición al servicio de lo que los demás desean, necesitan, a veces a costa de las necesidades propias.</i>
	<i>Búsqueda de Aprobación/ Búsqueda de Reconocimiento</i>	<i>Pensar en hacer cosas para ser observado y desde allí reconocido por los demás. Se busca constantemente un status haciendo cosas que implican perder la autenticidad personal.</i>
SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN: Es como tener un policía represivo interiorizado, que esta acallando constantemente lo que se siente, lo que se piensa generando un patrón de conducta inhibitorio	<i>Negatividad/ Pesimismo</i>	<i>Atiende y selecciona los aspectos negativos de la vida, minimizando los negativos.</i>
	<i>Inhibición Emocional</i>	<i>Es incorrecto expresar intensamente cualquier emoción, por eso permanentemente inhiben la ira, la excitación sexual, etc.</i>
	<i>Estándares Implacables / Hipercrítica</i>	<i>Deber ser perfecto. Este esquema estructura estándares de logro inalcanzables para el sujeto y le implica el sacrificio de las metas de placer.</i>
	<i>Condena.</i>	<i>Ojo por ojo y diente por diente. Cada uno debe pagar por lo que hace.</i>

Tabla 1- Clasificación de Contenidos esquemáticos Según Jeffrey Young (2003)

Los esquemas buscan ser perpetuados a través de estrategias compensatorias que consisten en actos con los que él (la) paciente evita confrontar el contenido esquemático y su irracionalidad, pues esto tendría un alto costo psicológico. Sería como evidenciar que todo aquello que se piensa de la vida y de sí mismo puede no ser cierto. No obstante, por definición, los esquemas son activados y removidos en experiencias vitales positivas o negativas tales como el duelo (Carmona, 2008).

Además de los esquemas existen otras estructuras que se encuentran menos rígidas, pueden rastrearse desde el reporte verbal del individuo y procesan información de manera coherente con los contenidos del esquema por lo cual lo ayudan a mantenerse. Estas son, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos, que a su vez están influenciadas por sesgos, distorsiones o filtros informacionales que frente a eventos reales el individuo aplica. Son lo que Ellis (1990 citado en Ruiz y Cano, 1993) llama “errores inferenciales del pensamiento” (Tabla 2).

Tipo de filtro	Características
Inferencia Arbitraria	Concluir sin premisas suficientes
Abstracción Selectiva	Evaluar solo escogiendo un detalle e ignorando los demás relevantes
Sobregeneralización	Llamar a todos los casos por igual a partir de uno
Maximización Y	Sobre o infra valorar
Minimización Personalización	Atribuirse la causalidad de los eventos externos
Pensamiento Dicotómico O	Dificultad para evaluar intermedios. La experiencia se expresa en polaridades
Polarización	

Tabla 2 - Sesgos cognitivos según Aron Beck (1979, citado por Chaves et al.2005)

Así, los esquemas, las creencias intermedias, pensamientos automáticos y sesgos conforman un perfil cognitivo que puede ser funcional o disfuncional según los efectos que esa manera particular de manejar la información trae al individuo. En el segundo caso, los pensamientos de tipo irracional, conducen a los individuos a la consecución de metas de manera autoexigente, maladaptativa y facilita la aparición de cuadros patológicos.

La terapia conductual por su parte aporta la identificación de estímulos relevantes en la aparición de pensamientos automáticos, afectos y acciones con los que el individuo obtiene consecuencias contingentes con el mantenimiento de las respuestas identificadas. Y la propuesta Cognitivo-Conductual busca establecer la relación entre contingencias y sistema de creencias como variables relevantes en la adquisición y mantenimiento de los problemas humanos.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), contempla la necesidad de evaluar el sistema de creencias asociado a la dimensión trascendente del ser humano. Riso (2006), los clasifica de la siguiente manera: Ideológicos o conceptuales, Valorativos, Motivacionales superiores y Constructivos.

