



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
DIRIGIDO A PERSONAS EN PROCESO DE DUELO  
POR SEPARACIÓN O DIVORCIO.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**HERNÁNDEZ CADENA SANDRA PAMELA.**



**DIRECTORA DE TESINA:  
MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA  
HERNÁNDEZ**

**Ciudad Universitaria, CD. MX., 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIA**

A la UNAM, por darme la oportunidad de cumplir mis metas y sueños, por darme las mejores enseñanzas gracias a los mejores maestros, por abrirme las puertas a muchas oportunidades, por darme material y recursos necesarios.

A mi mamá, por ser mi motivo y mi razón, por enseñarme que ante la adversidad se lucha, por no dejarme sola en ningún momento y por enfrentar los problemas conmigo. Por darme el material, los recursos y la moral necesaria para terminar este ciclo.

A mi Papá y hermana por estar al pendiente de mí, por demostrarme su orgullo y por creer en mí, Gracias por crecer conmigo.

A Irving, por acompañarme en todo momento, por ser mi amigo y compañero de enseñanzas, por dejarme recargar en su hombro en los momentos más complicados.

A mi familia y amigos: Abuelos, Jacque, Ilse, Vanne, Lalo, Liz, Tíos, por darme su respaldo, por darme la presión necesaria para concluir, por alegrarse de mis triunfos y apoyarme en mis fracasos, por siempre permanecer con mi pequeña familia. Por darme la mano cuando lo necesito, por levantarme cuando me caigo, por apoyarme durante la licenciatura.

## ÍNDICE

RESUMEN 5

INTRODUCCIÓN ..... 6

CAPÍTULO I. DUELO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO ..... 8

1.1 PÉRDIDA .....	8
1.1.1 PÉRDIDA POR SEPARACIÓN/DIVORCIO .....	12
1.2 DEFINICIÓN DE DUELO.....	15
1.2.1 TIPOS DE DUELO .....	17
1.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO .....	22
1.3 FASES DEL DUELO.....	26
1.3.1 NEGACIÓN .....	27
1.3.2 IRA .....	28
1.3.3 NEGOCIACIÓN .....	29
1.3.4 DEPRESIÓN.....	30
1.3.5 ACEPTACIÓN.....	31
1.4 DUELO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO.....	31
1.4.1 PRIMERA FASE: NEGACIÓN .....	34
1.4.2 SEGUNDA FASE: AFRONTAR .....	35
1.4.3 TERCERA FASE: IRA, VENGANZA, DEPRESIÓN .....	38
1.4.4 CUARTA FASE: ACEPTACIÓN .....	41
1.5 MODELOS EXPLICATIVOS DEL DUELO .....	42
1.5.1 MODELO PSICOANALÍTICO DEL DUELO .....	42
1.5.2 DUELO Y TEORÍA DEL APEGO .....	46
1.5.3 MODELOS PSICOSOCIALES DEL DUELO.....	47
1.5.4 MODELO COGNITIVO DEL DUELO.....	48
1.6 PAREJA.....	49
1.6.1 MATRIMONIO.....	51
1.6.2 RUPTURA AMOROSA: DIVORCIO .....	54

<b>CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN: COGNITIVO-CONDUCTUAL</b> .....	57
2.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DUELO.....	57
2.2.1 GAP (GUÍA DEL PROCESOS DE EVALUACIÓN) EN EL PROCESO DE DUELO, ADAPTADO DE FERNÁNDEZ-BALLESTEROS Y COLS, 2003.....	57
2.2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	59
2.2.3 EVALUACIÓN CLÍNICA .....	59
2.2.4 CUESTIONARIOS Y AUTOINFORMES.....	61
2.2.5 ANÁLISIS FUNCIONAL APLICADO AL DUELO.....	62
2.2.6 TÉCNICAS PROYECTIVAS.....	62
2.2 DIAGNÓSTICO DEL DUELO .....	62
2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DUELO NORMAL .....	63
2.4 PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL DUELO .....	70
2.5 TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL .....	72
2.5.1 TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA DE ELLIS .....	76
2.5.2 TERAPIA COGNITIVA DE BECK.....	78
2.5.3 ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS .....	82
2.5.4 TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES DE D'ZURILLA Y NEZU. ....	83
2.6 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA EN DUELO.....	90
2.7 MÉTODOS, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES UTILIZADAS EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO PARA LA ELABORACIÓN DEL DUELO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO .....	93
<b>PROPUESTA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b> .....	105
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	105
3.2 OBJETIVO GENERAL .....	106
3.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	106
3.3 POBLACIÓN.....	106
3.5 PROCEDIMIENTO .....	107
CONCLUSIONES: ALCANCES Y LIMITACIONES.....	125
ANEXOS.....	127
BIBLIOGRAFÍA .....	131

## **RESUMEN**

Una separación o divorcio genera una pérdida y por consiguiente un proceso de duelo. El duelo por separación o divorcio es entendido como un tipo de duelo ambiguo, donde se experimentan estados afectivos y cognitivos negativos, así como conflictos en las relaciones sociales del entorno íntimo de la persona (Boos, 2001). En la presente tesina se hace una investigación documental enfocada al duelo por separación y al tratamiento cognitivo-conductual. Con lo anterior se propone un programa de intervención que tiene como objetivo la elaboración del duelo en personas divorciadas, con la meta de restablecer su salud emocional y mental de una manera óptima, por medio de métodos, técnicas y estrategias de corte psicoterapéutico cognitivo-conductual.

Palabras clave: Duelo, Ruptura amorosa, cognitivo-conductual, intervención.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los divorcios o separaciones maritales han ido en aumento, por tanto, se ha incrementado el número de personas que vivencian un duelo debido a este acontecimiento.

En los últimos años el número de divorcios ha aumentado con relación a los matrimonios; Una razón de ello se debe a que un mayor número de personas decide vivir en unión libre, dando paso a menor número de uniones legales. Entre los años 2000 y 2015 el monto de divorcios aumentó 136.4%, mientras que el monto de matrimonios se redujo en 21.4% (INEGI, 2017). Cabe mencionar que entre las separaciones o divorcios producidos existen varios factores que participan en la decisión del divorcio o separación, entre estos factores, se encuentran: la inmadurez de la pareja, el vínculo formado inadecuadamente, la educación de los hijos, la discrepancia de los ideales, entre otros más.

En la ruptura de pareja son los dos miembros los que sufren el proceso de duelo, pero pocas veces los dos cónyuges se encuentran en situaciones parecidas, por lo general uno vive la ruptura un paso adelante y el otro un paso atrás, aunque para los dos es un proceso de pérdida que tendrán que elaborar (Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

El objetivo de este trabajo es proponer un diseño de un programa de intervención para la elaboración del duelo en personas divorciadas o separadas con la meta de restablecer su salud emocional y mental de una manera óptima, por medio de métodos, técnicas y estrategias de corte psicoterapéutico cognitivo-conductual, con la finalidad de evitar el duelo patológico.

De esta manera se busca psicoeducar a la población para que vivan su duelo de manera natural y no patológica, por medio de métodos, técnicas y estrategias que les facilitarán el entendimiento y proceso del duelo.

Para este fin, el capítulo uno describe aspectos teóricos del duelo, así mismo se toma a consideración las diferentes teorías y modelos explicativos del duelo; desde la perspectiva psicoanalítica, psicosocial, cognitivo, entre otros. Además, se enfoca en los diferentes tipos de duelo con el propósito de, en la intervención psicoterapéutica, poder delimitar y diagnosticar el tipo de duelo para así poder implementar un tratamiento adecuado.

El capítulo dos se enfoca al tratamiento desde la terapia cognitivo conductual, haciendo una explicación breve en sí de la terapia por sí sola, hasta la explicación de las diferentes técnicas y estrategias que esta terapia ofrece para la elaboración del duelo por separación o divorcio.

Por último, en el tercer capítulo, se presenta la propuesta de intervención de un programa, que tiene como propósito aportar los elementos suficientes para una elaboración esperada o no patológica en el proceso del duelo en personas divorciadas o separadas recientemente.



## CAPÍTULO I. DUELO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO

### 1.1 PÉRDIDA

La elaboración de las pérdidas es uno de los temas centrales en el duelo y en la existencia humana. Cuando se habla de pérdida se hace referencia a la acción y al afecto de perder, de dejar de tener ese objeto (Soriano, 2013). Tizón (2014) define a la *pérdida* como la situación de pérdida de personas, cosas o representaciones mentales que pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y, en términos generales, los procesos de duelo y el duelo. De acuerdo a la terminología y conceptualización que Tizón (2014) formula; Pérdida en castellano, desde el *Romance del mío Cid*, es una derivación semiculta del latín *perdida*, participio pasivo del verbo *perderé*, a su vez derivado de *daré*. Según el diccionario de la RAE significa: 1. Carencia privación de lo que se poseía, 2. Daño o menoscabo que se recibe en una cosa. 3. Cantidad o cosa perdida.

Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida (Cabodevilla, 2007).

El dolor es el ingrediente estructural de la pérdida, Soriano (2013), sostiene que perder es algo “que era”, para entrar en otro lugar donde hay otra cosa “que es”. Y esto lleva a “que es” no es lo mismo “que era”. Este duelo, sea interno o externo, conlleva un proceso de elaboración de lo diferente, una adaptación a lo nuevo, aunque sea para mejorar. Este proceso se conoce como “elaboración de duelo” y se abordará a detalle más adelante.

Tizón (2004) realizó una esquematización de los diferentes tipos de pérdida que ponen en marcha los procesos de duelo, los cuales se presentan en la siguiente tabla elaborada por el autor:

Tipos de pérdidas	
Pérdidas relacionales	<p>Se considera la muerte de un ser querido, odiado, o con el cual nos relacionamos de manera ambivalente; algunas consecuencias relacionales de las enfermedades; las separaciones matrimoniales y divorcios; los abandonos a lo largo de la vida y, particularmente, las situaciones de privación y deprivación afectiva en la infancia; el abuso físico y/o sexual, en la medida en el cual con esas conductas se rompe la posibilidad de una vinculación significativa; alguna pérdida.</p>
Pérdidas intrapersonales	<p>Pérdida de aspectos o partes del <i>Self</i>. Pérdidas de partes de nuestra identidad anterior y por la dificultad de construir o reconstruir una nueva.</p> <p>Los desencuentros que siguen a algunas pérdidas reflejan directamente la dificultad de elaborar el sufrimiento por los cambios de identidad. Los desencuentros por los ideales e ilusiones anteriores (infantiles o adultos, afectivos o profesionales), las pérdidas corporales y los límites impuestos al uso del cuerpo por causa de la edad, las pérdidas de posibilidades de cambio o de alcanzar el ideal del yo que de niños y de jóvenes se construyen, la pérdida de la belleza o de determinadas características corporales o mentales. Las pérdidas cognitivas, de lenguaje, profesionales, de estatus social suelen implicar asimismo importantes pérdidas en el <i>self</i>, la identidad como sujeto.</p>

Pérdidas materiales	Si bien un objeto concreto, animado, inanimado o abstracto parece tangible y definido, el significado que adquiere para una persona tiene que ver con los afectos que al mismo se dirigen y el simbolismo que adquiere en el mundo interno del sujeto: representa una parte del <i>self</i> , a un otro significativo, una parte de la identidad individual, familiar o social.
Pérdidas evolutivas	Estas pérdidas forman parte del ciclo vital de forma continua, es por eso que a menudo no son reconocibles para el sujeto: básicamente se refiere a las transiciones psicosociales o crisis individuales y colectivas: son vividas por gran parte de los miembros de una cultura o grupo y suponen situaciones de riesgo de descompensación psicopatológica o psicosocial a pesar de su necesidad y de su más frecuente carácter evolutivo y de desarrollo; La adolescencia,

Tizón, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. En J. L. Tizón, *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. (pág. 86). Barcelona: Ediciones Paidós.

De acuerdo a la mayoría de los autores, anteriormente citados, las pérdidas relacionales son las más estresante y traumáticas.

Para O'Connor (2006), La extensión del trauma que produce una pérdida normalmente está relacionada con cuatro factores importantes:

1. *El grado de la liga*: La relación emocional más intensa, y con frecuencia, más confusa en la vida, es con uno mismo. La relación emocional que se tiene con otra persona, lugar u objeto está en proporción con la cantidad de dependencia entre la persona. La dependencia se basa en las necesidades básicas de sobrevivencia, incluyendo los aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales de la vida. En cada pérdida significativa es como si se perdiera una parte de la persona en la muerte. En buena medida el temor que producen las pérdidas se origina, al menos inconscientemente, por la amenaza que representan para la sobrevivencia de la persona. Si se depende de una persona en especial para que se ocupe de algunas de las necesidades personales, la pérdida real o intuida de esa persona ocasiona una gran perturbación en la vida y un miedo a ser incapaz de pasar sin ella.

Si la autoimagen o identidad se basa en la opinión que tiene otra persona, su pérdida puede resultar abrumadora, lo anterior es especialmente notorio si la persona que sufre la pérdida ha dependido en un plano emocional, financiero, social y/o físico de la otra persona. Para su recuperación, la persona que sufrió la pérdida tendrá que aprender a satisfacer sus propias necesidades.

2. *Tipo de pérdida*: El tipo de pérdida determina la respuesta hacia la misma.

3. *Personalidad y pérdidas anteriores*: El tercer factor que interviene en el manejo de una pérdida se relaciona con la personalidad y en la forma en como se ha manejado las pérdidas anteriores de su vida. Todos los seres humanos ofrecen cierta resistencia al dolor que producen las pérdidas en sus vidas. La resistencia sólo retrasa y prolonga lo inevitable, cuando la pérdida es severa, la resistencia a elaborar el duelo puede originar consecuencias serias, ya sea físicas, cognitivas o emocionales.

4. *Circunstancia y conocimiento previo*: El conocimiento de que va a ocurrir una muerte o una pérdida antes del hecho real es una ventaja, da la oportunidad de prepararse para el cambio y la pérdida, y elaborar el duelo antes de que suceda la desgracia.

#### 1.1.1 PÉRDIDA POR SEPARACIÓN/DIVORCIO

La pérdida de un rol pertenece a otro tipo de pérdida. En nuestra cultura, los roles son las formas más comunes en que nos definimos a nosotros mismos, el estado marital se encuentra entre uno de estos. (O'Connor, 2006)

Cáceres P., Manhey S., & Vidal P. (2009), afirman que cuando la relación en pareja concluye, aquellos que la componían deberán enfrentar la difícil tarea de redefinir aspectos de su individualidad. Es importante mencionar, que, para aquel o aquella que no quiere terminar la relación o que está, respecto del otro, en una etapa anterior del proceso de separarse, y, por tanto, de hacer el duelo por ello, tendrá una redefinición más complicada. La “reconstrucción del futuro” requiere de dejar atrás los proyectos e ilusiones que eran parte de sí mismo, cuando pertenecía a esta relación, y en este proceso se debe considerar tiempo ya que lo requiere.

En la separación conyugal, la pareja se termina, pero ambos siguen existiendo, por lo que la angustia frente a la pérdida del proyecto, del futuro, de los sueños, de las ilusiones y de la imagen de sí mismo, como pareja del otro, puede ser mitigada con la fantasía de que ese otro u otra pueden ser quienes posibiliten esa continuidad. Esto implica “mantener la puerta entreabierta” en la relación con el otro, con la idea de que “de algún modo volveremos a estar juntos de nuevo. El matrimonio fue malo, pero las consecuencias son malas o peores” Velasco y otros (2004, Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

Para Cáceres P., Manhey S., & Vidal P. (2009) la pérdida de la relación de pareja representa un gran impacto en la individualidad de cada uno de sus miembros. Por lo que resulta comprensible que sea fácil aferrarse a la pareja, más allá de la evaluación de los costos de seguir vinculados o incluso de los afectos o de la ausencia de afectos amorosos-eróticos entre quienes la forman.

Por lo anterior es importante enfatizar que la pareja proporciona la vivencia de completud con el otro. Y así como Biscotti (2006, en Cáceres P. et al, 2009) argumenta, que el otro o la otra tiene eso que, por lo menos imaginariamente cree, que le hace falta y así podría lograr. Es también reflejo de incompletud. Tanto el presente como el futuro de la pareja incluyen un intercambio relevante para ambos, un darse cosas importantes más allá del estar juntos, ese intercambio es lo que distingue y da sentido al vínculo de pareja. Sin embargo, cuando las parejas sienten que ni dan, ni reciben del otro, y que la falta de reciprocidad en la entrega se transforma en la pauta relacional básica, la posibilidad de permanecer juntos se hace complicada, aunque, hay parejas que, pese a los problemas de la vida cotidiana, se mantienen unidos y logran ciertos grados de satisfacción, lo cual podría explicarse por medio del amor Eguiluz (2006, Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

Así como la experiencia del amor, de amar y ser amado es un sustento importante en el sustento del vínculo de pareja; el desamor y el dolor también son una experiencia trascendente de la vida en pareja. Cuando se pierde la pareja, se pierde una parte importante del sentido que la vida en pareja da. Mientras más significativo es lo perdido, más doloroso es. El desamor es una experiencia dolorosa tanto para quien deja de ser amado como para el quien deja de amar (Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

Así como se planteó en el apartado de pareja y de acuerdo a Cáceres P., Manhey S., & Vidal P. (2009), la relación de pareja es concebida como una unidad imprescindible para la existencia de una

familia, por lo que cuando la pareja se disuelve, se pierde simultáneamente el sentido de familia. Por lo que, la vivencia se transforma en una doble pérdida; ya que el concepto de familia incluye a un padre y a una madre.

En el contexto cultural en el que se refleja el anhelo del control sobre la vida y la búsqueda de la perfección, la estabilidad en la relación de pareja representa un indicador más del éxito en la meta de lograr las aspiraciones que están socialmente valoradas. Es así como se puede explicar, que las rupturas de pareja son significadas como fracaso. Esta significación influye en el modo que los miembros de la pareja logran enfrentar las pérdidas asociadas a esta situación y el cómo van a organizar su vida con posterioridad, ya que tenderán a hacerlo cargando con el estigma del fracaso respecto de las expectativas sociales (Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

Vivir en pareja es una experiencia deseada por hombres y mujeres, que conecta con la totalidad y completud, y a la vez, con la incompletud y vulnerabilidad. Dicha vulnerabilidad en la pérdida de la pareja, implica transitar por la experiencia de “soledad emocional” (Davison, 2006, citado en Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009 ) que surge de la experiencia de vivir las múltiples pérdidas que trae la separación.

En todas las relaciones en que están presentes los lazos de amor, existe un elemento de pérdida cuando terminan. La separación trae un cambio descomunal, empezando con el proceso de cicatrización de la pérdida. Las separaciones en miniatura pueden preparar para pérdida mayores, ya que se puede reconocer el temor o el sentimiento amenazador cuando

la persona amada está ausente, lo cual es reconocido como ansiedad de la separación (O'Connor, 2006).

## 1.2 DEFINICIÓN DE DUELO

Tizón (2004) define al duelo como: “Un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen de la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo; el deudor, está psicosocialmente vinculado”.