A esta estructura superior se le ha llamado esquemas de segundo orden y se evalúa toda vez que el paciente reporta o se evidencia sintomatología relacionada con cuestionamientos de tipo existencial. En el caso de la pérdida, se observa con frecuencia que el paciente experimenta una crisis frente a lo que piensa de la vida, de sí mismo, de su

futuro, sus valores y hasta su fe, por lo cual vale la pena indagar por estos esquemas en experiencias de duelo.

Desde el punto de vista conductual el duelo consiste en un patrón de respuestas psicológicas y fisiológicas que continúan luego de vivir la pérdida de un objeto o sujeto con alto valor afectivo y funcional. Los procesos afectivos son los que resultan más afectados en forma de ansiedad o depresión, además de una compleja sensación de desintegración. Las manifestaciones conductuales implican verbalizaciones de culpa por lo sucedido, actos agresivos contra sí mismo(s) o los demás y comportamientos de búsqueda del objeto, entre otros. Dentro de las cogniciones se encuentra una evaluación negativa hacia aquellos a quienes no les ha sucedido (comparaciones). (Mittag, 1992); o lo que Van Dongen (1990) llamó "Interrogatorio agonizante" que consiste en un discurso establecido por el doliente consigo mismo constituido por preguntas sin respuesta sobre la muerte del ser querido. Esta situación, genera disonancia cognitiva y confusión, constipación emocional perturbaciones físicas y deterioro en la red social.

El caso que será analizado corresponde a una mujer de 57 años de edad, a quien se le dará el nombre de Ana habitante de la ciudad de Bogotá-Colombia, con escasos recursos económicos. Al llegar a consulta han pasado 2 ½ años desde que perdió a su esposo de manera repentina y violenta al ser herido por arma blanca cuando intentaban robarle el celular luego de 35 de matrimonio. Al motivo de consulta refiere:

"Me siento triste desde que murió mi esposo, lloró todo el tiempo es como si estuviera en un túnel y no veo la luz. Mi vida ya no tiene sentido" (Terapeuta, 2007 p.1).

La terapeuta², identificó un cuadro de duelo caracterizado por los siguientes síntomas:

"Trastornos del sueño, para conciliarlo y mantenerlo por más de 4 horas, Sueños agradables recurrentes con su esposo que no quisiera que terminaran, Sensación de presión en el pecho ,Temor a la soledad y a la noche, Anhedonia, Visión de desesperanza en el futuro, Pensamiento de desconfianza, culpa e injusticia recurrentes respecto a la muerte de su esposo, Percepciones auditivas de la voz o imágenes de la figura corporal de su esposo" (p.1).

Al evaluar el Eje I se diagnosticó Duelo Patológico o a partir de la escala de Bowlby (citado por la Terapeuta, 2007) que arrojó los siguientes resultados:

CRITERIO	R
Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc.).	SI
El duelo se un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).	SI
Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por el y no niega la muerte.	SI
Estado de angustia y tristeza que persiste tras un año de la pérdida	SI
Recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la pérdida, o sueños recurrentes respecto a la persona perdida.	SI
Reacciones de estrés (insomnio, ansiedad..etc.).	SI

Tabla 3 - Check list de los criterios de conciencia del duelo patológico según Bowlby, 1980, con sus respectivas respuestas. Extraído Terapeuta, 2007. p. 8

² En el documento el psicólogo encargado del caso recibirá el nombre de "Terapeuta" para proteger la identidad de la paciente. Así en las citas de autor el nombre real del psicólogo será reemplazado por Terapeuta.

El terapeuta además se basó en los criterios de Prigerson y Jacobs en 2001 para Duelo Complicado. Vale la pena señalar que la paciente manifestó dificultades con el sueño que no resultan suficientes para diagnosticar Insomnio.

En Eje II se establecieron rasgos de personalidad dependiente evidenciados en la siguiente descripción dada por su terapeuta:

“...con el que estableció su relación de noviazgo cuando ella tenía 21 años, ya que él se convirtió en el acompañante diario cuando ella trabajaba como cocinera en un restaurante y salía tarde en la noche, él al saber de la situación con su papá le propuso que la cuidaría y la protegería, así que enfrente al padre de Ana y se fueron a vivir juntos casándose un año después y tuvieron tres hijos. La relación matrimonial era tranquila según Ana, aunque dice que él era “muy posesivo y celoso”, que ella tenía que hacer lo que él dijera, vestirse como le diera permiso, que inclusive no tenía amigos ni amigas porque a él no le gustaba y que cuando salían a la calle ella no miraba para ningún lado y si él se enojaba ella se sentía muy mal, así que prefería evitar todo eso para que fueran felices.” (Terapeuta, 2007 p.2)

En eje III se evidencian afecciones en el sistema osteo-muscular y en Eje IV escasa red de apoyo y condición socio-económica disminuida.

Al analizar el caso desde la TCC es necesario registrar pensamientos y conductas que van a ser intervenidos tal como lo muestra la Tabla 4.

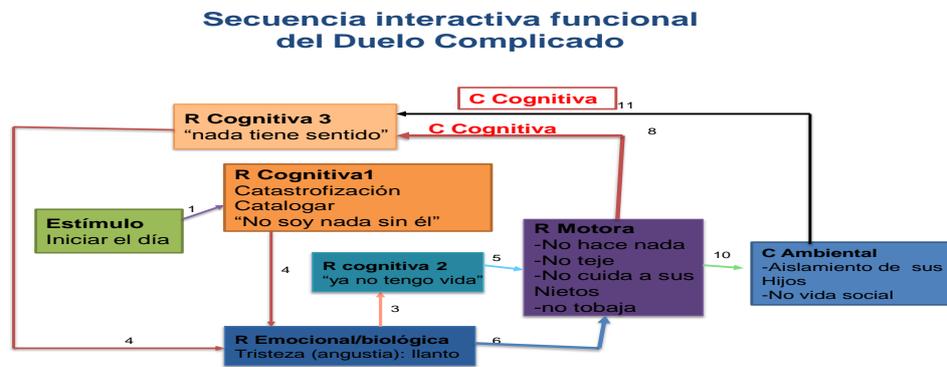
SITUACIÓN	Pensamiento Automático	Distorsión cognitiva	EMOCIÓN	ACCIÓN Reacción motora del paciente	CONSECUENCIA Pensamiento o comportamiento final
Estoy sentada en la mañana en mi cama	Siento la vida sin sentido	Es injusto, el debería estar vivo	Tristeza	Lloro	Pienso: Nada tiene sentido
Voy camino al colegio y paso por el paradero de buses	La gente es mala	Las personas son mal intencionadas	Angustia Rabia	Camino rápido y miro los lugares y la gente a veces me parece verlo	Pienso: Necesito de él que me proteja
Estoy acostada en la noche	Yo también tuve la culpa	Debí estar allí para protegerlo y despedirme	Tristeza	Lloro	Pienso: Era mi papel protegerlo
Estoy en la tarde en la casa sola	No sé qué hacer	Necesito de él No seré capaz con la vida sin él y su protección	Tristeza	Lloro	Pienso: No sé hacer nada sin él
Estoy a las 6 pm en mi casa	Quiero que él esté aquí	El debería estar aquí entonces estaría tranquila	Angustia Tristeza	Me paro a esperarlo y me parece escucharlo	Pienso: No soy capaz de afrontar la vida sin él
Estoy en la noche mirando televisión	No debió morir así	Ahora todo es insulso me veo perdida	Tristeza	Lloro	Pienso: No hay vida

Tabla 4. Tabla de Autoregistro, adaptado al modelo propuesto por Riso, 2006 en Capítulo II, fase II, pág., 303.