El mismo autor enfatiza al duelo como un conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos que incluyen lo psicológico (los procesos del duelo), lo psicosocial, lo antropológico e incluso lo económico. Es también considerado un proceso incesante que recorre la existencia personal, sin embargo, el duelo no es tan sólo una experiencia individual, aunque, se vive a ese nivel. Es sobre todo una realidad colectiva, social y cultural. En profundidad se trata de uno de los fundamentos de las sociedades, por cuanto es la fuente de varios conjuntos de normas fundamentales de todo grupo humano: sus costumbres, rituales y leyes (Tizón, 2004).

J. Bowlby (1993) define el duelo como “todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado”.

Cabodevilla (2007), sostiene que el duelo es un proceso normal, es una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Así es que no se trata de ningún suceso patológico.

“El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estás cansado, comer cuando tienes hambre. Es la manera como la naturaleza sana un corazón roto” (J. Ripio Espiad, citado en Soriano, 2013).



De manera sintética, para Soriano (2013), algunas de las principales características del duelo son:

- El duelo es inevitable: Ser sano implica estar constantemente sumergido en experiencias de duelo, de pérdida, de separación y de cambio para la adaptación del entorno.
- El duelo conlleva sufrimiento: El proceso de duelo se asemeja al pasaje por un túnel, el único modo de salir, es atravesarlo.
- El duelo es un proceso singular: El duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante. No es un proceso que siga pautas universales (Poch, 2003 en Soriano, 2013).
- El duelo es portador de crecimiento.

Es conveniente utilizar el término duelo para referirse al período en el que se muestran a nivel psicológico, biológico o social fenómenos mentales o conductuales relacionados con la pérdida, y procesos de duelo para el conjunto de fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales) que llevan desde la pérdida afectiva a la elaboración del duelo. Así toda pérdida pone en marcha los duelos (Tizón, 2004).

El proceso de duelo se puede aplicar a todas las experiencias psicológicas y/o psicosociales que se presentan frente a cualquier tipo de pérdida: un rol social, de estatus, a la salud física o mental, a la separación de los hijos en la edad adulta, etc. (Soriano, 2013).

Ahora bien, por elaboración del duelo se entiende la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto, lo que supone que con el tiempo se da la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno

(cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales) del deudo, es decir, es una situación diacrónica que sigue un proceso. Los resultados de tal proceso no tienen por qué resultar negativos para la persona en duelo; una elaboración adecuada del duelo posee una serie de indicadores y puede dar lugar al enriquecimiento personal y a un crecimiento individual y psicosocial, sin embargo, una elaboración inadecuada del duelo dará lugar a problemas para el desarrollo personal a nivel psicológico o biológico y, en caso de generalizarse este modelo reaccional, también a problemas sociales. A nivel psicopatológico la elaboración inadecuada del duelo da lugar al *duelo patológico* (Tizón, 2004).

Los procesos de duelo y de elaboración del duelo incluyen la pena, la aflicción: el dolor y el sufrimiento, especialmente mentales, que Tizón (2004), argumenta, es necesario padecer para curar, elaborar o resolver la pérdida. También incluyen las ideas de reacción, proceso de adaptación y procesos adaptativos, cabe mencionar que la palabra proceso, se refiere, a un carácter cíclico, con vaivenes y retroacciones, con el cual cursan los sufrimientos y sentimientos ante la pérdida. Los procesos adaptativos, hacen referencia a la persona en duelo que deberá de conformar su mundo interno y sus relaciones externas a una nueva situación, la cual ha de incorporar la pérdida o deterioro del objeto de la pérdida u objeto perdido (Tizón, 2004).

Por lo anterior y en un sentido amplio se entiende al duelo y a los procesos del duelo como conjuntos de representaciones mentales y de conductas vinculadas con una pérdida afectiva.

### 1.2.1 TIPOS DE DUELO

M. Klein (citado en González & Nevado, 2017) menciona que el proceso de elaboración del duelo significa reinstalar dentro de uno mismo a los seres queridos, darle una presencia

interna en la que el ser querido no sea un perseguidor interior que genere culpa sino un recuerdo agradable.

Tizón (2004) refiere a la relación entre procesos de duelo y psicopatología como una relación estrecha. Sus interacciones y retroacciones se encuentran desde dos perspectivas. Por un lado, los duelos acumulados y/o insuficientemente elaborados que favorecen el desequilibrio mental; la psicopatología. Y, por otro lado, los trastornos psicopatológicos establecidos que suelen suponer dificultades, específicas en la elaboración del trabajo del duelo. La interrelación resulta sumamente clara, en la infancia: los duelos graves o acumulados durante ella parecen correlacionar con trastornos psicopatológicos en la propia infancia y en edades posteriores. En sentido opuesto, los trastornos psicopatológicos previos, de los niños o de sus progenitores, suele suponer inconvenientes para la elaboración del duelo.

La perspectiva de la psicología y la psicopatología basada en la relación (Tizón, 1995, 1999, 2000, 2001, 2004) puede proporcionar interesantes propuestas y vías de comprensión para el enfoque de estos problemas por parte de los que intentan el acompañamiento o la asistencia en duelos. Esa perspectiva relacional de la psicopatología se apoya en la realidad de cada trastorno mental o de personalidad que supone el predominio de una forma de relación particularizada, basada en sustratos y desencadenantes biológicos y sociales (Tizón, 2004).

Por su parte, González & Nevado (2017) afirman que se pueden definir muchos tipos de duelo de acuerdo a sus reacciones, intensidad, modo de ser percibido y, sobre todo, tiempo de recuperación y reinserción social de los dolientes.

Con base a lo anterior, se intenta hacer una síntesis de los diferentes tipos de duelo que hasta la actualidad se han propuesto.

### 1.2.1.1 DUELO NORMAL

En el proceso de duelo normal existe un comienzo, un trabajo activo de aflicción y una resolución o reorganización de la vida del superviviente después de la pérdida. Este proceso se desarrolla de manera individual y no existen dos duelos iguales.

El proceso de duelo normal según Kübler-Ross (citado en González & Nevado, 2017) dura entre 6 y 18 meses, aunque el tiempo de su elaboración es relativo. La aflicción va disminuyendo en frecuencia e intensidad, pero el proceso se acentúa en determinadas fechas o sucesos. Por lo general, su duración es superior a lo que la sociedad actual acepta.

### 1.2.1.2 DUELO PATOLÓGICO

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado” (Meza Dávalos, E., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L, Sauri Suárez, S, & Martínez Silva, B, 2008).

Según A. Pangrazzi (citado en González & Nevado, 2017), lo que distingue el duelo normal de anormal o patológico es la intensidad y la duración de las reacciones en el tiempo. El duelo patológico se produce cuando la persona se ve superada por la pérdida. Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su

intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración de la pérdida.

Además de lo descrito anteriormente, algunas de las señales de alerta que pueden inducir a sospechar de un duelo patológico según (González & Nevado, 2017) son:

- o Falta total de respuesta ante la pérdida.
- o El dolor intenso prolongado.
- o Sentimientos desproporcionados de culpa.
- o Idealización de la pérdida
- o Ausencia de recursos personales, familiares y sociales.
- o Historia previa de trastornos psicológicos.
- o Estar absorto en los recuerdos.
- o Síntomas hipocondríaco.
- o Dependencia a sustancias adictivas.
- o Agotamiento nervioso.

### 1.2.1.3 DUELO CRÓNICO

El duelo crónico se produce cuando las reacciones del proceso de duelo se arrastran durante años, de modo que el familiar es incapaz de reinsertarse socialmente y tiende a fantasear con el pasado (González & Nevado, 2017).

Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. Cobo Medina (2001, citado en Meza Dávalos, E., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L, Sauri Suárez, S, & Martínez Silva, B, 2008) dice que existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia.

#### 1.2.1.4 DUELO ANTICIPADO

El duelo no comienza en el momento de la pérdida, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad o retroceso, se produce tristeza, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida (Meza Dávalos, E., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L, Sauri Suárez, S, & Martínez Silva, B, 2008).

Fue descrito por Lindeman para indicar aquellos tipos de pérdidas de facilitan el desapego emotivo antes que ocurra la pérdida. El duelo anticipado ayuda a tomar conciencia, de manera paulatina, de cuanto está sucediendo, ayudando a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo.

#### 1.2.1.5 DUELO RETARDADO

Deutsch (1937, citado en González & Nevado, 2017) postula que la reacción diferida se muestra en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo son capaces de mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento, en ocasiones es la preocupación de ayudar a familiares y atender las exigencias de las circunstancias que “no les da tiempo” para ocuparse de sí mismas.

#### 1.2.1.6 DUELO AMBIGUO

González & Nevado (2017) lo describen como un duelo que aparece como consecuencia de la no presencia física del muerto. Ocurre en familiares que no pueden cumplir con los rituales de la despedida y que constantemente se realizan preguntas tipo: ¿volverá o no?

Por su parte, Cabodevilla, I., (2007) describe a la a pérdida ambigua como la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar. Existen dos tipos de pérdida ambigua. En el primero, los deudos perciben a determinada persona como ausente físicamente, pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo. Esta forma de duelo ambiguo aparece muy frecuentemente en catástrofes y desaparecidos por distinta índole. En el segundo tipo de pérdida ambigua, el deudo percibe a la persona como presente físicamente, pero ausente psicológicamente. Muy común en personas con demencias muy avanzadas o que han sufrido daño cerebral y se encuentran en estado vegetativo persistente.

### 1.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO

Como ya se mencionó anteriormente, la vida humana se encuentra siempre con pérdidas. En este sentido, la vida humana y el crecimiento o desarrollo psicológico pueden entenderse como un conjunto de procesos de duelo escalonados e imbricados. Sin embargo, aunque no es posible evitar los duelos, puede reaccionarse ante ellos de diferente forma (Tizón, 2004)

Freud (1917, citado en, Tizón, 2004) describe una forma maníaca de enfrentar el duelo, negando el dolor y la pérdida; de forma melancólica, donde la sombra del objeto cae sobre el YO, y de forma paranoide, sintiéndose perseguido, somatizando el sufrimiento mental, haciendo descargas corporales masivas de la ansiedad provocada por el duelo o de otras formas.

Para Tizón (2004), los duelos, las reacciones ante la pérdida y la frustración, suelen comenzar con un impacto, ya que generalmente no se espera esa pérdida. En caso de que la pérdida sea previsible, se puede poner en marcha los fenómenos del duelo anticipatorio.

Además de la pena que sigue a la pérdida, el duelo anticipatorio aumenta la intensidad del lazo que une a la persona cuya vida o *self* son amenazados, lo que causa la fuerte tendencia, al menos a nivel intrapsíquico, a permanecer estrechamente unidos a ella.

Lo seres humanos tienden a mostrar una serie de sentimientos y conductas, las cuales son expuestas en la siguiente tabla extraída de la obra de Tizón (2004) *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*.

Manifestaciones del duelo normal	
Emociones, sentimientos	Tristeza, enfado, culpa y autoreproches, ansiedad, añoranza y anhelo, soledad, impotencia, shock, sensaciones de despersonalización, alivio, sentimiento de liberación.
Sensaciones (emociones visceralizadas)	Insensibilidad, vacío en el estómago, opresión en el pecho, falta de aire, opresión en la garganta, hipersensibilidad en el ruido, debilidad muscular, fatiga, falta de energía, sequedad en la boca
Cogniciones	Irrealidad, confusión, preocupación/dudas/obsesiones, ilusiones/pseudo alucinaciones, alucinaciones.



Conductas de duelo	Trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, distraibilidad, confusiones, aislamiento social, sueños con lo perdido/fallecido, evitación de recuerdos en relación con lo perdido/fallecido, búsquedas de lo perdido/fallecido, evitación de lugares que recuerdan lo perdido/fallecido, llantos, suspiros, llevar y/o atesorar objetos que recuerdan...
--------------------	---

Tizón, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. . En J. L. Tizón, *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia.* (pág. 831). Barcelona: Ediciones Paidós.

Desde Bowlby, se parte de la idea que el prototipo de los procesos de duelo y los primeros duelos son lo que acontecen en el infante, como ya se mencionó anteriormente en el apartado de pérdida, las primeras situaciones de pérdida de lo amado se dan desde los primeros momentos de la vida, de ahí parte, la importancia del papel de la madre como el otro externo primordial del ser humano en formación. Con lo anterior se hace énfasis, en que posteriormente las pérdidas que se presentan en la vida van a ser frecuentes, que de alguna forma no hay manera de evitarlas y la manera de enfrentarlo va depender de la persona (Tizón, 2004).

Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados puede crónificarse en cualquiera de las formas de la psicopatología, lo que puede hacer recaer al individuo, desequilibrando sus sistemas de contención emocional, los cuales, son los mismos para el duelo: I. El mundo interno y los objetos interno, II. El yo y los sistemas y capacidades yoicos. III. El cuerpo y

el *self* corporal. IV. La familia. V. Las redes no profesionalizadas de asistencia. VI. Las redes profesionalizadas.

Si esos sistemas y medios de contención del dolor y sufrimiento emocional desencadenado por las pérdidas afectivas y los duelos son receptivos y flexibles, entonces, el duelo elaborado puede suponer un aumento de la creatividad del individuo, de sus capacidades de relaciones internas y externas y de su salud física y mental. Sin embargo, si el duelo se encuentra insuficientemente elaborado, puede llevar a una cronificación del sufrimiento psicológico, a trastornos psicosociales y a la eclosión de diversos tipos de psicopatología (Tizón, 2004).

En cualquier caso, todo duelo pone en marcha una serie de sentimientos, cogniciones y conductas, generalmente variados, alternantes y abigarrados. De todos ellos; la tristeza, aflicción o pena es lo más común y característico.

El duelo y en general, las reacciones ante la pérdida afectiva son componentes psicológicos fundamentales al menos por las siguientes razones que expone Tizón, (2004).

- a) Ponen en marcha las primeras emociones humanas.
- b) Son una respuesta cognitivamente y socializada de dichas reacciones humanas ante la pérdida y la frustración afectiva.
- c) Son moldeadores del desarrollo y el psiquismo.
- d) Por tanto, son moldeadores de la personalidad y de sus instancias o componente fundamentales: conciencia moral, tipos de defensas, patrones de reacción, etc.
- e) Contribuyen de forma destacada a moldear la posible psicopatología y, desde luego, los conflictos humanos individuales y microsociales.

- f) Contribuyen a mantener en continuo cambio los sistemas neurobiológicos (y neuro-endocrino-inmunitarios), de personalidad, microgrupales y grupales humanos.
- g) Conforman la reacción dialéctica fundamental de la psicopatología: los duelos graves y reiterados favorecen la psicopatología y ésta facilita la inmersión en nuevos duelos y pérdidas afectivas por los trastornos relacionales que todo trastorno psicopatológico conlleva.
- h) Han proporcionado elementos para una nueva visión de las defensas y los mecanismos de defensa, del concepto y estructura del *self* o sí-mismo, de los objetos internos, de las memoria afectiva o semántica, etc.
- i) Han proporcionado las bases para la teoría del apego, uno de los programas de investigación fundamentales de la psicología.

### 1.3 FASES DEL DUELO

Para Kübler-Ross (2017), las etapas del duelo han evolucionado desde el momento en que fueron introducidas, nunca se concibieron para ayudar a introducir las emociones turbias en pulcros paquetes. Son reacciones a la pérdida que muchas personas tienen, pero no hay una reacción a la pérdida típica, ni tampoco existe una pérdida típica. El duelo es tan propio como la vida.

Las cinco etapas: I. Negación. II. Ira. III. Negociación. IV. Depresión y V. Aceptación, forman parte del marco en el que se aprende a aceptar la pérdida. Son instrumentos para enmarcar e identificar lo que se siente, sin embargo, no son paradas en ningún proceso lineal. Son etapas que permiten conocer el proceso de duelo, lo cual permite vivir y afrontar mejor las pérdidas (Kübler-Ross, 2017).

### 1.3.1 NEGACIÓN

La negación es más simbólica que literal. Ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido para la persona en duelo, se queda conmocionada, negando los hechos. Se vuelve insensible, haciéndose preguntas: ¿Cómo seguir adelante?, ¿Se puede seguir adelante?, ¿Por qué debería seguir adelante? Se intenta hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción ayudan a afrontar la situación y a sobrevivir. La negación dosifica el dolor de la pérdida y se encuentra un alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que se es capaz de soportar (Kübler-Ross, 2017).

Para Kübler-Ross (2017), estos sentimientos son importantes: son los mecanismos de protección de la psique. Dejar entrar de golpe a todos los sentimientos asociados a la pérdida es algo emocionalmente abrumador. El deudo, no puede creer lo que ha sucedido porque, de hecho, es incapaz de hacerlo. Creer todo en esta etapa sería excesivo.

La negación a menudo se concreta en un cuestionamiento de la realidad: ¿Es cierto?, ¿Ha pasado realmente?, ¿Es verdad que ya no está? La cuestión no es olvidar, sino aprender a vivir con la pérdida. Las personas a menudo se descubren contando la historia de su pérdida en repetidas ocasiones, lo cual es una de las formas en que la mente humana afronta los traumas. Es una manera de negar el dolor mientras se intenta aceptar la realidad de la pérdida. Cuando la negación remite, va siendo poco a poco sustituida por la realidad de la pérdida (Kübler-Ross, 2017).

Kübler-Ross (2017), enfatiza que conforme se va aceptando la realidad de la pérdida y se comienzan a hacer preguntas, se está iniciando sin saberlo el proceso de curación. La persona en duelo se está fortaleciendo y la negación está empezando a remitir. Pero conforme se remite, comienzan a aflorar todos los sentimientos que se estaban negando.

### 1.3.2 IRA

La ira no tiene por qué ser lógica ni válida. La ira sólo aflora cuando la persona en duelo se siente seguro como para saber que sobrevivirá pase lo que pase. Al principio el hecho de haber sobrevivido a la pérdida resulta sorprendente, luego aflora más sentimientos y la ira suele situarse en primer lugar, conforme va invadiendo el sentimiento de tristeza, el pánico, el dolor y la soledad, con más intensidad. Estos sentimientos a menudo desconciertan a los seres que los rodean, ya que inician justo cuando el deudo comienza a funcionar otra vez a nivel básico (Kübler-Ross, 2017).

Para Kübler-Ross (2017), la ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Se tiene que estar dispuesto a sentirla. Cuanto más auténticamente se sienta, más rápido comenzará a disiparse y más rápido la superará. Hay muchas otras emociones bajo la ira, y la persona en duelo las elaborará a su tiempo, pero la ira es la emoción con la que estamos más habituados a tratar. La ira es una emoción útil hasta que se deja atrás los primeros embates. Entonces se estará listo para ahondar más, mientras se realiza el duelo, la ira volverá en sus múltiples formas.

La misma autora refiere a la ira sin límite, ya que no solo puede extenderse a los amigos, los médicos, la familia, a uno mismo o a la persona que ha perdido, sino también a Dios, dependiendo de la religión.

Si se le pide a la persona en duelo que supere la ira demasiado rápido lo único que se consigue es alejarlas de las personas que le pueden brindar apoyo. Debajo de la ira anida el dolor, es natural sentirse desamparado y abandonado, ya que se vive en una sociedad que teme a la ira. Las personas a menudo refieren a la ira como inoportuna, inapropiada o desproporcionada. Algunas personas la perciben como dura o excesiva.

Lo importante de esto es, detectar a la ira como una fuerza que puede anclarse, confiriendo temporalmente estructura al vacío de la pérdida. En general, se está más acostumbrado a contener la ira que a expresarla. La ira es una reacción natural a la injusticia de la pérdida. La ira afirma que se puede sentir, que se puede amar y que se puede perder. Cuanta más ira se permita expresar, más sentimientos se encontrarán. La ira es la emoción más inmediata (Kübler-Ross, 2017).

### 1.3.3 NEGOCIACIÓN

Después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. La negociación va acompañada de la culpa. Para Kübler-Ross (2017), Los “ojalas” inducen a criticar lo que se “cree” que podría haber hecho de otra forma. Es posible que, durante esta etapa, se pacte el dolor. La negociación puede aliviar temporalmente el dolor que conlleva al duelo.

Para la misma autora, la negociación puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a la psique el tiempo que se necesita para adaptarse. La negociación puede llenar espacios que generalmente dominan las emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento estable. Permite creer que se puede restaurar el orden en el caos en el que se encuentra.

La negociación cambia con el tiempo, cuando se atraviesa la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras se explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. Aunque lamentablemente, la mente siempre llega a la misma conclusión: la trágica realidad (Kübler-Ross, 2017).

#### 1.3.4 DEPRESIÓN

Para Kübler-Ross (2017), después de la negociación, la atención se dirige al presente. Se hace presente la sensación de vacío, y el duelo entra a un nivel más profundo. Parece que esta etapa depresiva va durar para siempre.

Es importante comprender que la depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una pérdida. La pérdida de un ser querido es una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo extraño sería no sentir depresión tras la pérdida (Kübler-Ross, 2017).

En el duelo la depresión es uno de los recursos de la naturaleza para protegernos, bloquea al sistema nervioso para que podamos adaptarnos a algo que sentimos que no podremos superar.

Kübler-Ross (2017), describe al duelo como un proceso de curación, considerando que la depresión es uno de los pasos necesarios a superar para conseguir la curación. Cuando se es consciente de que se encuentran en depresión o las personas cercanas hacen referencia a que la persona en duelo está deprimida, es posible que de primera instancia haya una resistencia.

La depresión clínica es un grupo de enfermedades que puede caracterizarse por un estado depresivo a largo plazo. Sin embargo, la sociedad considera que una tristeza normal es una depresión que conviene curar. La depresión normal es la tristeza que se siente en determinados momentos de la vida, cuando una depresión normal se transforma en una depresión clínica que requiere ayuda profesional, los antidepresivos son una opción para el tratamiento (Kübler-Ross, 2017).

Con lo anterior, el tratamiento de la depresión es un acto de equilibrio. Se debe aceptar a la tristeza como una etapa apropiada y natural de la pérdida, pero no se debe permitir que una depresión descontrolada y permanente afecte la calidad de vida.

La autora de “Sobre el duelo y dolor”, argumenta que por muy difícil que sea de aceptar, la depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. Ya que obliga a ir más lento, permitiendo evaluar la forma real de la pérdida. Obliga a la persona en duelo, a reconstruirse de nuevo desde la nada. Limpia el camino para crecer.

### 1.3.5 ACEPTACIÓN

Para Kübler-Ross (2017), la aceptación suele confundirse con la sensación de estar bien o estar de acuerdo ante la pérdida. Sin embargo, en esta etapa, se acepta la realidad de la pérdida y se reconoce que la realidad, es la realidad permanente. Se aprende a vivir con ella, ya que es la nueva norma con la que se debe aprender a vivir. La aceptación es cuando la readaptación y la curación final pueden afianzarse con firmeza, a pesar de que se ve y se siente la curación como algo inalcanzable. La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse.

### 1.4 DUELO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO

Una ruptura de pareja es un acontecimiento vital que genera un proceso de duelo. Toda separación supone una pérdida. (Testor, Valls Vidal, Davins Pujol, & Aramburu Alegret , 2009).

Los mismo autores argumentan que, en la ruptura de pareja son los dos miembros de la díada los que sufren el proceso de duelo, pero pocas veces los dos cónyuges se encuentran en situaciones parecidas, ya que normalmente uno vive la ruptura como un paso adelante y el otro como un paso atrás, aunque para los dos es un proceso de pérdida que tendrán que



elaborar y que será necesario entender que elementos de protesta se mezclan con la nostalgia y la pena inicial y como éstas oscilan entre la melancolía, la desesperanza y el desafecto. Además, todo está interferido o favorecido por emociones tales como el odio, la rivalidad, los celos, la envidia, la necesidad y los deseos de controlar al “objeto” o a otros “objetos” sustitutos para no perderlos igualmente (Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

De esta manera se va formando una situación psicológica especial a la que se denomina duelo. En las situaciones de ruptura vincular el proceso de duelo empieza mucho antes de la separación, y este es, cuando empieza a imponerse el sentimiento de que no habrá manera de recomponer la relación, lo que inicia el proceso con la sensación de pérdida.

El duelo acaba con la reintroyección del objeto que se perdió en los momentos de tristeza, protesta y desesperanza. En los casos de divorcio la reintroyección de lo que se ha perdido y la resolución de la ambivalencia aparecen cuando los cónyuges han integrado la nueva situación sin necesidad de negar la realidad, aceptando el fracaso de su anterior relación de pareja (Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

Por su parte Boos (2001, citado en García Plaza, D., 2014), describe al duelo amoroso como un tipo de duelo ambiguo que suele ser muy común en la vida de las personas, donde se experimentan estados afectivos y cognitivos negativos, así como conflictos en las relaciones sociales del entorno íntimo de la persona. La persona que vivencia una ruptura amorosa pasa por un duelo ambiguo experimentando sentimientos de impotencia, depresión, ansiedad, y conflictos en las relaciones sociales. Para esta autora, Boss (2001), el duelo ambiguo es una pérdida muy común en la vida de la gente, sin embargo, su presencia ocasiona mucho estrés, dejando a su paso desconcierto. Esto ocurre debido a que se

desconoce si es que esta pérdida será temporal o definitiva, existiendo esperanza de que las cosas vuelvan a ser como eran.

En la ruptura amorosa la persona está físicamente presente, pero psicológicamente ausente, donde se considera a la anterior pareja como inalcanzable a pesar de estar muy presente en el mismo contexto social (Boss 2001, en García Plaza, D., 2014).

El duelo por separación o divorcio no va a ser llevado de la misma manera que un duelo por muerte, en primera porque se está en otro contexto y en segunda porque esto va a depender de la experiencia que le haya tocado vivir a cada persona, de la etapa de amor en la que haya finalizado su relación amorosa, el tipo de vínculo que se haya generado con la ex pareja, y del ciclo vital por el cual se esté atravesando (Mason, Law, Bryan, Portley, y Sbarra, 2011).

La elaboración normal del duelo tiende a la reconstrucción del mundo interno, enriquecido por la nueva experiencia y por una confianza básica fortalecida. Entonces, se pueden recomponer los vínculos con el mundo externo, deteriorados parcialmente por la pérdida. El crecimiento de toda persona está ligado a su capacidad de gestionar de modo constructivo las pérdidas de su vida. La mala elaboración del duelo puede aparecer por la persistencia del odio hacia el objeto perdido con actitudes maníacas de triunfo sobre el mismo, situación que incrementa los sentimientos de culpa y que puede imposibilitar la buena marcha de todo el proceso. Si fracasa la elaboración del duelo ante la situación de divorcio los resultados pueden provocar una desorganización más profunda (Testor, C. P., Valls Vidal, C., Davins Pujol, M., & Aramburu Alegret, I., 2009).

Por ejemplo, se puede presentar una falsa salida en la utilización de defensas maníacas. Los sentimientos de control, triunfo y menosprecio hacia el otro miembro de la pareja pueden provocar una reacción de negación de la pérdida y de la afectación que esta pérdida

produce. Puede empezar entonces una auténtica huida hacia delante: todo lo que queda atrás se ha de olvidar y rechazar. En estas situaciones se establece una lucha desesperada por la integración rápida y forzada que puede comportar nuevos emparejamientos que se convierten de esta manera en una pseudo-integración. Se niega el dolor y no se reconocen los sentimientos de tristeza, melancolía o celos, provocando una tensión interna difícil de controlar (Testor, C. P., Valls Vidal, C., Davins Pujol, M., & Aramburu Alegret, I., 2009). Con base a los mismos autores, otra forma de fracaso en la elaboración del duelo es la utilización de defensas obsesivas, intentando una reparación repetitiva e insuficiente. La pérdida es vivida y reconocida, pero con el sentimiento de que está profundamente ligada al daño que se ha provocado al objeto, dado el mismo odio y sadismo. El cónyuge que se separa está ambivalente debido al temor de que la ruptura no haya sido una buena decisión o de que haya sido motivada por el orgullo o desdén del momento. Puede sentirse entonces culpable por el mal que en su fantasía ha provocado en los objetos internos con sus ataques, críticas y desvalorizaciones. El proceso puede complicarse más al revivir todos estos ataques dirigidos a su pareja.

Para Montaña (2001), la forma específica del sentimiento que surja, depende de los conocimientos, creencias, actitudes de la persona y de la percepción de la situación externa. En la obra *¿Otra vez solos?* de Montaña (2001), se describen cuatro fases por la que pasa la persona en duelo a la ruptura de un noviazgo o divorcio, las cuales serán descritas a continuación:

#### 1.4.1 PRIMERA FASE: NEGACIÓN

Para Montaña (2001), esta fase cae en la posición de evitar todo lo que suceda. La forma de reaccionar en el caso del divorcio, depende de las causas que dieron origen al hecho, así

como de la personalidad de cada quien y de su manera de percepción. Se da el caso de personas que han durado muchos años y otras casi toda la vida sin salir de esta etapa. Una forma de identificarlas, según la autora, es cuando se dice a sí mismo y, en ocasiones a los demás: “Esto no puede ser”, “Esto no me puede estar sucediendo a mí”, “Mejor que se haya ido, ya pasará” “Él o ella ya regresará arrepentido y me buscará para pedirme perdón”, cuando ninguna de las situaciones es factible, debido a que se ha llegado al fin de una etapa. Para algunas personas esta etapa se vuelve eterna, y tratan de inmortalizarlas dejando todo tal y como quedó el día en que partió el cónyuge. Otras personas, rompen, se deshacen de las pertenencias para luego llorar de dolor profundo, por el sentimiento de confusión y soledad. Empiezan a experimentar sensaciones físicas, afectivas, mentales y a cambiar la forma de actuar.

Existe la posibilidad de que una persona más o menos fuerte pueda afrontar mejor el hecho si se siente menos asustada frente a la situación. Por lo general, la negación es una defensa provisional que pronto será sustituida por la aceptación parcial que permitirá manejar de una mejor manera el dolor y la angustia de enfrentar el cambio. Dicha negación, si se mantiene, no siempre aumenta el dolor, en ocasiones, la persona se acostumbra a ella, haciendo que el dolor se maneje de forma más favorable para más adelante afrontar con serenidad la vida de soledad y cambio (Montaña, 2001).

#### 1.4.2 SEGUNDA FASE: AFRONTAR

Algunas personas buscan diferentes mecanismos de escape tales como el encierro, el llanto, evitar hablar de esa persona, tomar licor con los amigos o refugiarse equivocadamente en alguien a quien se suele magnificar o ver perfecto (Montaña, 2001).

Como se suele saltar de negación a afrontamiento, es común que una persona esté en terapia de siete meses a un año para olvidar. Esto depende del tiempo de relación, de la calidad de la relación y hasta de la dependencia, para superar la experiencia y estar listos y recomenzar en la vida. Cuando no se busca ayuda, una persona puede llegar a no superar y es más fácil lograrlo por medio de terapia o grupos de apoyo, en donde se compartirá con personas hombres y mujeres que están en igual etapa o experiencia (Montaña, 2001).

En esta etapa, la autora del libro *¿Otra vez solos?*, Montaña (2001), detalla algunos sentimientos que se experimentan, la manera de ir soliviantado y cómo superarlos, además de una breve explicación de la alteración del sistema nervioso, que se relaciona con la alteración del sentir y del actuar.

El enamoramiento se caracteriza por una basculación que va de lo inconcreto a la obsesión. Se presentan síntomas como taquicardias, sofocamientos, ansiedad y esperanza, dichos síntomas, aumentan la producción de sustancias en cerebro; difeniletilamina, dopamina o adrenalina que se encargan de producir los estados de euforia y encantamiento propios de la grandeza del momento. Lo anterior hace que el cerebro a su vez se defiende de tanta alerta y produzca opiáceos endógenos (endorfinas), generando paz y tranquilidad, produciendo una especie de adicción o intoxicación orgánica agradable (Enciclopedia de la Psicología. Tomo I, pág. 124, citado en Montaña, 2001).

Por lo tanto, una vez que entra en conflicto y se afronta la ruptura, baja automáticamente la producción de estas sustancias, produciendo sensaciones no placenteras y desagradables, tales como la tristeza y la melancolía hasta llegar a la depresión. Es importante recordar que los estados de ánimo están sometidos al equilibrio-desequilibrio de neurotransmisores cerebrales (dopamina, noradrenalina, serotonina). Por esa causa, en momentos de angustia se experimenta la falta de los neurotransmisores que provocan el estado de ansiedad y

agonía que no se sabe enfrentar. Por ello, muchas personas prefieren seguir en una relación tortuosa antes que aceptar la ruptura, por lo general, para esas personas es mejor soportar una relación conflictiva que los síntomas del duelo, aunque en el fondo, estos son conscientes de que tarde o temprano terminará por cansarlos. La sensación de agonía sucede en todo ser humano, sin excepción, en mayor o menor grado cuando se enfrenta ese doloroso proceso de ruptura (Montaña, 2001).

En esta etapa de afrontamiento, los amigos y familiares son un papel importante, ya que, por medio del diálogo, logran hacer que la persona acepte. Esta aproximación debe ser cuidadosa, puesto que no se debe obligar al afectado a hablar del tema, sino que debe ser espontáneo (Montaña, 2001).

De acuerdo a Montaña (2001), se suele dar una reacción típica, el aislamiento. Depende de la persona y la reacción, algunas evitan tener contacto con otras personas con el fin de evadir preguntas molestas e incómodas acerca de la ex pareja. Por unos días el aislarse es bueno, ya que, permite analizar e incluso aceptar. Pero cuando el aislamiento es demasiado prolongado, hace que la persona llegue hasta enfermar. Por lo tanto, los amigos y familiares, ayudan a salir a la persona.

Algunas personas en esta etapa presentan intentos suicidas, reacciones psicóticas y mecanismos de escape como tomar exceso de licor, tranquilizantes, etc. Por lo anterior, Montaña (2001), propone:

1. Tratar de tranquilizarse. Ingerir agua, caminar, realizar algo que signifique tranquilidad. Si hay demasiada alteración en el momento de crisis, los psiquiatras recomiendan algún tranquilizante.
2. Busque ayuda con alguna amiga, con la familia, con alguien que la pueda escuchar y momentáneamente acompañar.

3. Busque ayuda espiritual. Independientemente del culto religioso al que pertenezca o de las ideologías, se trata de recurrir a algo más grande que la persona en duelo. Esto hará sentir una liberación de la responsabilidad tan grandes que signifique el solucionarlo todo.
4. Elaborar un listado de las cosas negativas de su pareja y otro de las cosas positivas. Generalmente se encuentran más cosas negativas que positivas. El objetivo del listado es empezar por controlar los pensamientos de añoranza, deseo de cambio, de amor. Reemplazar por pensamientos reales que conlleven a entender que eran más las desventajas de la relación que ventajas. Es uno de los primeros pasos para empezar a olvidar.

### 1.4.3 TERCERA FASE: IRA, VENGANZA, DEPRESIÓN

#### 1.4.3.1 IRA

Cuando se pasa de negar a afrontar, no se mantiene la primera fase de negación, esta, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento, etc. Esta etapa es difícil de afrontar para la familia y las personas cercanas, debido a que la ira se desplaza a todas direcciones y se proyecta contra lo que le rodea. Pasadas estas reacciones, es común, que después la persona responda con dolor, culpabilidad, vergüenza, eludiendo a las personas que se quieran acercar o acompañar, ya que quienes los rodean terminan por alejarse, por no darle la atención, agudizando así el aislamiento (Montaña, 2001).

Muchos de quienes rodean a la persona en crisis, no comprenden que este sentimiento de ira no es contra ellos, sino quien lo está experimentado es sólo una persona que reacciona así debido a las circunstancias (Montaña, 2001).

Para Montaña (2001), cuando la situación maneja a la persona y no la persona a la situación, se complican las cosas debido a que la sensación de ira o enojo se suma a la de dolor. Por lo anterior, es importante identificar el momento de buscar ayuda profesional.

### 1.4.3.2 VENGANZA

La venganza es un sentimiento que todas las personas experimentan en esta fase, debido a que quedan, en la mayoría de los casos, resentidas y dolidas por las circunstancias de la ruptura o por la no aceptación de la misma, provocando que la persona inicie una serie de planes encaminados a castigar a la pareja por el dolor o daño causado. Aunque en muchas ocasiones, los planes no pasan de ser planes (Montaña, 2001).

Para Montaña (2001), esta situación produce por momentos, sensación de tranquilidad al imaginar que se calma el dolor, de esa manera, pero vuelve a la realidad y no es capaz de actuar por temor a las consecuencias. Sin embargo, han existido casos en los que, las cosas se complican y terminan en tragedias, dichos casos son denominados “actos de ira e intenso dolor”, en donde la mente del ser humano se puede llegar a trastornar. Los rasgos de personalidad y la influencia de personas cercanas al dolido para evitar que se llegue a la acción son un factor importante en esta fase.

Los casos en los que las personas se desubican son difíciles de tratar, exigen remitir a la persona en duelo a un profesional (psiquiatra, psicólogo) o en otros casos en la cárcel, pagando el precio del descontrol. Por lo anterior se recomienda la terapia y reflexión (Montaña, 2001).

Montaña (2001), propone las siguientes recomendaciones para controlar las manifestaciones de ira:

- a) Dejar salir la ira: Es recomendable hacerlo en un momento a solas, así no herirá a nadie. Llorar, gritar, descargar energía negativa y resentimientos. Un ejemplo, tomar cojines y arrojarlos.
- b) Practicar algún deporte



- c) Aprender alguna técnica de relajación que permita desconectarse del pensamiento que atormentan.
- d) Asistir a terapia psicológica.

#### 1.4.3.3 DEPRESIÓN

Según Montaña, cuando la persona no puede seguir negando la realidad ni estallar en ira, sustituye estos sentimientos por una sensación de pérdida, tristeza y melancolía, su comportamiento tenderá a paralizarse, no querrá salir ni realizar ninguna actividad. Se encontrará en un estado depresivo profundo (Montaña, 2001).

Dentro de los estados depresivos, Montaña, destaca dos tipos:

1. Endógena: Consiste en que la persona presenta un déficit de alguna sustancia en el sistema nervioso, la cual necesariamente deberá ser tratada por un médico o psiquiatra. Este tipo de depresión no se acomoda al caso, pues en la depresión endógena, por lo general no existe ningún agente externo que la genere.
2. Exógena: Se presenta cuando la persona tiene alguna dificultad. La reacción generalmente es de melancolía, pérdida del apetito, insomnio, llanto, angustia, rumiación del pensamiento, sensación de fracaso, baja autoestima. El problema, por lo tanto, debe ser tratado por un psicólogo, a fin de orientar a la persona en duelo.