La primera columna nos muestra los discriminativos o contextos espacio temporales que generan las respuestas cognitivas identificadas como disfuncionales en la paciente. Las columnas dos y tres señalan estas respuestas cognitivas al evento de la muerte de su esposo. Estos pensamientos se interrelacionan con las emociones y las acciones identificadas en las columnas siguientes. De modo que la situación problemática se

estructura en la conexión que existe entre pensamientos, emociones/sentimientos y acciones elicidadas o generadas por unos estímulos específicos como lo muestra la Figura N° 1.

Figura N° 1- Análisis interactivo de respuestas. (Extraído Terapeuta 2007, P.14)



Ana mostró un conjunto de atribuciones negativas del evento que la llevan por un lado a hacerse responsable de lo sucedido y por otro a pensar que es imposible vivir sin su esposo. Estas maneras inapropiadas de procesar la información son sesgos que reciben el nombre de Personalización y Catastrofización respectivamente y constituyen factores indispensables en el proceso de cursar normalmente o no el duelo.

Mediante diferentes técnicas de evaluación que incluyen pruebas, cuestionarios o entrevistas estructuradas se describen los esquemas nucleares disfuncionales que mantienen el cuadro patológico del (la) paciente. El terapeuta describe los siguientes hallazgos:

“A partir de recopilar y organizar toda la información generada desde el paso 1 hasta el momento sobre el contenido del esquema nuclear, se evidencia en presunción ordena que es un esquema de DAÑO, VULNERABILIDAD, MINUSVALIA con algunos rasgos de dependencia. El cual se manifiesta en contenidos esquemáticos como: No soy capaz de una vida sin él, No me puedo defender sola, Necesito protección”(P.15)

En la TCC el descubrimiento de los esquemas y las estrategias compensatorias complementan la formulación del problema, tal como lo muestra el terapeuta 2007 a continuación, como lo muestra la Figura N° 2 :

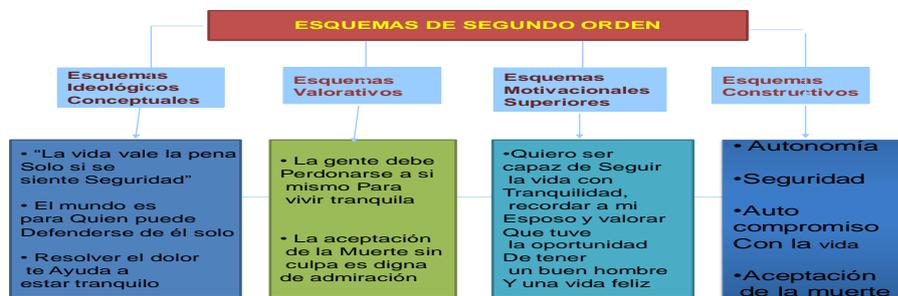
Figura N° 2 Análisis del equilibrio patológico. (P.17)

ANA: DUELO COMPLICADO



Finalmente los Esquemas de Segundo Orden comprometidos en el caso fueron (Figura N° 3):

Figura N° 3 Esquemas de segundo orden encontrados en Ana (extraído de Terapeuta, 2007.P.20)



La hipótesis central muestra una paciente clínicamente normal al examen mental, cuya evaluación multiaxial evidencia un duelo patológico y problemas de sueño en Eje I, Rasgos de personalidad dependiente en Eje II, quejas somáticas significativas en Eje III principalmente en sistema osteo-muscular, e incontinencia urinaria nocturna y escasa red de apoyo mas privación ambiental en Eje IV. El análisis muestra como estímulo discriminativo principal la primera hora de la mañana o inicio del día. Contexto que genera respuestas de tristeza sensación de injusticia y angustia a nivel afectivo; pensamientos de indefensión, autoculpa, no aceptación de la pérdida a nivel cognitivo y llanto fácil e inactividad a nivel comportamental. La paciente ha desarrollado un estilo de afrontamiento evitativo y de tipo parálisis ante la muerte de su esposo que le genera un alto malestar afectivo. Este nivel de dolor le permite compensar sus esquemas centrales de minusvalía y vulnerabilidad cuyo contenido informacional indican su incapacidad para enfrentar la vida cotidiana sin que exista alguien significativo que proteja su existencia. Una persona que le indique qué hacer o haga las cosas por ella reemplazando su

responsabilidad. De este modo, el malestar le permite evitar el costo cognitivo, afectivo y comportamental que implica hacerse cargo de su vida y ser autónoma. Los rasgos de personalidad dependiente, junto al contenido esquemático constituyen una estructura rígida caracterizada por la sensación de necesitar del otro.