El estado inicial de la depresión, cuando se da una pérdida real, es reactivo, ya que el dolor que experimenta la persona produce una reacción que se traduce en asumir todas las reacciones ya descritas (Montaña, 2001).

Una segunda faceta del proceso es dada por una depresión preparatoria, en donde la persona asocia la pérdida no solo al ser amado, sino también a la situación económica, al futuro de los hijos. Sentirá y pensará que nadie más le va a amar, que jamás volverá a

amar, no podrá confiar en alguien, por lo que el comportamiento que deben asumir las personas que rodean a la persona afectada, es intentar animarla, considerar lo positivo, tener una visión a futuro positiva, etc. Aunque algunas veces esta actitud funciona momentáneamente, las personas en duelo llegan a experimentar la soledad y recaen ya que por sí mismas no poseen las herramientas. El manejo debe hacerse con énfasis en cambiar el pensamiento y aceptar la realidad (Montaña, 2001).

La recuperación de la persona se va dando en forma escalonada. Dentro de este proceso, es bueno tener en cuenta que no todas las personas reaccionan de igual manera ante los problemas: algunas analizan la situación, los pros y los contras, y salen muy rápido de la crisis; otras seguirán por más tiempo. Comúnmente el tiempo que se da entre estas primeras etapas de duelo es de siete a doce meses, con la variable que sea dirigido por un profesional (Montaña, 2001).

#### 1.4.4 CUARTA FASE: ACEPTACIÓN

Cuando la persona acepta su realidad y aprende a vivir con ella, ya no sentirá ira, rabia, tristeza, angustia. Su sentimiento estará plano. Por tanto, comprenderá que ya pasó y que ahora podrá empezar una nueva vida. (Montaña, 2001).

En esta fase, una buena aliada suele ser la meditación. Es importante, ya sin el dolor o la ira, identificará las dificultades vividas. Se deben obtener conclusiones que permitan no volver a cometer los errores vividos durante el proceso y antes del proceso (Montaña, 2001).

En ocasiones se cree que el verdadero significado de la vida está en la pareja, en los hijos, cuando en verdad es todo un contexto, un todo dividido por partes, y cada parte debe gozar

de equilibrio para un correcto funcionamiento. Este es el verdadero significado de la unidad familiar (Montaña, 2001).

## 1.5 MODELOS EXPLICATIVOS DEL DUELO

### 1.5.1 MODELO PSICOANALÍTICO DEL DUELO

Este modelo se centra fundamentalmente en los componentes intrapsíquicos, se define como un proceso doloroso de identificación, desinversión de lo perdido y revestimiento de nuevas relaciones internas y externas (Tizón, 2004).

Freud comenzó a dar atención a la importancia de los procesos de duelo para el desarrollo psicológico del individuo y el primero en elaborar una teoría en su escrito de 1917 en “Duelo y Melancolía”.

Freud describe la elaboración del duelo como un trabajo realizado por el yo del sujeto para adaptarse a la pérdida de lo amado; trabajo en el que el sujeto empleará grandes cantidades de tiempo y “energía psíquica” (Soriano, 2013).

Freud consideraba que, los síntomas del duelo eran similares a los de la melancolía, la depresión severa. Los fenómenos fundamentales del duelo son:

- a) Un profundo y doloroso abatimiento
- b) Una retirada del interés por el mundo externo
- c) La pérdida de la capacidad de amar
- d) Una inhibición de toda actividad

Pérdida de los intereses externos, pérdida de la capacidad de amar y disminución general de la vitalidad era la tríada que, para Freud, significaba la inhibición y parcialización del yo. Esa profunda inhibición del yo y la consiguiente restricción de las pulsiones de vida,

disminuye conforme el trabajo o elaboración del duelo se realiza (Freud, 1917, citado en Tizón, 2004).

Posteriormente, los primeros analistas añadieron:

- e) La identificación con el objeto perdido.
- f) Ambivalencia
- g) Duelo normal/ duelo patológico.

El cambio del yo según el *modelo del objeto perdido*, es entendido como una forma de preservar la relación con ese objeto perdido (Abraham, 1959 & Fenichel, 1958, citado en Tizón 2004). En relación al duelo normal/ duelo patológico, propuesto por Helen Deutsch en 1937, es la ausencia de aflicción como un signo indicativo y/o predictor de psicopatología. Otra característica que Tizón (2004) menciona en este modelo, es la ambivalencia: la elaboración del duelo solo es total cuando mentalmente el sujeto ha resuelto los afectos contrapuestos (amor y odio), que siempre unen a las personas queridas, es decir, es cuando pasan a predominar los recuerdos y los afectos de vinculación, psicosexuales en un sentido amplio.

En el diccionario sobre términos y conceptos psicoanalíticos editado por Moore y Fine en 1990 (citado es Tizón, 2004), el duelo se define como:

El proceso mental mediante el cual el equilibrio psíquico propio se restaura tras la pérdida de un objeto de amor [...] Es una respuesta normal ante cualquier pérdida significativa. El afecto fundamental del duelo es doloroso y habitualmente se acompaña por pérdida de interés en el mundo externo, preocupaciones con

reminiscencia del objeto y una disminución de la capacidad para realizar nuevos investimentos.

[..] El trabajo del duelo incluye tres fases sucesivas interrelacionadas, de forma que, el fracaso de una afecta a la siguiente: 1) comprensión, aceptación y confrontación con la pérdida y sus circunstancias, 2) el duelo propiamente dicho, que incluye una retirada de la vinculación y una identificación con el objeto perdido (de-catectización); y 3) reasunción de la vida emocional en armonía con el propio nivel de madurez, lo cual frecuentemente implica el establecimiento de nuevas relaciones (re-catectización).

En resumen, en este modelo Freud, explicó la necesidad del yo de de-catectizar el objeto perdido, de retirar lo libido que lo investía. El duelo no se aflige tan sólo por la pérdida del objeto: se aflige por la pérdida de una parte del yo o del *self*, por la pérdida de diversos niveles de vinculación, como representaciones o símbolos, que resultan involucrados en la formación de esa relación.

#### 1.5.1.1 LOS PROCESOS DE DUELO EN EL PSICOANÁLISIS KLEINIANO.

Fue en la Segunda Guerra Mundial, cuando las perspectivas psicoanalíticas fueron fundamentales para el ámbito científico, ya que tendieron a definirse las fases o momentos del duelo siguiendo dos tipos de duelo: duelos por la pérdida de un ser querido en la infancia y los duelos por la pérdida de un cónyuge. Lo anterior gracias a los estudios realizados por Melanie Klein con pequeños separados de sus madres en una guardería o internado (Tizón, 2004)

Una de las principales aportaciones de Melanie Klein radica en su insistencia acerca de que cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada, con respecto

al objeto primigenio. Es esa reviviscencia de la ambivalencia la que hace el duelo más penoso y duradero, pero también lo que confiere mayores capacidades creativas, ya que elaborar un duelo importante implica al tiempo elaborar también, los duelos primigenios, es decir, nuestras formas de separarnos de nuestros objetos primordiales (Klein, 1940, citado en Tizón, 2004).

Melanie Klein insistió en la importancia de las emociones y sentimientos vividos durante el duelo y en particular, los temores persecutorios provocados por el duelo que proporcionan la base psicógena para las imágenes culturales de las brujas, brujos y hechiceros.

Los procesos de duelo adulto reactivan la posición depresiva vivida en la infancia y tienden a hundir en la depresión al deudo, cuyo mundo interno parece que se va a quebrar. Es precisamente el temor a perder todos los objetos internos buenos con la turbulencia afectiva del duelo, que es lo que lleva a la necesidad de reconstruir el mundo interno como totalidad (Tizón, 2004).

La diferencia entre la perspectiva Kleiniana y la de Freud es, que no basta con la introyección del objeto amado en el yo para la reconstrucción del mundo interno: el temor a perder todo lo bueno interno, actúa como un reforzador para tal proceso. En la misma línea, para Klein el duelo una auténtica “enfermedad” aunque no se reconozca como tal. Una “enfermedad” o transición en la cual el afligido sufre intensamente (Tizón, 2004).

Siguiendo la misma línea, Tizón (2004), menciona que todo duelo puede vivirse dominado por una de las dos posiciones o estructuras relacionales fundamentales: la *posición esquizo-paranoide* o la *posición depresiva*. Si el duelo no es muy grave o despierta conflictos y ambivalencias más profundas, una elaboración suficiente del mismo supone que se vive en *posición depresiva o reparatoria*, es decir, el sujeto ha podido elaborar al menos mínimamente en su vida afectiva la posición depresiva vinculadas a la relación con la

figura materna y la triangulación originaria (buena madre, mala madre, sujeto). En la teoría Kleiniana, esto significa que los aspectos benéficos del otro y del propio *self* predominan sobre los aspectos persecutorios, como lo son las fantasías y sentimientos basados en la esperanza y confianza básica.

Por lo anterior será poseedora de una cierta capacidad de tolerar tanto la frustración como la ambivalencia, es decir, tendrá una cierta capacidad de poder vivir durante un tiempo con la duda, la incertidumbre, el pesar, la culpa, sin necesidad de actuarlas, de pasar a la conducta esas representaciones y emociones (Tizón, 2004).

### 1.5.2 DUELO Y TEORÍA DEL APEGO

John Bowlby a raíz de sus estudios sobre varios autores y fuentes, postuló su esquema de la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego, o de una manera más completa, según Tizón (2004), aflicción y protesta, desesperanza y desapego o depresión.

Lo anterior es la base del modelo de Bowlby (1993), de las cuatro fases del duelo, las cuales son:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera intensa.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años.
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de mayor o menor grado de reorganización.

Bowlby (1993), se ocupa de las respuestas psicológicas a la pérdida, haciendo referencia al hecho de que la relación original sigue ocupando un lugar central en la vida emocional de una persona. Dicha relación persistente explica el anhelo, la búsqueda, la rabia, que

prevalecen en la segunda fase, y la desesperanza y posterior aceptación de la pérdida como irreversible, que surgen cuando se han superado las fases tres y cuatro. También explica muchos de los rasgos característicos de los casos patológicos.

En palabras de Tizón (2004), todo duelo o transición psicosocial se encontrarán fases, momentos o manifestaciones de embotamiento, desorganización e inhibición (1), momentos de pena, aflicción y protesta (2), momentos de desesperanza, des-apego, afectos de tono depresivos y una visión negativa del mundo, del futuro, de uno mismo y de los otros (3), y, por último, momentos o expresiones bien sea de recuperación o de psicopatologización del duelo (4).

### 1.5.3 MODELOS PSICOSOCIALES DEL DUELO

Lindemann (1944, citado en Tizón, 2014) propuso seis características de la aflicción aguda, de la pena: molestias somáticas, preocupación por pensamientos o imágenes acerca del desaparecido, reacciones violentas, culpa, pérdida de funciones y capacidades y una tendencia a asumir rasgos del sujeto perdido en la propia conducta. La última característica, psicológicamente vinculada con la identificación, podría indicar patología en el desarrollo final del proceso.

Correlativamente con las descripciones anteriores, Lindemann (1944), pudo proporcionar una idea más exacta del duelo como trabajo del duelo, con tareas específicas que cumplir. Esas tareas de la elaboración del duelo incluyen la disolución de los vínculos emocionales con el muerto, el reajuste al medio sin la presencia física de difunto y el establecimiento de nuevas relaciones.

Elisabeth Kübler-Ross (2000, citado en Tizón, 2014) aportó 5 fases desde su perspectiva del duelo por la propia muerte, la cuales son: 1. Impacto: negación y aislamiento, 2. Ira y



protesta, 3. Negociación y pacto, 4. Depresión y 5. Aceptación (y distanciamiento final). Aunque hoy dichas fases no se entienden como estadios de una progresión lineal, se le ha criticado a menudo por la base psicoanalítica de sus aproximaciones, por apoyarse en los inconscientes para parte de ellas, por el uso de interpretaciones con los pacientes, lo que puede convertir sus perspectivas en una especie de profecía auto cumplidora, por la subjetividad y la falta de operacionalidad.

Es importante enfatizar que las manifestaciones del duelo no son directas, universales, generalizables, sino que vienen mediadas por la cultura. De las manifestaciones externas del duelo no puede deducirse la intensidad de dolor privado, ni asumir propuestas simplistas como que en las clases marginales y marginadas de nuestras sociedades los sufrimientos del duelo son menores porque expresan menos aparatosamente o incluso se soslayan (Tizón, 2004).

#### 1.5.4 MODELO COGNITIVO DEL DUELO

Por su parte la teoría cognitiva considera que los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos con relación a los acontecimientos de su vida. Los pensamientos son responsables de la emoción y la conducta humana, de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Además, los pensamientos son accesibles y pueden conocerse siendo por tanto posible la ayuda mediante el reconocimiento de la información procesada de forma defectuosa (Martín, 2007).

Para Martín (2007), este modelo señala que el ajuste del duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas. Y a su vez, la autora señala tres supuestos:

“El primero, ‘el mundo es un lugar benevolente’, el segundo, ‘el mundo tiene sentido’ y el tercero ‘el yo es digno’” (Martín, 2007).

Es importante mencionar que, las experiencias negativas extremas producen una tremenda desilusión y la recuperación ideal consistirá en un proceso de reconstrucción mediante el cual el superviviente vuelva a percibir el mundo y a sí mismo en términos positivos pero que, a la vez incorpore el trauma o la pérdida en su mundo nuevo de asunciones.

## 1.6 PAREJA

El tipo de duelo del que se habla es específico de la pérdida de la pareja, por lo que es importante hablar en términos generales de la misma.

Dentro uno de los planteamientos más importantes de la psicología se describe al hombre, como un ser sociable por naturaleza, es decir, las personas solo pueden existir en relaciones definidas con otras personas.

Dentro de la misma línea, la relación de pareja se percibe como una de las pocas experiencias en la vida del ser humano que inspiran sentimientos tan ambivalentes como las que acompañan al crecimiento y desarrollo de la intimidad (Atala, 1999).

La relación de pareja es definida por Solomon (1989) como “un vínculo que implica que dos subsistemas individuales se combinen para formar un nuevo subsistema familiar, y la tarea de los miembros de esa pareja es desarrollar consciente e inconscientemente un sistema de trabajo mutuo que les permita funcionar de manera confortable sin sacrificar completamente los valores y los ideales que los han llevado a permanecer juntos” (Citado en Tizón, 2004, p. 264, en Moreno Franco & Esparza Meza, 2014).

Para la RAE, “Pareja” es definida como un conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza. También describe a la pareja con características como: parecida, similar, idéntica o lisa; homogénea o monótona o como tersa o suave. Por el contrario, la pareja humana supone contrastes, variaciones e inestabilidades que pretenden la estabilidad. Se podría pensar que la pareja es una estructura simple, por el menor número de integrantes que otros sistemas humanos, sin embargo, observamos una organización humana compleja, diferente a los individuos que la conforman. (Guerrero, 2008). La interacción con otro yo suele hacer muy compleja la relación, ya que no hay dos personas iguales. (Atala, 1999)

Por su parte Montoya (2002) define a la pareja como una organización social que se diferencia de la familia en una época histórica, relativamente reciente. Cumple una serie de funciones en el entramado social y por ello tiene reglas y prescripciones de rol. Sobre este fondo social e histórico, el mundo externo, se construye del mundo interno mediante dos tipos de representaciones: representación social y psíquica de la pareja.

Jorge Sánchez Escárcega (1997, 1998), en Montoya, 2002), propone un *self de pareja*, que refiere, “funciona como envoltura psíquica, con límites externos e internos y, consecuentemente, con una “superficie” que contiene y constriñe los intercambios vinculares, tanto hacia dentro como hacia afuera de la pareja y que representa, de hecho, el locus de los fenómenos de pareja. Este espacio imaginario es el propio de la realidad psíquica de la pareja, el lugar de intercambios proyectivos e introyectivos de los objetos internos de la díada y de sus relaciones con el exterior.

Generalmente se está de acuerdo en la importancia de tener relaciones interpersonales sanas, pero el problema surge en comprenderlas, ya que cada persona las enfoca desde su

propio yo, de acuerdo con sus propias percepciones, metas, sentimientos y suposiciones sobre sí mismo y su mundo. (Atala, 1999)

Las relaciones pueden ser satisfactorias, generadoras de desarrollo y plenas, o, al contrario, pueden ser frustrantes, decepcionantes e inmensamente destructivas. Es evidente que la búsqueda de relaciones íntimas en la vida de las personas de nuestra cultura es la que más se procura. Para la mayoría de las personas aparece como un camino de “autorrealización”. Es importante destacar que las relaciones íntimas varían de cultura a cultura y dentro de las culturas, de una manera constante (Atala, 1999).

### 1.6.1 MATRIMONIO

El acto humano es un proceso que requiere de conocimiento y voluntad y de una interacción progresiva entre ambas facultades. El proceso del amor conyugal tiene una relación análoga con el proceso del acto humano, ya que ambos parten del conocimiento e incluyen la voluntad. El amor conyugal necesariamente es fruto de una decisión de comprometerse a ser esposos; el matrimonio como vínculo surge de ese compromiso que realizan los cónyuges durante toda su vida, aunque el amor actualmente se reduce al sentimiento, de esta manera, se cristaliza en las primeras fases (Arcos, 2008).

El matrimonio es una realidad natural evidenciada por la razón para el bien de los esposos y la sociedad. El matrimonio no es una creación cultural, sino un dato de la naturaleza. No es que el hombre añada a los datos naturales, antes bien es el mismo dato natural. Tiene su propia naturaleza y dinámica, y es conforme a su naturaleza. (Arcos, 2008)

Para Arcos, el amor conyugal es una realidad que se presenta entre un varón y una mujer en cuanto tales: afirma esto requiere distinguir entre dos binomios: el primero entre varón y mujer, y el segundo supone verlos como esposo y esposa.

El matrimonio no es una unión cualquiera entre personas humanas susceptibles de configurarse según una pluralidad de modelos culturales. El amor conyugal supone como acto previo la celebración de un matrimonio, como consecuencia del vínculo establecido entre quienes antes eran “novios” y tras el acto jurídico consistente en contraer matrimonio son “esposos”, aparecerán entre ellos el cúmulo de derechos y obligaciones propios del vínculo que han contraído: su contenido. (Arcos, 2008)

Se llama conyugal a aquella unión comprometida fruto de la decisión libre, en cuya virtud el hombre y la mujer pueden decir que son el uno del otro, no en el sentido de la propiedad de las cosas, sino con el significado de una relación comprometida, de manera que ya no son dos, sino una común unidad en lo conyugal. Los esposos, por qué decidieron, se deben el uno al otro en justicia como cónyuges, y esta relación es debida y de vida. (Arcos, 2008)

El matrimonio exige la entrega recíproca de los esposos. Pero esta entrega personal necesita un principio de especificidad y fundamento permanente: la consideración natural del matrimonio. (Arcos, 2008)

El amor conyugal contiene tres dinamismos de la persona humana: el físico, el sensitivo y el racional, todos estos componentes deben darse unidos en el hombre. En el sentido estricto es matrimonial ser comprometido; tiene un carácter necesariamente personal, complementario y procreador, relación exclusiva y excluyente entre un varón y una mujer. El amor conyugal se diferencia de los demás por requerir del compromiso matrimonial de los cónyuges. (Arcos, 2008)

Atala (1999) cita a Shostrom planteando que la relación de pareja matrimonial tiene cuatro etapas, esto es, una secuencia en la relación, y dichas dimensiones se describen a continuación:

- *Dimensión del eros:* Es la forma romántica del amor. Incluye curiosidad, celos, exclusividad, deseos sexuales y carnales. Esta etapa está muy presente en los primeros años de matrimonio. Eros es algo transpersonal, cuyo fin es lograr la unión entre el amante y el amado. Los celos se encuentran presentes y resulta importante superar esta problemática para que el matrimonio madure. El matrimonio supone percatarse de las propias necesidades, sin plasmar las proyecciones tempranas de dependencia y actitudes defensivas hacia la pareja. Un matrimonio así estimula a trabajar consigo mismo, más que a tener expectativas demasiado altas. Esta etapa se da entre los primeros seis años de casados.
  
- *Dimensión de la empatía:* Esta etapa comprende una mayor madurez. Aparece la empatía, o sea la habilidad de sentir profundamente la separabilidad, así como la naturaleza masculina y femenina de la pareja. Comprender compasión, aprecio y tolerancia por la personalidad del otro. La parte manipulativa de la relación empática es cuando una persona asume la responsabilidad por el crecimiento y cambio de la otra persona y trata de relacionarse con el fin de lograr que el otro se sienta más masculino o femenino. En su aspecto sano la empatía significa “el aprecio de nuestra separabilidad”, así como la expresión única de nuestra masculinidad o feminidad. Esta relación tiene lugar en donde hay individuos que se respetan. Esta etapa se da entre los 6 y 12 años de casados.
  
- *Dimensión de la amistad:* Supone haber vivido las dos anteriores. Busca incrementar los intereses comunes, con más tiempo para realizar actividades juntos. La parte manipulativa de la amistad es buscar absorber a su pareja para la satisfacción de sus necesidades. Uno de los signos sanos o de madurez en esta dimensión, es el “profundizar en la identidad de cada uno”, mientras se mantiene la intimidad. Esto supone la búsqueda activa de nuevos

intereses con los cuales los dos puedan compenetrarse. Esta dimensión se da entre los 13 y 20 años de casados.

· *Dimensión del ágape:* Es un amor que no requiere de motivación. No busca para sí mismo, sino que es sanamente altruista. Busca llenar el vacío del otro más que el de uno mismo. Es un amor propio de la madurez que, generalmente, comienza después de los 20 años de casados y se incrementa en la madurez a los de la vida. La parte manipulativa equivale a exagerar la exigencia de ser necesitado. Se siente amenazado cuando alguna necesidad puede ser aliviada o atendida por otra persona.

### 1.6.2 RUPTURA AMOROSA: DIVORCIO

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), el divorcio es definido como: 1. tr. Dicho de un juez competente: Disolver o separar, por sentencia, el matrimonio, con cese efectivo de la convivencia conyugal.

2. tr. Separar, apartar personas que vivían en estrecha relación, o cosas que estaba o debían estar juntas. U. t. c. prnl.

3. prnl. Dicho de una persona: Obtener el divorcio legal de su cónyuge.

Para Giusti, E. (1998), en el pasado las causas que provocaban la disolución del matrimonio se atribuían básicamente a la culpa de uno o de otro cónyuge. Entre las causas de separación legal se registraban abandonos de hogar, adulterios, alcoholismo, brutalidad, y/o violencia física o psicológica. Eran pocas las separaciones consensuadas. La alternativa a la separación era considerada un remedio extremo a un mal irremediable. El autor describe que este estado de cosas dependía de diversos factores entre los cuales destacan:

- a) Que el estar separados lo condenaban duramente la iglesia y la sociedad.

- b) Que un separado no tenía verdaderas posibilidades de crearse con tranquilidad una nueva vida legalmente reconocida.

En la actualidad el divorcio es mejor aceptado en todos los niveles. El fin del matrimonio se admite con mayor facilidad y la separación resulta ser la solución de un problema en lugar del acto final de una situación trágica. Para Giusti, E. (1998), este estado de cosas indica una mayor y creciente madurez de las instituciones civiles y la sociedad.

Las razones que acreditan para obtener una separación consensual (separación por culpa de ambos o en su defecto sin culpa) suelen ser las incompatibilidades entre los cónyuges, entre las que sobresalen: pérdida de intensidad y de calor emotivo, la insatisfacción sexual, la desaparición del placer de estar juntos, la pérdida de capacidad de comunicación, la fertilidad, entre otras. (Giusti, 1998)

La inexperiencia o inmadurez de los esposos provoca desagradables experiencias a lo largo de su vida en común.

Otro de los factores es el acuerdo nulo sobre la forma de educar a los hijos, por lo irrelevante que se vea, suele convertirse en motivo frecuente de pelea. Los enfrentamientos neuróticos pueden contribuir a agudizar las diferencias y a crear la incapacidad o la falta de voluntad para llegar a un acuerdo, por lo anterior es común que la infidelidad ratifique el fin real de una separación. En la relación con una persona que no sea el cónyuge se intenta encontrar una autorrealización mayor que la alcanzada en el matrimonio (Giusti, 1998).

“La infidelidad se convierte así en una especie de vía de en medio para experimentar nuevos momentos de plenitud, más idóneos para la propia personalidad, un modo de conocerse mejor a sí mismos y, a veces, para descubrir



aspectos del propio yo absolutamente desconocidos antes. Sin embargo, es difícil sentirse satisfechos en tales relaciones si se viven ocultamente” (Giusti, El arte de separarse, 1998, pág. 6)

De acuerdo a el mismo autor, es difícil poder alcanzar el sentimiento de plenitud si no se está en condiciones de tener clara la propia situación conyugal, es decir, si no se es capaz de aceptar que ha terminado la etapa de la vida de uno, la infidelidad pasa a ser el escape de un estado incierto e insatisfactorio más que una alternativa real a un matrimonio acabado.

Por otro lado, uno de los factores disgregantes externos a la pareja por la que se podría dar la ruptura amorosa son debido a los cánones morales fijos y precisos que han perdido su rigidez, uno de ellos es el nuevo derecho de familia, que se refiere a la igualdad de los derechos y deberes de los cónyuges, un ejemplo de ello, es el importante hecho de que la mayoría de las mujeres trabajen y hayan alcanzado un cierto nivel de independencia económica (Giusti, 1998). Otro ejemplo, es el respeto a la decisión de la pareja al formar una familia. Dichos factores son variantes y se presentan dependiendo la pareja y la relación.

De acuerdo Giusti (1998), ser consciente de que la unión con el cónyuge no está bien, es un trayecto arduo y desgarrador de la conciencia más íntima, con la continua tentación de encontrar desmentidos a lo que siente.

Se puede llegar a la conclusión de que el matrimonio no funciona bien porque nunca ha funcionado o por que ha llegado a su fin natural. Sin embargo, una vez obtenida una visión clara de la crisis, el camino no ha terminado y comienza el período quizá más deteriorante, en el que se relega toda decisión.

## **CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN: COGNITIVO-CONDUCTUAL**

### **2.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DUELO**

Para Nomen (2009), el objetivo de la evaluación del duelo es valorar el tipo de proceso que está realizando la persona para orientarla hacia un tratamiento conveniente. La evaluación psicológica en el proceso de duelo debe adaptarse a su dinámica evolutiva, por lo que se podrían distinguir las siguientes fases:

- a) Fase inmediata: Se realiza enseguida de la pérdida y debe ser limitada en el tiempo, en un lugar cercano a la persona a evaluar y partir de técnicas sencillas.
- b) Fase posterior: Es un proceso más tardío que la fase inmediata y se realizará a partir del proceso GAP (Guía de los procesos de Evaluación) en el proceso de duelo, adaptado de Fernández-Ballesteros y cols, 2003 en Nomen, 2009).

#### **2.2.1 GAP (GUÍA DEL PROCESOS DE EVALUACIÓN) EN EL PROCESO DE DUELO, ADAPTADO DE FERNÁNDEZ-BALLESTEROS Y COLS, 2003.**

*Comienzo del proceso:* la persona acude al profesional por problemas en la elaboración del proceso de duelo, o bien a una institución remite evaluar la necesidad de explorar a la persona en duelo.

*Condiciones previas:* El evaluador analizará sus propias capacidades para satisfacer la demanda y plantear el proceso a partir de los principios del código ético.

#### **1. Análisis del caso (Evaluación descriptiva)**

- 1.1 Análisis de las demandas, quejas y metas: se debe investigar si el proceso de duelo de la persona se está desarrollando de forma adaptativa o no. Hay que explorar otros problemas que puedan interferir en éste.

- 1.2 Formulación de hipótesis de evaluación contrastables: Se debe encontrar las palabras técnicas para definir el malestar significativo del sujeto y decidir cómo explicar lo que le pasa a la persona.
  - 1.3 Recogida de información: hay que planificar las técnicas que se utilizaran para la evaluación inicial.
  - 1.4 Procesamiento de la información: hay que analizar los datos y formular conclusiones que determinarán la intervención posterior, puesto que es diferente asesorar en un proceso de duelo cuando éste es normal que intervenir en el mismo si se trata de un duelo complicado.
2. Organización e información de los resultados:
    - 2.1 Integración de los resultados.
    - 2.2 Informe
    - 2.3 Discusión y toma de decisiones.
3. Planificación de la intervención:
    - 3.1 Elección de hipótesis específicas para la intervención
4. Valoración y seguimiento
    - 4.1 Recogida de datos sobre los efectos de la intervención y análisis de los resultados. La eficacia de la intervención se evaluará a partir de los indicadores de bienestar personal, calidad de vida, estabilidad emocional y buen análisis cognitivo-racional.
    - 4.2 Seguimiento: realizar un seguimiento al mes, a los tres y seis meses y al año, es importante ya que se presentan riesgo de recaídas.
5. Final del proceso de evaluación: El proceso de evaluación finaliza cuando el evaluador termina su relación profesional.

### 2.2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tiene como objetivo capturar la situación de la pérdida y a la persona que está padeciendo el duelo. Los datos que se recaban (Nomen, 2009), son:

I. Datos de afiliación del afectado: Nombre completo, dirección y teléfono, edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de estudios, convivencia, situación laboral y motivo de consulta.

II. Antecedentes a la pérdida: información sobre rasgos de personalidad, alteraciones psicopatológicas u orgánicas e historia de pérdidas, tanto de la persona como de familiares.

III. Características de la pérdida y del duelo: como se desarrolló la pérdida, la historia de padecimiento (frecuencia, intensidad, etc.)

IV. Entorno en el que se originó la pérdida: apoyos sociales.

### 2.2.3 EVALUACIÓN CLÍNICA

Para Nomen (2009), la evaluación clínica es la exploración de diferentes áreas que pueden estar alteradas en el caso de un duelo, la autora propone un psicopatograma del duelo, el cual es:

- a) Apariencia, comportamiento durante la entrevista y conciencia de la situación: Estos elementos se pueden ver alterados en un doliente. La apariencia se abandona durante los primeros meses después de la pérdida. El comportamiento durante la entrevista suele ser colaboradora, aunque puede existir un déficit al momento de transmitir información por dificultades en la concentración y atención, o bien a nivel de procesamiento cognitivo. La conciencia suele ser nula o parcial en los primeros momentos después de la pérdida.

- b) Conciencia, alerta orientación y atención: la persona en duelo puede experimentar una disminución de mencionados elementos, por el desbordamiento emocional que ocasiona la pérdida, o por un exceso en la búsqueda de la figura de apego.
- c) Memoria: Algunas personas suelen padecer un olvido selectivo y una deformación catatónica del recuerdo, es decir, la mente del doliente modula la información para que esta puede ser procesada. Las emociones producen un procesamiento de la información del momento de la pérdida en la memoria emocional, y no en la declarativa o narrativa, de modo que el recuerdo será emocional.
- d) Percepción e imágenes mentales: se pueden desarrollar imágenes mentales sobre lo que se pierde, sobre lo que se podría haber hecho para evitarlo, etc.
- e) Forma de pensamiento: puede darse formas de pensamiento variadas, desde la confusión hasta la sensación de presencia del ausente.
- f) Lenguaje y habla: en algunas ocasiones se puede presentar una disminución en el ritmo del habla.
- g) Afectos y emociones: Suele ser frecuente la labilidad emocional, pasar de un estado de ánimo normal a un estado de ánimo bajo. Existe un desbordamiento emocional, ya que a lo largo del proceso se presentan muchas sensaciones diferentes.
- h) Actividad motora y conducta intencional: se observan signos de apatía y disminución de conducta intencional acusados.
- i) Funciones fisiológicas: los trastornos del sueño son de los trastornos más presentados.
- j) Inteligencia: no se ve afectada generalmente
- k) Área social y relaciones interpersonales: Por lo general se da un aislamiento de la persona en duelo respecto al resto del mundo, incluso en cuanto al cuidado de los hijos.

## 2.2.4 CUESTIONARIOS Y AUTOINFORMES

Nomen (2009) propone los siguientes cuestionarios y autoinformes como instrumentos para la recogida de información para las personas en duelo, los cuales son:

1. Inventario de experiencias del duelo (IED) de Sanders y cols.; Instrumento autoadministrado con 135 ítems dicotómicos que exploran las áreas somáticas, emocionales y relacionales implicados en el proceso de duelo, a través de 18 escalas.
2. Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD) de Faschingbauer y cols., (1977, 1981): inventario para la evaluación del duelo en la muerte del cónyuge, con 21 ítems tipo Likert, explorando los sentimientos hacia el fallecido en los momentos posteriores a su muerte y los sentimientos actuales.

Con el anterior instrumento es importante aclarar que se está tomando en cuenta con la finalidad de obtener datos relacionados con la pérdida de la pareja, aunque en el instrumento se maneje por muerte, al momento de aplicarlo se les explicará cómo pérdida por separación o divorcio.

3. Inventario de duelo complicado-revisado. Entrevista clínica estructurada para el profesional (IDC-R-ECEP) de Prigerson, Kals y Jacobs, (2001): En formato de entrevista presenta los criterios diagnósticos de un duelo complicado.
4. Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).

Otros cuestionarios que pueden aportar información sobre el estado de ánimo (Balle, Bellver , & Beatriz Gil-, 2008):

- 1) Inventario Breve de Síntomas (BSI). Derogatis, Spencer (1982).
- 2) Cuestionario general de Salud (GHQ) de Goldberg (1978).

- 3) Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HADS) de Zigmond y Snaith (1983).
- 4) Inventario de depresión de Beck (BDI) (1979).
- 5) Inventario de ansiedad estado/ rasgo (STAI) de Spielberger (1970).
- 6) Escala de desesperanza (BHS) de Beck y cols (1974).

#### 2.2.5 ANÁLISIS FUNCIONAL APLICADO AL DUELO

Según Nomen (2009), el análisis funcional intenta delimitar las relaciones entre los acontecimientos y las respuestas del sujeto, y que se puede realizar siguiendo las secuencias que se presenta en la GAP (guía de los procesos de evaluación) en el proceso de duelo, adaptado de Fernández-ballesteros y cols, (2003).

#### 2.2.6 TÉCNICAS PROYECTIVAS

Las técnicas proyectivas invitan a la persona a la expresión emocional y pueden ayudar a detectar señales de inadaptación dentro del proceso, especialmente utilizando las herramientas de dibujo.

### 2.2 DIAGNÓSTICO DEL DUELO

“¿Es el duelo una enfermedad? Se entiende el duelo como una reacción natural –sana y adaptativa- a una experiencia vital, que experimentan todos los seres humanos, sin necesidad de medicación, subjetiva y psicológica, que no da lugar a cambios somáticos y del que no se muere (...). Tal vez, uno debe hablar de duelo patológico y normal y restringir al primero a la categoría de enfermedad (Engel, 1961, en Nomen, L., 2009).

Se encuentran una serie de variables que pueden afectar la forma en que se realiza el proceso de duelo. En todo proceso van a influir factores relacionales: el tipo de relación que

se mantiene con lo que se ha perdido, circunstanciales: cómo se produjo la pérdida, históricos: antecedentes personales, familiares, de personalidad y sociales. Con lo anterior, resulta evidente que la relación será clave a la hora de realizar un proceso de duelo (Nomen, 2009).

Para Worden (1997, citado en Nomen, 2009), las relaciones ambivalentes o ambiguas, dificultosas y con hostilidad no expresada o muy dependientes van a influir negativamente en los procesos de elaboración.

En cuanto a las circunstancias, hay situaciones que envuelven al doliente y que afectarán el trabajo a realizar: vivir solo, sin relaciones íntimas ni intimidad, con hijos pequeños, con estresores concurrentes o con problemas económicos.

En referencia al género de la persona que afronta el duelo, la estrategia de afrontamiento que utilizan los hombres y mujeres también son un rasgo diferencial; se ha observado que los hombres tienden hacia conductas adictivas como consumo de alcohol. Las mujeres tienden a la expresión de sentimientos y a la búsqueda de apoyos externos, en cambio, los hombres racionalizan y buscan sus explicaciones, aunque pueden manifestar sentimientos de ira y de culpa desadaptativos (Martín y Doka 1996, en Nomen, 2009).

### 2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DUELO NORMAL

Con lo anterior y en relación al diagnóstico diferencial en el duelo, los trastornos que pueden presentarse a lo largo del proceso son (Nomen, 2009):

1. Trastornos del estado de ánimo: depresivos.
2. Trastorno adaptativo
3. Trastorno de ansiedad.



Cuando una persona ha sufrido una pérdida es absolutamente lógico que aparezca la tristeza, las pocas ganas de hacer las cosas, los pensamientos negativos continuos, etc. Por lo anterior es normal que, en ocasiones, la línea que diferencia un duelo normal de un trastorno depresivo se encuentre tenue, las diferencias entre el duelo adaptativo y trastorno depresivo se exponen en la siguiente tabla extraída de Horowitz y cols., (1993, 1997 en Nomen, 2009).

DIFERENCIAS ENTRE EL DUELO ADAPTATIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO		
Características	Duelo	Depresión
Cómo se sitúa a la pérdida	Identificación normal con la pérdida y escasa ambivalencia respecto a la misma.	Identificación excesiva y anormal con el difunto y gran ambivalencia e ira inconsciente hacia la pérdida.
Desencadenantes	Hay una pérdida conocida	Se puede identificar o no una pérdida.