Su tristeza frecuente actúa de manera operante ante su hija y nietos quienes permanecen cerca “*para que ella no este triste*” garantizando que alguien ejerza la función protectora y directiva ejercida por su difunto esposo. Poco a poco su pauta de relación caracterizada por inspirar lastima en los demás garantizan su profecía autorrealizada de incapacidad. La culpa permite una fijación constante en el pensamiento de los eventos ocurridos y quita la posibilidad de pensar en otro tipo de situaciones como resolver su sustento diario o planear el resto de la vida que se siente incapaz de enfrentar.

Por otro lado, el sufrimiento compensa el sentimiento de culpa que la paciente tiene por la perdida.

El equilibrio patológico se completa con la participación de los esquemas de segundo orden que encuentran su contraste en tres creencias intermedias características tal como lo menciona el terapeuta:

Para los ideológicos se hizo un contrasté de ideas o de contenido esquemático del esquema central de daño, vulnerabilidad y minusvalía, como:

“No soy capaz de una vida sin él: hay que resolver el dolor para encontrar tranquilidad, No me puedo defender sola: la vida vale la pena si hay seguridad. Necesito protección: el mundo es para quien puede defenderse de él “(2007.p.21)

El duelo complicado ha sido abordado desde distintos tipos de terapias entre ellas, la implosiva, que consiste en exponer al paciente a los sentimientos asociados a la pérdida que al ser evitados incuban la patología. La intensidad de la exposición alcanza los niveles de la inundación (Flooding) y su objetivo es contracondicionar el arosual activado ante la situación de la falta, acompañando al paciente a enfrentar durante un buen periodo de tiempo los sentimientos, pensamientos y acciones derivados de esa realidad de ausencia. El éxito terapéutico se expresa en términos de mejoramiento social y funcionamiento en el trabajo.

La eficacia de la terapia en duelo patológico puede alcanzar hasta un año y medio con remisión total de síntomas (Wagner & Maercker, 2007). En un estudio realizado con parientes de suicidas se encontró que la intervención ayudaba a la reestructuración de atribuciones maladaptativas a la muerte asociadas con la culpa, pero no evitaba el curso del duelo patológico cuando este se presentaba. (De Groot, De Keijser, Neeleman, Kerkhof, Nolen & Burger, 2007).

La estrategia de intervención se estructuró en el siguiente diagrama (Tabla 5):

NIVEL I	
Aumentar nivel de actividad 70%	Diseñar plan de actividades diarias Entrevista con la hija para proporcionar redes de apoyo Incentivar a Ana a retomar actividades de tejido
Modificación comportamiento motor y activación 50%	Diseñar estrategias de entreteniendo y diversión, así como más incursión social
Regulación emocional 80%	Entrenamiento y juego de roles en time out, control de emociones, detección de la emoción y el pensamiento
Discrepancia informacional de ideas	Dialogo socrático, afrontamiento, búsqueda de evidencia, reconstrucción de los hechos de la muerte y análisis científico de ellos.
Modificación de pensamientos recurrentes 90%	Detección, refutación y discriminación de pensamientos
NIVEL II	
Reestructurar creencias intermedias 90%	Técnicas referenciales, Detección, refutación y discriminación de pensamientos, repetición de frases racionales a modo de autoinstrucción.
Modificar sistemas de autoperpetuación 90%	Uso del modelo vicario, Detección, refutación y discriminación de pensamientos
Trabajar sobre la culpa	Uso del modelo vicario, imaginación racional emotiva y refutación de ideas.
Elaboración de la aceptación de la muerte y una nueva vida 90%	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 Alentar 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: re atribuciones y construcciones alternativas)
NIVEL III	
Capitalizar esquemas constructivos 90%.	Entrenamiento en habilidades sociales, imaginaria, ensayos conductuales, inversión del rol racional y dialogo socrático.

Tabla 5 - Estrategias de Intervención (Extraído de Terapeuta, 2007, p.21)

La terapia resultó exitosa en términos de reestructuración de la idea central "soy incapaz" y la reactivación de un estilo de vida que mantenía este sistema de creencias, además de un aumento en el nivel de bienestar de la paciente.

Discusion y Conclusiones

Existen factores premórbidos que complican la experiencia de duelo. Pueden estar a nivel de personalidad específicamente si existen rasgos de dependencia o por sesgos cognitivos que construyen creencias en el doliente asociadas a ser culpables del evento. Estas condiciones facilitan un grado de malestar que le impide al paciente reconstruir su vida y lo mantienen en rutinas diarias de bajo costo conductual. La inactividad minimiza los recursos del paciente convirtiendo el dolor en sufrimiento. La inactividad y el sufrimiento alimentan ideas de incapacidad frente a la superación del evento por lo cual será necesario trabajar este componente cognitivo en consulta mediante reestructuración de lo que se piensa sobre el fallecimiento.

Si además de esto el paciente tiene escasa red de apoyo, el deterioro afectivo aumenta en la medida en que no existen motivadores suficientes para continuar la vida.

También puede suceder que el doliente magnifique el papel del fallecido otorgándole un lugar de salvador, protector, entre otros que lo hacen vulnerable al mundo en su ausencia. Esta última situación ocurre cuando la vinculación al difunto bordea la disfuncionalidad debido a pautas de dependencia que caracterizan la relación.

A la hora de trabajar el duelo patológico resulta indispensable revisar:

1. Atribuciones cognitivas disfuncionales al evento.
2. Aceptación de la muerte.
3. Reactivar un estilo de vida que le permita al doliente sentirse útil, capaz y amado.
4. Revisar los contenidos filosóficos o esquemas centrales de 2do orden que promocionan una vida saludable y con sentido.

Con respecto al primer punto se recomiendan técnicas como:

- Reconstrucción científica del evento.
- Imaginación racional emotiva y refutación de ideas. Mientras exista la culpa el doliente va a sentirse poco merecedor de una nueva vida y va a buscar compensarla con su propio sufrimiento.

Es necesario entrenar al paciente en la autoinstrucción construyendo pensamientos alternativos del evento que el/ella puedan repetir una y otra vez.

Para la aceptación será indispensable que el doliente reconstruya la historia de la relación que tuvo con el difunto con el fin de que humanice las cualidades de este o desidealice su figura. Este ejercicio busca especialmente permitir que el paciente descubra como era el/ ella mismo(a) quien desde sus recursos actuaba, decidía y mantenía una vida satisfactoria aunque pareciese que todo lo que era y hacia antes del evento era posible gracias al otro. Se trata de aclarar que quizás las acciones y decisiones tienen un sentido distinto cuando la persona a quien se ama aun está con vida, pero esto resulta distinto a pensar que es la otra persona quien da la capacidad para actuar y vivir. La capacidad no es el sentido. Así se lleva al paciente a descubrir que los recursos son personales y no del otro (quien falleció) de modo que estos recursos aún siguen estando en el sobreviviente y pueden ser utilizados para restituir una nueva vida con otro sentido.

La reactivación de un estilo de vida se inicia con un sencillo plan de actividades diarias que garantice no solo la obtención de reforzadores como sensaciones de utilidad sino que constituya una evidencia empírica en contra de la creencia "No puedo". Dentro de la programación deben incluirse varias actividades de entretenimiento pues la activación emocional es tan alta que jalona los pensamientos hacia lo sucedido y esta situación cognitiva aumenta el malestar. Sentirse bien además se va reconstruyendo poco a poco el sentido de vida lastimado por la pérdida.