<p>Esquemas cognitivos</p>	<p>Centrado en la pérdida.</p> <p>Preocupación por las implicaciones de la pérdida y por el futuro.</p>	<p>Curso lento del pensamiento, que esté centrado en uno mismo.</p> <p>Percepciones de uno mismo persistentes y con carácter negativo.</p> <p>Pérdida de autoestima.</p> <p>Déficit de concentración, memoria y atención.</p>
<p>Sueños fantasía e imaginación</p>	<p>Sueños claros, vívidos y con frecuencia relacionados con la pérdida.</p>	<p>Imaginación negativa que contribuye al pensamiento negativo y a una respuesta física intensificada.</p>
<p>Pérdida de iniciativa</p>	<p>No.</p>	<p>Sí.</p>
<p>Espiritual</p>	<p>Se siente una conexión con algo superior y permite cuestionar creencias que se tenían sobre el sentido de la vida</p>	<p>No se encuentran respuestas a las preguntas planteadas. No hay un diálogo interno, más bien un monólogo centrado en lo negativo y sensación de que “la vida no tiene sentido”.</p>

	y prioridades de ésta.	
Estados emocionales	Estado de ánimo oscilante, pasando de enfado a la tristeza con facilidad	Estado de ánimo fijo de rechazo, desesperanza y tristeza.
Respuesta	Responde al afecto, al contacto físico y a las palabras tranquilizadoras	Responde a las promesas o a la estimulación o no responde a estímulos externos.
Conductas de apego.	Le tranquiliza la presencia de amigos íntimos o de alguien que escuche la historia. Retraimiento social pero aumento de la relación familiar.	Pérdida de conexión con el mundo externo. Aislamiento social y familiar.

Ideas suicidas	Ideas suicidas infrecuentes	Ideas suicidas frecuentes
Sentimientos de desvalorización	Ausencia de sentimientos generalizados de desvalorización	Sentimientos de desvalorización
Otros sentimientos	Genera empatía y comprensión	Genera fastidio o irritación en los demás.
Tiempo de superación	Con el tiempo, los síntomas ceden. La reacción es autolimitada y suele desaparecer entre seis meses y un año	Los síntomas no ceden y pueden empeorar. A veces persisten al cabo de los años.
Características somáticas	Susceptible a enfermedades físicas	Susceptible a enfermedades físicas.

Alteración de la vida relacional	Responde a la transmisión de confianza y los contactos sociales	No hay respuesta y rechaza los actos sociales.
Placer	Restricción variable	Restricción permanente
Medicación	Medicación antidepresiva no eficaz	Medicación antidepresiva eficaz.

Nomen, L. (2009). El duelo y la muerte. En L. Nomen, *El duelo y la muerte* (pág. 1999). España: Psicología Pirámide.

El trastorno adaptativo se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia estresante (Sadock y Sadock, 2003 en Nomen, 2009), lo que lo diferencia este trastorno a un proceso de duelo es precisamente que esta reacción no se deba a un proceso de duelo (Nomen, 2009).

En cuanto al trastorno de ansiedad, en general puede provocar cuatro tipos de respuesta: la fisiológica, psicológica, motora y social. El proceso de duelo podría confundirse con dichos trastornos psicopatológicos por la sintomatología que el proceso de duelo presenta.

Por su parte Worden, J. W. (2016), propone dos maneras en general de diagnosticar el duelo complicado; cuando el paciente se presenta con su propio diagnóstico, como en el caso del duelo crónico, o se presenta por algún problema de tipo médico o psiquiátrico sin

ser consciente de que su malestar tiene que ver con un duelo no resuelto. En el primer caso, el diagnóstico es fácil por la pauta que se presenta. En el segundo caso, es necesario que el profesional tenga la capacidad para determinar que el problema subyacente es el duelo sin resolver. Muchas veces las personas buscan atención médica o psiquiátrica sin ser conscientes de la dinámica del duelo, y esto exige que el profesional se encargue del diagnóstico.

La mayoría de los protocolos de admisión establecen que se haga una historia detallada del cliente o paciente, sin embargo, las pérdidas suelen pasarse por alto, siendo posible que tengan una relación directa con el problema presentado (Worden, J. W.,2016)

Hay varias señales que indican la existencia de un duelo no resuelto, Lazare (1979 en Worden, J. W. , 2016) propone una taxonomía de las mismas. Cabe destacar que ninguna de las señales basta por sí sola para hacer un diagnóstico concluyente. Sin embargo, todas ellas se deben tomar en cuenta para el posible diagnóstico del duelo complicado.

- I. La persona que está siendo entrevistada no puede hablar de la pérdida sin sentir un dolor muy intenso.
- II. Algún suceso relativamente poco importante desencadena una reacción emocional intensa.
- III. En la entrevista clínica aparece el tema de la pérdida.
- IV. La persona que sufrió la pérdida no está dispuesta a desprenderse de objetos que habían pertenecido a la persona perdida.
- V. Quienes después de la pérdida hacen cambios radicales en su vida, pierden contacto con amigos y familiares y/o evitan actividades asociadas a la pérdida, pueden sufrir un duelo no resuelto.

VI. El paciente presenta una larga historia de depresión subclínica marcada por una sensación persistente de culpa y poca autoestima. Lo contrario puede ser también una señal.

VII. Los impulsos autodestructivos pueden ser provocados por muchas situaciones, siendo una de ellas, el duelo no resuelto.

VIII. El hecho de sentir una tristeza inexplicable en una época determinada del año.

Una vez expuestas las señales diagnósticas del duelo no resuelto, entonces se considera la terapia del duelo en sí.

#### 2.4 PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL DUELO

De acuerdo a Nomen (2009), la intervención frente al duelo se inicia con la consideración de las pérdidas del profesional.

La siguiente propuesta de intervención, elaborada por la misma autora, es un intento por esquematizar la actuación del profesional.

- Primer paso: contacto

La relación que se establece con el doliente será clave para el desarrollo del proceso terapéutico posterior. Se fomenta una relación de confianza y respeto sobre todo el tiempo de la persona, debido a que en el duelo complicado se observan niveles de funcionamiento variados en los dos primeros años de la pérdida (Neimeyer, 2002 citado en Nomen, 2009).

- Segundo paso: evaluación

Se descartan enfermedades médicas y trastornos de personalidad. Se concreta si el proceso de duelo es normal o patológico, realizándose el diagnóstico diferencial.

- Tercer paso: relato sobre lo que pasó

Se inicia el proceso de conceptualizar la pérdida; empezar a hablar de misma. En primera instancia se realiza un relato sobre la pérdida, de una forma libre, sin condiciones

específicas. Posteriormente se hace la descripción de los hechos objetivos ¿Qué pasó?; emociones asociadas ¿Que sintió?; las cogniciones que aparecieron ¿Qué pensó?; y la conducta ¿Qué hizo? Lo anterior con el objetivo de aceptar la pérdida.

- Cuarto paso: expresión emocional

Es imprescindible la expresión del conjunto de emociones que se desarrollan tras la pérdida. Identificar las emociones es el primer paso, y se puede hacer, a través de una carta a las emociones en la que pueda describir qué es lo que siente el doliente paso por paso, desde la tristeza hasta la rabia, la frustración, la impotencia, el alivio, la sorpresa, etc. Otra forma posible es a través de un registro diario de emociones, mostrando a la persona qué tipo de emociones pueden aparecer, tomando en cuenta los ejemplos que el doliente haya vivido anteriormente y recogiendo en el registro. Otra técnica es la Técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO).

- Quinto paso: re-situar lo que pasó

Se trata de ver la pérdida desde diferentes puntos de vista: el propio del doliente, el de la pérdida y cualquier otro que pueda facilitar el proceso.

- Sexto paso: reorganización y aceptación

Los dolientes deberán concederse los permisos adecuados para trazar una nueva vida. No se trata de olvidar sino de cubrir un vacío para vivir.

- Séptimo paso: finalización

Se finaliza la terapia cuando el doliente es capaz de pensar en la pérdida sin dolor y elaboró todas las tareas del duelo. Se valora la prevalencia, la intensidad y la frecuencia de la sintomatología detectada a través de la evaluación.

- Octavo paso: seguimiento y prevención de recaídas



El seguimiento del caso se debe realizar a lo largo de dos años aproximadamente, tiempo durante el cual la evolución del doliente es variable. Es conveniente un contacto telefónico o presencial, al cabo de un mes después de la finalización de la terapia, posteriormente a los tres, seis y doce meses. Además, hay que prevenir al doliente sobre el hecho la evolución variable no significa que una recaída sea irremediable.

## 2.5 TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

La psicología se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991, en Becoña & Oblitas, 1997). Para los conductistas la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto; para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación es “como tú piensas, tú sientes y actúas”. Y para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es para ellos, lo más poderoso (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997).

Se pueden considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo-conductuales, los cuales citados por, Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe (1997), algunos de esos hechos son:

1. La complejidad de los problemas de los clientes, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja.
2. La dificultad de eliminar, a pesar de la dificultad de su validación empírica, de las intervenciones clínicas aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, etc: Un clínico puede considerar a la posibilidad empírica de tomar o no en consideración estos constructos, que son en su mayoría inobservables, sin embargo, la realidad es que se encuentran presentes en la intervención.

3. La psicología experimental abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta.
4. La mayor comodidad del clínico de trabajar en un modelo teórico que reconozca la viabilidad de utilizar al mismo nivel o en diferentes niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta y dentro de las mismas, reconocer la utilidad de los pensamientos, sentimientos, creencias, etc., como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión.

“Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo-conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual E-R, la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel” (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997)

Ingram y Scott (1990, citado en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997) proponen que todas las terapias cognitivas conductuales se basan en siete supuestos, que estarán expuestos a continuación:

- a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos perse.
- b) El aprendizaje está mediado cognitivamente
- c) La cognición media la disfunción emocional y conductual; esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables cognitivas y conductuales lo que afecta a estas variables y viceversa.
- d) Algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.

- e) Algunas formas de cognición pueden ser alteradas o modificadas.
- f) Alterando la cognición se puede cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales.
- g) Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

Además, de acuerdo a Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe (1997), las terapias cognitivo-conductuales tienen como características:

I. Las variables cognitivas son importantes mecanismos causales. Estas variables, son importantes en la constelación de los procesos que elicitán el comienzo y curso de un trastorno.

II. A partir de la asunción de que las variables cognitivas son agentes causales, al menos algunos de los métodos y técnicas de la intervención se dirigen específicamente a objetos cognitivos.

III. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente las variables cognitivas.

IV. Las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean táctica terapéutica tanto cognitiva como conductuales, cada táctica conductual es dirigida a objetivos cognitivos.

V. Hay un importante énfasis en la verificación empírica. Este énfasis está manifestado en dos dominios:

- Investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que estos procedimientos funcionan.
- Énfasis dentro de la actual terapia empleando evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico.

- VI. Las aproximaciones cognitivo-conductuales son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico.
- VII. Las aproximaciones cognitivo-conductuales son empresas colaborativas, donde el cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo para aliviar el pensamiento y conducta disfuncional.
- VIII. Los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directos
- IX. Las aproximaciones cognitivo-conductuales son educativas en su naturaleza.

Existe un gran número de terapias cognitivo-conductuales que se han visto reflejadas en una amplia aplicación a distintos problemas comportamentales (cfr. Dobson, 1988; McMullin, 1986, citado en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997). Mahoney y Arnkoff (1978 en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997) dividieron en tres grupos las terapias cognitivo-conductuales:

1. Terapias de reestructuración cognitiva: Terapia racional-emotiva de Ellis, entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, terapia cognitiva de Beck y reestructuración racional-sistemática de Goldfried.
2. Terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones: Entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.
3. Terapias de solución de problemas: Terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney.

De las terapias existentes en la actualidad, las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica son: La terapia racional- emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el

entrenamiento de inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla.

### 2.5.1 TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA DE ELLIS

La terapia racional-emotiva se basa en el esquema ABC. (A) es cualquier evento activante, que según las creencias (B) racionales o irracionales que se tengan sobre A producirá consecuencias (C) Conductuales y emocionales. Las creencias, racionales o irracionales; están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a centrar mediante la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales. (Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A., 1997).

Ellis fue uno de los primeros en apuntar que el pensamiento, la emoción y la conducta están interrelacionados entre sí y que el cambio en uno de ellos influye en los otros. Dando peso en la importancia del cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, como necesarios para cambiar los componentes emocionales y conductuales. Las ideas irracionales más comunes que tienen las personas de acuerdo a Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (1997) son:

- o La idea de que uno debe ser amado y aceptado por cualquier persona significativa y relevante de su vida.
- o La idea de que uno tiene que ser muy competente y eficaz para poder ser considerado útil y valioso.
- o La idea de que hay un cierto tipo de persona indeseable y despreciable que debería ser severamente castigada.
- o La idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no sucedan como a uno le gustaría.

- o La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que las personas no tienen ninguna posibilidad de controlarlas.
- o La idea de que si algo puede llegar a ser peligroso o terrible uno debe estar muy preocupado y deberá estar pensando constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- o La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
- o La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
- o La idea de que se debe sentir preocupación por los demás y las perturbaciones de los demás.
- o La idea de que existe invariablemente una solución precisa y correcta para los problemas y que es terrible si no se da con esa solución maravillosa.

Estas ideas irracionales pueden sintetizarse en tres:

1. Se debe ser competente, adecuado, eficaz y que se tiene que ganar la aprobación y aceptación de cualquier persona relevante de mi vida.
2. Se debería tratar con cariño, bondadosamente cuando la persona lo quisiera
3. Se necesita y tiene que poseer aquellas cosas que realmente se quiere.

Las técnicas que utiliza Ellis son básicamente cognitivas en sus inicios, entre las cuales destaca su debate filosófico, la detección de las creencias irracionales y las técnicas de persuasión verbal y diálogo socrático, como análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional-emotiva, etc. Junto a ellas se complementa con técnicas conductuales, técnicas emocionales y tareas para casa. Ellis prioriza en el contacto terapéutico, a la empatía con los clientes y a mostrarse activo-directivo con ellos con un buen uso de la dialéctica y del sentido del humor. Lo que se pretende finalmente es que el cliente adquiera

una nueva filosofía de vida, donde cambie sus creencias o pensamientos irracionales, que le crean su problema, por creencias y pensamientos racionales, lo que lleva necesariamente a una nueva filosofía de la vida, a causa del cambio emocional y conductual correlativo (Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A., 1997).

### 2.5.2 TERAPIA COGNITIVA DE BECK

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de cognición. Para Beck et al (1979, citado en Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A., 1997), una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de la conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas.

Marzellier (1980, en Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A. 1997), enumera tres elementos de la cognición:

1. Los eventos cognitivos: son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de la conciencia, que son identificables, conscientes. Incluye pensamientos, imágenes y sentimientos.
2. Los procesos cognitivos: atañen al modo como se transforma y se procesan los estímulos ambientales, lo que supone el modo en que automáticamente o inconscientemente procesa la información incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismo de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas.

3. Las estructuras cognitivas: son características cognitivas generales como las creencias y actitudes, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo.

Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que esté implícito u operando a un nivel inconsciente, siendo altamente interdependiente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997).

Para la terapia cognitiva es necesario conocer y evaluar como primer paso, los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona. Estos, y su modificación, cuando son disfuncionales, son los que constituyen el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como conductuales en el funcionamiento cotidiano del cliente (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997).

Beck es conocido por su aportación al tratamiento de la depresión, el cual considera la tríada cognitiva. Los esquemas y los errores cognitivos. La tríada cognitiva atañe a tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo:

1. Visión negativa del paciente acerca de si mismo
2. Tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa
3. Visión negativa acerca de su futuro

Los esquemas definidos como las actitudes, supuestos o creencias, son lo que permiten transformar los datos que percibe el sujeto en cogniciones. Dependiendo de los esquemas el sujeto desarrollará cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997)



Los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información son lo que mantiene su creencia de la validez de los conceptos negativos y va a construir un elemento esencial en el cambio del procesamiento de la información durante terapia (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997) Algunos de ellos son:

- a) Inferencia arbitraria: deducir una determinada conclusión en ausencia de evidencia que lo apoye cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- b) Abstracción selectiva: centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualizando toda la experiencia con base a ese fragmento de la realidad.
- c) Generalización excesiva: elaborar una regla, general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como inconexas.
- d) Maximización o minimización: incrementar o disminuir el grado de significación de un suceso o una conducta hasta el punto de distorsionarlo
- e) Personalización: tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- f) Pensamiento absolutista y dicotómico: tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas sin tener en cuenta los puntos intermedios.

El tratamiento, se centra en detectar cogniciones erróneas y cambiar las mismas para procesar más adecuadamente la realidad, lo que facilitará y permitirá cambiar la tríada cognitiva de visión negativa de sí mismo de sus experiencias y de su futuro (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997).

Como terapeuta cognitivo, y como una de las aportaciones relevantes de la terapia cognitiva en general, Beck le da un peso importante a la emoción junto a la relación terapéutica (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997).

Las técnicas de esta terapia incluyen técnicas cognitivas y conductuales, lo que se pretende es cambiar las cogniciones del sujeto como elemento causal de la conducta.

De acuerdo a Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe (1997), las técnicas cognitivas que se incluyen en la terapia de la depresión son:

- Registro diario de pensamientos disfuncionales
- Comprobación de la realidad
- Técnicas de reatribución
- Técnicas de solución de problemas
- Diseño de experimentos
- La refutación con respuestas racionales
- La modificación de las suposiciones disfuncionales.

Los mismos autores proponen utilizar otro amplio conjunto de técnicas conductuales como:

- Programación de actividades
- Evaluación de la destreza y del placer
- Ensayo cognitivo
- Entrenamiento asertivo
- Representación de papeles.

La combinación de ambas técnicas consigue mejores resultados en terapia.

### 2.5.3 ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Para Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe (1997) el objetivo del tratamiento en inoculación de estrés es que el cliente reciba una inoculación de tensión, de modo paralelo a lo que ocurre con una vacuna, para que esta inoculación cree anticuerpos psicológicos, estrategias y habilidades psicológicas que puedan ser utilizadas en situaciones de ansiedad y miedo, Meichenbaum (1985 en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997), conceptúa el estrés como una transacción entre el individuo y el ambiente mediado cognitivamente.

El entrenamiento en inoculación de estrés consta de tres fases (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997):

*1ra fase. Conceptualización, adquisición y ensayo de habilidades:* Tiene como objetivo establecer una adecuada relación terapéutica de colaboración entre el terapeuta y el cliente, identificar los problemas y síntomas relacionados con el estrés con una perspectiva situacional, recoger información sobre ello con la entrevista, cuestionarios, autorregistros, técnicas basadas en la imaginación, etc., evaluar las expectativas del cliente, planificar el tratamiento, explicarle la conceptualización transaccional del estrés, junto con el papel de las cogniciones y las emociones en generar y mantener el estrés y analizar las posibles resistencias del cliente y la adherencia al tratamiento.

*2da fase. Adquisición y ensayo de habilidades:* Se entrena al sujeto en una serie de técnicas para afrontar las situaciones de estrés, mediante; relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento de solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional y negación. En las estrategias cognitivas se incluye la reestructuración cognitiva de Beck.

*3ra fase. Aplicación y seguimiento:* Se ponen en práctica las distintas estrategias que se han aprendido en la fase anterior. Aunque el paso de una a otra fase no es tan claro en la clínica como a nivel conceptual, lo que se hace es pasar de situaciones más “in vitro”, como lo

denomina Meichenbaum (1985, en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997) a situaciones más en vivo, en donde el sujeto, finalmente, tiene que enfrentarse con el estrés real. Para ello se utilizan estrategias en orden de aproximación en la vida real, de ensayo imaginativo, ensayo conductual, juego de roles y modelado para llevar a cabo la exposición graduada en vivo. Junto al paso paulatino “in vitro” a la situación en vivo, es de importancia entrenar en esta fase al sujeto en la prevención de recaídas. También incide la necesidad, en esta última fase, se hace el seguimiento del sujeto normalmente de un año, para comprobar y facilitar el mantenimiento de los cambios no sólo a corto sino a largo plazo.