También resulta importante vincularse con alguien fortaleciendo afectos que generan pertenencia. Estas dos acciones permiten componer rutinas, hábitos, formas de actuar en lo cotidiano que van dando estabilidad y sensación de seguridad. En general, las personas con las que se comparte y las actividades realizadas a diario permiten pensar que la vida es importante y esta creencia tiene un carácter existencial y trascendente con el que se construye sentido de vida.

Simultáneamente, en este quehacer diario se va fortaleciendo la identidad que permite tener claridad sobre quien se es. Así, el ejercicio en función de alguien o de algo genera una visión de si mismo, facilita el reconocimiento los límites personales, permite reafirmar principios de vida, capacidades, sueños y todo junto estructura una valía subjetiva y la certeza del "Yo soy".

Llegar a tener conservaciones profundas con el paciente sobre la vida, la muerte, la decisión de estar aquí y ahora ayudan a evidenciar ideologías, motivaciones profundas que pueden ayudar a la reconstrucción de la vida sin el otro.

Aplicaciones Prácticas

1. Dentro de los formatos entrevista inicial puede existir un pequeño espacio destinado a establecer el nivel de aflicción del paciente, esto es, la capacidad de reconocer que efectivamente hay un objeto perdido, de esta manera se establece cuanto ha avanzado el doliente en el camino de la aceptación de su vida sin el otro.
2. La pregunta por Quien soy ahora sin esa persona?, vale la pena revisarla con cuidado no solo a partir del reporte verbal del sujeto, sino de la búsqueda de información relevante sobre el vinculo construido con el (la) difunto (a) y especialmente verificar la existencia de rasgos de dependencia.
3. La revisión sobre lo más valioso en la vida del hombre y la mujer, la posibilidad de ser feliz aún sin un otro que reconozca y al cual servir, la reconceptualización del amor, de la vida y de la muerte, serán temas que deben introducirse en terapia a manera de guías deliberativas para el acompañamiento en duelo.

Lineamientos para Futuras Investigaciones

El presente trabajo tiene la limitación de la evidencia empírica para nuestra cultura, de modo que es necesario revisar los protocolos de atención existentes en la ciudad de Bogotá. Por otro lado, se evidencia que las particularidades sobre el duelo según la edad, aun son tema de discusión.

Referencias Bibliográficas

- Carmona, C. (2008) *Perfiles Cognitivos en Pacientes Con Diagnostico de Anorexia y Bulimia*. Documento sin publicar. Universidad Católica de Colombia.
- De Groot M, de Keijser J, Neeleman J, Kerkhof A, Nolen W, Burger H. (2007) Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research.ed)*, 12, 334 (7601), 994.
- Mittag O (1992) Psychological and psychotherapeutic aspects of grief *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42 (5), 150-7.
- Riso W, (2006) *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del caso*. Ed. Norma, Bogota-Colombia.
- Ruiz, J y Cano, J. (1993) *Manual de psicoterapia Cognitiva*. (extraido en Marzo 2008, disponible en <http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Manual/manual.htm> .
- Terapeuta, (2007) *Informe de Practicas Maestría en Psicología Clínica*. Documento sin publicar. Universidad Católica de Colombia.
- Van Dongen CJ. (1990) Agonizing questioning: experiences of survivors of suicide victims *Nursing Research.*, 39 (4), 224-29.

Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A(2007) Post-Traumatic Growth and Optimism as Outcomes of an Internet-Based Intervention for Complicated Grief *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (2), 277-84.

Wagner B, Maercker A (2007) A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 625-9.

Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (segunda edición). In J. E. Young (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (Ed.rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Endereço para correspondência:

Cristina Isabel Carmona Portocarrero

Avenida Circunvalar No. 60-00

Edificio Administrativo 1er piso –Bogotá –Colombia.

E-mail: Isabel.carmona@umb.edu.co , Cristinacarmona20019@gmail.com

Recebido em: 17/01/2010.

Aceito para publicação em: 14/05/2010.