#### 2.5.4 TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES DE D'ZURILLA Y NEZU.

D'Zurilla y Goldfried (1971 en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997) parten de la idea de que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, con la variante de esta habilidad en cada persona. El entrenamiento en solución de problemas (SP) se orienta a que la persona adquiera adecuadas habilidades de SP.

Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe (1997), proponen una serie de términos que diferencian para que no se confundan entre sí:

- *Solución de problemas*: Proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo o un grupo se identifica o descubre medios efectivos para enfrentarse con los problemas que se encuentran en la vida de cada día. Este proceso incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual. La SP sociales es al mismo tiempo un proceso de aprendizaje social, una técnica de automanejo y una estrategia general de afrontamiento.

- *Problema:* Es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva está inmediatamente aparente o disponible en ese momento para el individuo o para el grupo enfrentado con la situación. En esta situación el individuo o el grupo percibe una discrepancia entre “lo que es” (circunstancias actuales o anticipadas) y lo “que debería ser” (circunstancias que se demandan o se desean).
- *Solución:* Es la respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta que es efectivo en alterar la situación problemática y/o reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza otras consecuencias negativas (costes).
- *Puesta en práctica de la solución:* ejecución de la respuesta de solución, que no es solo una función de la SP; si no también de otros factores relacionados con la historia de aprendizaje del individuo, tales como déficit de habilidades de ejecución, inhibiciones emocionales y déficits motivacionales (reforzamiento).
- *Competencia social:* Es un amplio rango de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento que capacita a un individuo para enfrentarse efectivamente con las demandas de cada día.

La formulación inicial de la SP de D’Zurilla y Goldfried (1971 en Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 1997) consta de cinco etapas o fases. El orden de las cinco etapas representa una secuencia lógica y práctica para el entrenamiento, y para la aplicación sistemática y adecuada. Sin embargo, este orden no significa que la SP se desarrolle en una secuencia unidireccional, sino que una buena SP conlleva que el sujeto pase de una fase a otra y pueda retroceder a etapas previas antes de que se complete el proceso.

La siguiente tabla expone las fases que de D'Zurilla y Goldfried proponen para la terapia de solución de problemas.

FASE		DESCRIPCIÓN
1ra fase	Orientación general hacia el problema	<p>Se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada. El sujeto debe reducir o al menos distraer la atención de los pensamientos negativos que puedan interrumpir el pensamiento de SP sociales y centrarse en aquellos estímulos que puedan facilitar una buena conducta de las respuesta negativas. Esto se consigue adoptando una actitud de Solución de Problemas.</p> <p>Los pasos y objetivos de esta fase son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la ocasión para la actividad de SP.</li> <li>b) Centrar la atención sobre expectativas de SP positivas y evitar preocupaciones improductivas y pensamientos autopreocupantes.</li> <li>c) Maximizar los esfuerzos y la persistencia en vista de los obstáculos y del estrés emocional.</li> <li>d) Minimizar la angustia emocional perjudicial mientras intenta</li> </ul>

		<p>maximizar la probabilidad de estados emocionales positivos facilitadores.</p> <p>Las variables de la orientación hacia el problema son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La percepción del problema: reconocimiento y etiquetación del mismo.</li> <li>✓ Atribución del problema: atribución causal que la persona tiene de los problemas en su vida</li> <li>✓ Valoración del problema: significado que tiene un problema para su bienestar personal y social.</li> <li>✓ Compromiso tiempo/esfuerzo: probabilidad de que quiera dedicarle tiempo y esfuerzo para solucionar el problema.</li> </ul>
2da fase	Definición y formulación del problema	<p>Se pretende obtener información relevante sobre el problema, clarificar, la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución del problema, reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de la persona. Si no se tiene suficiente información sobre el problema es necesario buscarla, esto con la finalidad de obtener una alternativa de solución. Establecer una meta es una parte importante de la formulación del problema que luego va a posibilitar generar soluciones alternativas así como el modo de generar y de evaluar la solución. Es importante evitar afirmaciones no realistas o metas inalcanzables, se debe tomar en cuenta si es un problema real, si el problema es tal problema o es la</p>

		<p>causa de un problema antecedente, y si el problema es parte de un problema mucho mas amplio. Cuando ya se ha definido y formulado el problema lo que falta es reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social.</p>
3ra fase	<p>Generación de soluciones alternativas</p>	<p>El propósito es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así se maximice la probabilidad de que la mejor solución esta entre ellas. Los mayores obstaculos para la generación creativa de soluciones alternativas son el hábito y la convención.</p> <p>Para la generación de soluciones alternativas se utilizan tres principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Principio de cantidad</li> <li>✓ Principio de aplazamiento del juicio</li> <li>✓ Principio de variedad</li> </ul> <p>Es importante considerar la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información.</p> <p>Una vez que se ha generado una lista de soluciones alternativas con las reglas anteriores, la cantidad y variedad de las soluciones disponibles puede incrementar generando combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de soluciones o ejemplificaciones.</p>
	<p>Toma de decisiones</p>	<p>El objetivo es evaluar, comparar y juzgar las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor o mejores para poner en practica en la situación problemática. En cada solución alternativa</p>



4ta fase		<p>se indican los costes y los beneficios, a corto y largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas y se selecciona la solución o combinación de soluciones con la mejor utilidad esperada. El juicio de la utilidad esperada se basa principalmente sobre cuatro criterios coste/beneficio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución del problema: probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema.</li> <li>2. Bienestar emocional: calidad del resultado emocional esperado.</li> <li>3. Tiempo/esfuerzo: cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido.</li> <li>4. Bienestar personal y social en conjunto: razón coste/beneficio esperado total.</li> </ol> <p>Aún utilizando los anteriores criterios, la persona que toma la decisión puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales. Basado sobre la evaluación de los resultados estimados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Es el problema resoluble?</li> <li>➤ ¿Necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?</li> </ul>
----------	--	--

		<p>➤ ¿Qué solución o combinación de soluciones debería elegir para poner en práctica?</p>
5ta fase	Puesta en práctica de la solución	<p>Se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. Esto se hace primero simbólicamente y luego en la situación de la vida real. La ejecución se refiere a la implementación de la solución, posteriormente, la persona debe autoobservarse. La ejecución de la solución hay que evaluarla de modo objetivo. Y en la autoevaluación, se compara el resultado de la solución, basado en el proceso de una toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria entonces, solo queda el ultimo paso, el autoreforzamiento, en donde se refuerza a si mismo por un trabajo “bien hecho”.</p>

Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (1997). Terapia Cognitivo-Conductuales Antecedentes Tecnicas. LIBERABIT, 49-70.

A nivel práctico la aplicación del entrenamiento en SP se puede hacer de dos modos (Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A., 1997):

1. Con entrenamiento secuencial en las distintas fases a lo largo de las sucesivas sesiones del tratamiento.
2. Entrenando en todas las fases de SP al individuo desde las primeras sesiones e ir profundizando en la SP empezando por problemas hipotéticos solucionando los problemas del sujeto simbólicamente y finalmente solucionando sus problemas en las situaciones reales.

El número de sesiones para el tratamiento SP oscila de 4 a 16 sesiones.

La terapia cognitivo conductual en México ha ido ocupando un lugar cada vez más importante dentro de la gama de psicoterapias predominantes, campo en el que ha demostrado ser un proceso de intervención aplicable a trastornos psicológicos variados. (Hernández Lira & Sánchez Sánchez, 2007).

Es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras adaptativas para combatir sus problemas (Puerta Polo, J. V., & Padilla, D. E., 2011).

## 2.6 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA EN DUELO

De acuerdo a Portocarrero, C. I. (2012), la terapia cognitiva-conductual propone modelos de intervención a corto plazo, activos, directivos, estructurados, colaboradores y psicoeducacionales, centrados en ayudar al paciente a examinar la manera en la que construye y entiende el mundo conocidas como cogniciones, así como experimentar con nuevas formas de respuesta de manera conductual. Su principal objetivo acerca de sí mismo y los demás y el mundo, de modo que pueda pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo, con relación a sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando, así, los síntomas hasta alcanzar sus metas. Este proceso proporciona al paciente una mayor sensación de predicción y control. (Freeman & Reinecke, 1995, citado por Riso, 2006 en Portocarrero, C. I. , 2012). Quiere decir que la psicoterapia tiene la posibilidad de transformar pensamientos, afectos y comportamientos (Cozolino, 2003 citado en Portocarrero, C. I., 2012).

Boelen, de Keijser, Vanden Hout y Van den Bout (2011, en Portocarrero, C. I., 2012), verificaron que pacientes con duelo patológico mejoraban significativamente en la medida en que iban siendo reestructuradas sus creencias irracionales y modificadas sus conductas maladaptativas. Así mismo, en el 2006, Boelen, Van den Bout y Van den Hout (Portocarrero, C. I., 2012). trabajaron la asociación entre variables cognitivas y la complicación emocional en el transcurso de elaboración de la pérdida. Por otro lado, Boelen y Van den Bout (2002 en Portocarrero, C. I., 2012) encontraron cómo el pensamiento positivo era inversamente proporcional a la aparición de depresión y duelo patológico, demostrando, así, el papel influyente de los pensamientos y conductas en el proceso de elaboración de la pérdida.

De acuerdo a Walter Riso en su Análisis Multinivel (2006 citado en Portocarrero, C. I. , 2012), la psicopatología del paciente se estudia a partir de tres estructuras de razonamiento.

1. Sintomática/descriptiva: Muestra el papel del medio ambiente en la elicitación de respuesta a nivel cognitivo, afectivo y motor, así como las consecuencias obtenidas a partir de éstas. El análisis inicial consiste en la descripción detallada de los estímulos que participan en la situación problemática del paciente. Luego se identifican los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas evidenciadas, señalando las emociones y acciones correlacionadas con éstos. Esta primera estructura responde al cómo sucede el problema reportado por el paciente.

2. Explicativa/preventiva: Este nivel explica por qué se presentan las estructuras contingentes descubiertas en el primero, que desde el enfoque cognitivo-conductual se asocian a un sistema de procesamiento de información inadecuado. Se analizan las creencias centrales o esquemas nucleares que pueden entenderse como el conjunto de teorías con las que el paciente explica el mundo. Según el autor, los esquemas buscan ser

perpetuados por las creencias intermedias. Es decir, la persona conserva unas reglas rígidas que se expresan en términos de deberías y silogismos que le sirven para evaluar las situaciones que enfrenta, asegurando que la interpretación dada por el sujeto coincida con la información preexistente contenida en el esquema. Las reglas a su vez se protegen por estrategias compensatorias del tipo profecía autocumplida o estrategia evitativa. Estas son comportamientos que la persona realiza con el ánimo de no enfrentar la información que contradiga la dictada por sus esquemas y reglas.

3. Explicativa/promocional: considerada como una estructura superior. Llamada esquemas de segundo orden. Contempla la necesidad de evaluar el sistema de creencias asociado a la dimensión trascendente del ser humano y se evalúa especialmente toda vez que el paciente reporta o se evidencia sintomatología relacionada con cuestionamientos de tipo existencial.

Los tres actúan de manera integrada, pero se dividen por el carácter explicativo necesario para la intervención.

Cabe mencionar que algunas de las categorías que se toman en cuenta durante el proceso psicoterapéutico en duelo son las (Portocarrero, C. I. , 2012):

- *Respuestas cognitivas:* Consiste en los pensamientos automáticos señalados por el paciente al enfrentar los estímulos discriminativos.
- *Respuestas afectivas:* Se refiere a los sentimientos y emociones señalados por el paciente al enfrentar los estímulos discriminativos.
- *Respuestas comportamentales:* Se refiere a las acciones realizadas por el paciente al enfrentar los estímulos discriminativos.
- *Técnicas de intervención:* Se refiere a las acciones terapéuticas.

## 2.7 MÉTODOS, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES UTILIZADAS EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO PARA LA ELABORACIÓN DEL DUELO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO

Frecuentemente, los dolientes mencionan que su sistema de creencias se desmorona y sienten caos interno ya que en el mundo en el que vivían como seguro, cambia súbitamente. Por tanto, lo que se creía anteriormente a la pérdida deja de tener sentido y se vuelve diferente la forma de actuar y pensar. Por lo anterior las técnicas cognitivas conductuales son eficaces para intervenir en el caso de que estos cambios se desarrollen de forma no adaptativa (Nomen, L., 2009)

El objetivo de las técnicas cognitivas será explorar las creencias de la persona en duelo y asegurarse de la racionalidad de las mismas. Según el modelo de Bowlby (1980, en Nomen, L., 2009), el procesamiento cognitivo de la pérdida influye en la elaboración del duelo. El sujeto desarrolla una disociación cognitiva entre lo que describe y las percepciones que se activan durante el proceso. Ramsay (1977 en Nomen, L., 2009), propone un patrón por el que el sujeto mantiene un esquema cognitivo como la maximización de recuerdos negativos, la minimización de recuerdos positivos, visión catastrófica sobre el mal que se pasa al recordar la pérdida, la culpa por haber realizado o dejado de hacer ciertas tareas, e incluso culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos.

Para Nomen, L., (2009) las distorsiones que aparecen con más frecuencia en las personas en duelo son:

- Fijar la atención en lo negativo
- Descalificar lo positivo
- Pensamiento radical de siempre o nunca
- Minimización y amplificación
- Razonamiento emocional

- Generalización y pensamiento catastrofista

La reestructuración cognitiva de este tipo de pensamientos se iniciará con su identificación, con el posterior debate y con el establecimiento de pensamientos alternativos y de las conclusiones derivadas de ellos. La identificación de pensamiento se puede plantear a partir de autoinformes o autorregistros (Nomen, L., 2009).

Una vez detectados los pensamientos que determinan un patrón de pensamiento concreto, se lleva a cabo el debate de los mismos (citado en Nomen, L.,2009).

1. *Principio de racionalidad*: se debe demostrar científicamente el pensamiento. ¿Cuál es la evidencia acerca de tal pensamiento?
2. *Principio de utilidad*: pensar si el pensamiento es útil. ¿Te resulta de alguna utilidad pensar así?, ¿Qué efecto producen en ti estos pensamientos?
3. *Principio de la realidad*: Medir la intensidad y si se corresponde con lo que se piensa. ¿Qué puntos de vista alternativos existen?
4. *Principio sobre el lenguaje utilizado*: Fomentar el uso adecuado de las palabras, excluyendo expresiones limitantes como debo, siempre o nunca.

A partir de los principios antes descritos, se discute la racionalidad del pensamiento hasta conseguir una reelaboración.

Otras técnicas que pueden utilizarse en la terapia del duelo, además de la propia reestructuración cognitiva (Gavino y cols, 2006, citado en Nomen, L.,2009) son:

- a) *Parada de pensamiento*: Plantear que hay un momento para todo pensamiento, pero que cuando éste se repite con demasiada frecuencia y se percibe como egodistónico, hay que hacer que remita. Consiste en decirse a uno mismo “Basta” o “stop”, en el momento en que se tome conciencia de la aparición del pensamiento recurrente.

- b) Técnicas de saciación cognitiva: de forma paradójica se le pide a la persona que, a través de grabaciones, repita el pensamiento preocupante un par de veces al día.
- c) Técnicas de refocalización atencional: se buscan formas de distraerse, recuperando antiguos hobbies o actividades.
- d) Programación de quejas <<tiempo basura>>: se pide a la persona que limite el pensamiento recurrente y desadaptativo a un tiempo determinado del día y posteriormente, que deseche ese pensamiento hasta el siguiente día.
- e) Técnicas de imaginación: se puede focalizar la imaginación para trabajar diferentes aspectos del duelo.

Para Nomen, L. (2009), las técnicas conductuales tratan de regular la respuesta frente a las diferentes situaciones que se deben afrontar, es decir, sobre aquello que se hace. Su objetivo consiste en promocionar la conducta adaptativa frente a la pérdida y lo perdido, y disminuir las posibles respuestas de evitación que pueda desarrollar la persona. El programa de intervención conductual que proponen los autores Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1999 citado en Nomen, L.,2009) para los casos de duelo son:

- a) Métodos de relajación: Existen procedimientos de relajación y varía de la persona la que más se adecue.
  - o *Técnica de relajación muscular progresiva*: Los ejercicios se realizan tensionando y relajando músculos poco a poco de modo que al final se produce una relajación global.
  - o *Técnica de relajación autógena*: Se basa en la concentración mental con base a vivencias sugestivas de calma. Es más efectiva para personas que tienen dificultades de concentración o con otros tipos de relajación.



- o *Respiración diafragmática*: Ésta se inicia tomando conciencia de que se puede respirar desde el diafragma, abriendo más los pulmones y provocando una mejor fluidez sanguínea. Se debe aprender a inspirar el aire de tal modo que se infle el estómago, y soltar el aire como si se estuviera soplando una vela, lentamente.
- b) Programación de actividades agradables: Debe determinarse un listado de actividades agradables y procurar que el doliente pueda darse, de forma gradual, el tiempo para experimentarlas.
- c) Exposición simbólica: Conviene exponerse a temores específicos, de forma gradual y pactada con la persona.
- d) Juego de roles: Se trata de una representación de escenas y papeles que produzcan conflicto en el doliente respecto a sí mismo, a lo perdido o al entorno.

Gavino y cols (2006 citado en Nomen, L.,2009) plantean la siguiente propuesta de técnicas de terapia de conducta, las cuales pueden ayudar en su mayoría a aplicarse al proceso de duelo:

I. Técnica basada en la información: los dolientes piden información acerca del hecho, de sus consecuencias y sobre las propias creencias del profesional al respecto.

II. Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas: el uso de técnicas operantes irá en función de las características y capacidades de las personas. No obstante, el uso de reforzadores (sobre todo autorreforzantes) es positivo para adecuar las actividades que se realizan y el reforzamiento diferencial, y para disminuir ciertas conductas desadaptativas.

III. Técnicas dirigidas a la reducción de ansiedad: Además de la relajación pueden utilizarse técnicas como la desensibilización sistemática, las aproximaciones sucesivas, la

prevención de respuesta o la intención paradójica para la consecución de determinados objetivos.

IV. Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas: Esta técnica ya fue descrita anteriormente a detalle en el apartado de Terapia Cognitivo-conductual.

Portocarrero, C. I. (2012), en su artículo: *Intervención al duelo por ruptura de pareja desde la terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos*, describe una serie intervenciones cognitivo-conductuales de acuerdo a la problemática causante de la separación o divorcio, especificando el objetivo terapéutico de acuerdo a la actividad realizada en sesión, dichos aspectos están expuestos en la siguiente tabla, extraída de la misma obra:

Objetivo terapéutico	Actividad realizada
Reestructurar las atribuciones disfuncionales ante la responsabilidad de la pérdida	Utilizar preguntas del tipo: (a) ¿Podrías contarme qué sucedió la última vez que hablaste con tu pareja o relatar los sucesos con la mayor exactitud que te sea posible? (b) ¿Cuáles eran los reclamos de tu pareja y hasta qué punto atendiste a ellos? Cuéntame con exactitud cómo era tu relación de pareja.

<p>Facilitar la expresión emocional y organizar el discurso alrededor de la pérdida</p>	<p>Historización de la relación desde el noviazgo, para lo cual se solicita al paciente llevar al consultorio fotos y música que le permitan recordar lo vivido.</p>
<p>Psicoeducación en la identificación de estímulos discriminativos elicitadores de malestar psicológico y facilitar la expresión emocional.</p>	<p>Describir con detalle su rutina de vida, haciendo énfasis en los momentos en que aparece su pareja. Se le pide al paciente especificar con detalle los aspectos asociados a la falta del otro, es decir, los tiempos, espacios, experiencias que se extrañan.</p>
<p>Facilitar el proceso de toma de decisiones asociadas a la reconstrucción de un proyecto de vida sin pareja.</p>	<p>Como el motivo de consulta tiene que ver con ambivalencia, se le dejan tareas terapéuticas asociadas al balance decisional.</p>
<p>Concienciar al paciente de la disfuncionalidad de algunos ejercicios de fe, para promover habilidades sociales con las cuales pueda compartir más efectivamente su experiencia espiritual.</p>	<p>Trabajar con esquemas de segundo orden, específicamente asociados a la religiosidad del paciente por la influencia de estas en su forma de relacionarse y su resistencia a la separación.</p>

<p>Promocionar un repertorio de conductas más funcional para el mantenimiento de relaciones de pareja futuras.</p>	<p>Análisis sobre actitudes personales que intervinieron en la separación.</p>
<p>Minimizar el filtraje que existe frente a los aspectos positivos de la relación para facilitar la elaboración de la pérdida.</p>	<p>Se le pide realizar una carta a su ex pareja, señalando las heridas causadas y realizar un acto desde su fe que pueda ayudar en la reparación de esas heridas.</p>
<p>Minimizar la visión de túnel frente a la posibilidad de volver a experimentar felicidad y aumentar el nivel de bienestar actual.</p>	<p>Se dirige la mirada del paciente a sí mismo. De este modo se le invita a fortalecer su autoimagen y a pensar en su proyecto de vida.</p>
<p>Facilitar la expresión emocional, minimizar la culpa y reestructurar la visión negativa que se tiene sobre sí mismo.</p>	<p>Se rescata el valor de la relación terapéutica</p>

<p>Mostrar al paciente que su estilo de vida actual carecía de reforzadores suficientes. Un segundo objetivo consiste en motivar a transformar su rutina diaria en la medida en que evidencia un patrón de afrontamiento a la pérdida disfuncional.</p>	<p>Revisión de estilo de vida actual.</p>
<p>Evidenciar la disfuncionalidad del vínculo actual para guiar toma de decisiones mucho más acorde con su meta: “Dejarlo ir”. Del mismo modo, se busca que el paciente descubra el dolor que generaba este tipo de vínculo.</p>	<p>Revisión del rol actual con su pareja</p>
<p>Reestructuración cognitiva de la idea irracional: “Soy mujer de un solo hombre” o viceversa.</p>	<p>Guías deliberativas sobre el amor.</p>

<p>Evaluar autoconcepto y psicoeducar al paciente en la relación que éste tiene con el mantenimiento de su malestar.</p>	<p>Dibujo con la mano izquierda: técnica proyectiva que consiste en pedir al paciente que dibuje un animal con su mano no dominante y cuente una historia asociada al dibujo. La técnica explica que el contenido de dibujo y cuento se relacionan con el autoconcepto. Así, el terapeuta genera una lectura a manera de realimentación al paciente. Esta técnica está dentro de la corriente cognitiva.</p>
<p>Modificación conductual.</p>	<p>Tarea terapéutica. Trabajo sobre auto-imagen: se le pide al paciente que seleccione con mayor detalle las prendas de uso diario, así como los accesorios y uso del cabello. Mirarse al espejo antes y después, de modo que obtenga Feedback positivo.</p>
<p>Fortalecimiento de la autoestima.</p>	<p>Historizar: Se le pide a la paciente hablar con detalle de los éxitos conquistados a lo largo de su historia de vida. Del mismo modo, se busca que el paciente comprenda que su ex esposo/a ha tomado una decisión.</p>

<p>Disminuir el nivel de malestar por la ambivalencia actual de esperar o no a su ex esposo.</p>	<p>Balance decisional: Mediante la identificación de ganancias al mantener su conducta actual, sumado a la evaluación de las probabilidades reales de reestablecimiento del vínculo, se le acompaña a analizar la mejor opción entre continuar la relación o “dejar ir” a la ex pareja.</p>
<p>Evidenciar elicitadores de tristeza y sensibilizar frente a la necesidad de fortalecer red de apoyo.</p>	<p>Análisis de su estilo de vida. Mediante relatos de su cotidianidad.</p>

Para Portocarrero, C. I. (2012), las ideas centrales sobre la intervención, identificando la técnica específica que puede usarse para trabajar el objetivo terapéutico, son:

- ✓ Relación terapéutica que rescata la empatía. El doliente con frecuencia se queja de la imposibilidad de que su dolor sea comprendido en su contexto, de esta manera, el espacio terapéutico debe brindar la calidez suficiente como para que el paciente pueda hablar de su dolor.
- ✓ Identificación del objeto perdido y descongestión emocional: se trabaja a través de técnicas como la historización, que consiste en relatos que permitan conocer aspectos relevantes de la relación y de la persona ausente. Pueden darse instrucciones del tipo: “Cuenta todo lo que recuerdes de la persona”. Los relatos pueden complementarse con fotos.

- ✓ Promoción de creencias saludables que aumenten la esperanza y fortalezcan el sentido de vida. Se trabajan mediante técnicas como guías deliberativas sobre esquemas de segundo orden, asociados a temas como vida, amor, muerte, divorcio, matrimonio, dignidad.
- ✓ Reestructuración sobre atribuciones disfuncionales de la pérdida, especialmente asociados a maximizaciones del valor del otro y el sentido de vida fundamentado en el otro.
- ✓ Reestructuración sobre atribuciones disfuncionales de la pérdida que generan culpa. Puede utilizarse técnica de evaluación de la relación, como la metáfora de la mesa, especialmente en divorcio o separación de pareja, o juegos como “el abogado defensor”.
- ✓ Desensibilización frente al sujeto perdido, ya que el doliente evita contextos asociados a su ex pareja. Puede trabajarse mediante la técnica de exposición a estímulos discriminativos, es importante hacerlo una vez haya pasado la congestión emocional.
- ✓ Fortalecimiento de red de apoyo mediante entrenamiento y ensayos conductuales en reclamos asertivos hacia su red de apoyo, cuando éstos tengan acciones que el doliente percibe como descuidos o incomprensiones de su dolor.
- ✓ Revisión del rol que actualmente se mantiene con su pareja. Se dialoga con el paciente sobre la funcionalidad de la relación actual y el balance de satisfacción que trae el dar y el recibir, propuesto por el nuevo vínculo. El análisis muestra que es necesario señalar al doliente lo disfuncional de las ensoñaciones diurnas, es decir, las ilusiones de restaurar el vínculo.



- ✓ Fortalecimiento del amor propio. Puede utilizarse la técnica proyectiva del dibujo con la mano izquierda, mostrando al paciente aspectos de su autoconcepto que merecen ser trabajados. Vale aclarar que esta técnica se utiliza no con un objetivo diagnóstico, sino interventivo.

## **PROPUESTA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **3.1 JUSTIFICACIÓN**

El duelo por separación o divorcio es un tema que ha ido aumentando de relevancia, de acuerdo a los datos del INEGI (2017), en el año 2015 se registraron 123 883 divorcios. De estos, 123 786 casos son cónyuges heterosexuales y 97 cónyuges del mismo sexo. Si se consideran solo los divorcios de diferente sexo, en 2015 la edad promedio de los hombres al momento de divorciarse es de 39.7 años y de 37.6 en las mujeres. En cuanto su condición de actividad, en 50.5% de los divorcios ambos forman parte de población económicamente activa; en 22.5% sólo él; en 2.2% solo ella, y en 1.7% ninguno. De las mujeres que se divorciaron, 18.6% tenía mayor escolaridad respecto a su cónyuge; 40.2% tenían el mismo grado de escolaridad y 17.3% era menor.

La propuesta de intervención planteada contribuirá a una correcta elaboración de duelo ante la población afectada para que no se transforme en indicios de psicopatología o trastornos depresivos, según sea el caso. Al mismo tiempo se busca aportar una utilidad metodológica al estudio del duelo por separación o divorcio para que a futuro se genere una intervención multidisciplinaria que garantice una elaboración flexible, comprensible y rápida de duelo.

La conveniencia de esta propuesta se basa en la intención de que las personas divorciadas o separadas regresen a una estabilidad física y emocional de forma gradual y asertiva.

El conocimiento de la intervención cognitivo-conductual se presenta como una herramienta para la elaboración del duelo y del mismo modo se le atribuye como valor teórico respecto a la relación del tratamiento cognitivo-conductual y el duelo de la persona divorciada, esto con el propósito de evaluar las ganancias obtenidas al terminar la intervención cognitivo-conductual.

### 3.2 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de intervención para la elaboración del duelo en personas divorciadas para restablecer su salud emocional y mental de una manera óptima, ofreciéndoles métodos, técnicas y estrategias de corte psicoterapéutico cognitivo-conductual.

#### 3.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Valorar el tipo de duelo que está realizando la persona para orientarla a la intervención.
2. Conceptuar la separación o divorcio para aceptar la pérdida e iniciar la reestructuración cognitiva en la persona.
3. Identificar, aceptar y facilitar la expresión emocional, minimizar la culpa y reestructurar la visión negativa que se tiene sobre sí mismo.
4. Percibir la separación desde diferentes puntos de vista.
5. Fortalecer la confianza en la eficacia de la propia mente, en la capacidad de pensar, de tomar decisiones de vida y búsqueda de la felicidad.
6. Crear la posibilidad de retomar un nuevo estilo de vida
7. Psicoeducar al participante para la generación de soluciones alternativas, toma de decisiones o elección conductual frente la problemática que genera su proceso de duelo por separación divorcio.
8. Valorar y apremiar los cambios adaptativos durante el proceso de duelo por separación o divorcio.

### 3.3 POBLACIÓN

El programa está dirigido a hombres y mujeres en proceso de divorcio o separación en un rango no excedente a 6 meses después del acontecimiento.

No se tomará en cuenta el nivel socioeconómico, la escolaridad mínima, la edad, el número de hijos, ni la duración del matrimonio o unión.

### 3.4 ESCENARIO

El programa está diseñado para llevarlo a cabo en cualquier centro de atención psicológica o consultorio privado, por lo que el inmueble elegido requerirá de una iluminación y ventilación adecuada, privacidad y comodidad para el participante e instructor.

### 3.5 PROCEDIMIENTO

Se recibirán a las personas canalizadas en sesiones individuales con referencias de una institución de salud pública o privada que presenten sintomatología de duelo y que expresen sea a causa de una separación o divorcio.

Se le aplicará una serie de instrumentos: Inventario de depresión de Beck (BDI) e Inventario de ansiedad de Beck (BAI), además de autorregistros, que ayuden a la evaluación de su elaboración de duelo para conocer su estado y poder orientarlos a la intervención que se propone.

El programa es informativo y vivencial, cada número de sesión está programada con actividades de reflexión, conceptos teóricos y técnicas de relajación, manteniendo el cuidado del manejo de emociones del participante.

Se requiere de asistencia obligatoria una vez que se haya aceptado de manera voluntaria al programa de intervención ya que este está dirigido a una sola persona.

El material utilizado durante las sesiones se les proporcionará de forma gratuita, estos son los inventarios, autorregistro, hojas, lápiz, etc.

Una vez concluida la intervención, se realizará una evaluación final con la aplicación de los mismos instrumentos aplicados inicialmente, esto con la finalidad de obtener de manera

cuantificable los avances o retrocesos obtenidos durante la intervención. Además de reagendar un seguimiento a los 6 meses después de la participación en el programa.

El programa está diseñado por ocho sesiones de una hora y media, cada sesión tiene objetivos por cumplir los cuales son:

1. Valorar el tipo de duelo que está realizando la persona para orientarla a la intervención
2. Conceptuar la separación o divorcio para aceptar la pérdida e iniciar la reestructuración cognitiva en la persona.
3. Identificar, aceptar y facilitar la expresión emocional, minimizar la culpa y reestructurar la visión negativa que se tiene sobre sí mismo.
4. Percibir la separación desde diferentes puntos de vista.
5. Fortalecer la confianza en la eficacia de la propia mente, en la capacidad de pensar, de tomar decisiones de vida y búsqueda de la felicidad.
6. Crear la posibilidad de retomar un nuevo estilo de vida
7. Psicoeducar al participante para la generación de soluciones alternativas, toma de decisiones o elección conductual frente a la problemática que genera su proceso de duelo por separación o divorcio.
8. Valorar y apreciar los cambios adaptativos durante el proceso de duelo por separación o divorcio.

Nombre del curso: **Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio.**

Número de sesión: **1**

Tema de la sesión: **Evaluación y diagnóstico**

Número de participantes: **1**

Duración: **1 hr 30 minutos**

Objetivo de la sesión: **Valorar el tipo duelo que está realizando la persona para orientarla a la intervención**

Tema y Subtema	Objetivo (s)	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o material
		Instructor	Participante			
Presentación con Rapport	Establecer una relación de confianza y respeto con la persona	Se presentará con el participante estableciendo rapport, con la finalidad de crear un ambiente de confianza y respeto	Escuchará atento al instructor.	Escucha activa, calidez y empatía.	10 minutos	-----
Análisis descriptivo y evaluación clínica	Obtener información general acerca de la persona  Explorar las diferentes áreas que pueden estar alterada a causa del duelo.	Le solicitará al participante datos de afiliación como: nombre completo, teléfono de contacto, situación laboral, motivo de consulta.  Se realizará el examen mental.	Proporcionará los datos que el instructor le solicite y comenzará por hablar acerca de su pérdida (separación o divorcio).	Escucha activa, observación, empatía.	15 minutos	Hojas y lápiz para hacer anotaciones acerca de las observaciones.
Análisis del caso	Indagar el proceso de duelo de la persona	Preguntará al participante: antecedentes, características y entorno acerca de la pérdida y del duelo.	Proporcionará los datos que el instructor le solicite acerca de su pérdida (separación o divorcio).	Escucha activa, observación, empatía	40 minutos	Hojas y lápiz hacer anotaciones acerca de las observaciones.
Aplicación Cuestionario y autoinformes	Recoger información acerca de la personas en duelo.	Le explicará al participante que le dará una serie de instrumentos que le ayudarán a obtener más información acerca de su proceso.	Responderá los inventarios y expone dudas.	Observación	15 minutos	Lápiz o pluma Inventario de depresión(BDI) Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dará una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.  Despedirse, concertado la fecha de la siguiente sesión.	Expondrá dudas, comentarios acerca de la sesión, se mencionará algo que perciba como importante y no lo mencionó antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----
--------	---	--	---	---	------------	-------

Nombre del curso: **Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio**

Número de sesión: **2**

Tema de la sesión: **Relato sobre la pérdida**

Número de participantes: **1**

Duración: **1 hr 30 minutos**

Objetivo de la sesión: **Conceptuar la separación o divorcio para aceptar la pérdida e iniciar la reestructuración cognitiva en la persona.**

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport logrado en la sesión pasada	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Perdida	Aceptar la perdida	El instructor le pedirá al participante hablar sobre la pérdida de una forma libre y sin condiciones específicas.  Posteriormente solicitará la descripción de los hechos: ¿Qué paso? ¿Qué sintió? ¿Qué pensó? Y ¿Qué hizo?	Hablará acerca de su perdida, su relación con su ex-pareja, motivo de separación, entre otros aspectos que quiera compartir acerca de la misma.	Escucha activa	20 minutos	Lápiz y papel para hacer anotaciones acerca de las observaciones
Exploración de las creencias de la persona en duelo	Identificación de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas evidenciadas	Después del discurso del participante se hará mención y se pondrá en discusión los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas identificadas con base a los principios de racionalidad, utilidad, de la realidad y sobre el lenguaje utilizado, si el	Se apoyará en el autorregistro o autoinforme si es necesario, atenderá y debatirá las distorsiones cognitivas que identifique	Escucha activa Debate Socrático	30 minutos	Formato de autorregistro o autoinforme.



		participante se le dificulta identificarlos, se le explicará con el apoyo de autoinforme o autoregistros.				
Reducción de aspectos positivos de la relación que impidan la elaboración del duelo.	Minimizar el filtraje que existe frente a los aspectos positivos de la realización para facilitar la elaboración de la pérdida.	Se le pedirá al participante realizar una carta a su ex-pareja, señalando las heridas causadas, escribiendo también las posibles soluciones que están dentro de las posibilidades del participante que le ayuden a la reparación de esas heridas, tomando en cuenta los discutido en la actividad anterior.	Realizará la carta tomando en cuenta la reestructuración cognitiva antes elaborada	Identificación del objeto perdido y descongestión emocional	10 minutos	Lápiz y papel
Relajación	Bajar niveles de ansiedad del participante que pudieron ser ocasionados por la reelaboración del pensamiento	Se le explicará y enseñará al participante el método de relajación: Respiración diafragmática.	Seguirá las instrucciones del método de relajación.	Respiración diafragmática	10 minutos	Autorregistro
Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dar una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.  Despedirse, concertado la fecha de la siguiente sesión.	Exponer dudas, comentarios acerca de la sesión, mencionar algo que perciba como importante y no lo menciono antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----

Nombre del curso: <b>Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio</b>	Número de sesión: <b>3</b>	
Tema de la sesión: <b>Expresión emocional</b>	Número de participantes: <b>1</b>	Duración: <b>1 hr 30 minutos</b>
Objetivo de la sesión: <b>Identificar, aceptar y facilitar la expresión emocional, minimizar la culpa y reestructurar la visión negativa que se tiene sobre sí mismo.</b>		

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Identificación de emociones	Identificar las emociones desagradables (enfado, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza y tristeza) y entender su relación con el dolor.	Se le pedirá al participante realizar un auto registro de emociones en la que pueda describir que es lo que siente paso por paso, desde la tristeza hasta la rabia, la impotencia, la sorpresa, la frustración, el alivio. Posteriormente se le explicará la importancia de las mismas durante el proceso.	Realizará un autorregistro en ese momento de la sesión y posteriormente de los siguientes días.	Escucha activa, observación, Autorregistro Escritura emocional.	30 minutos	Hojas y bolígrafo Autorregistro
Expresión emocional	Facilitar la expresión emocional y organizar el discurso	Se le pedirá al participante la historización de la relación, desde el noviazgo, para lo cual se solicitará al paciente llevar al consultorio fotos y música	Platicará su historia desde el noviazgo e identificar y expresar las emociones que va	Escucha activa, observación Exposición simbólica.	30 minutos	Fotos, música, papel y bolígrafo

	alrededor de la pérdida	que le permitan recordar lo vivido	sintiendo conforme su relato.			
Relajación	Bajar niveles de ansiedad y relajar al participante	Se le explicara y ensañara al participante el método de relajación: Técnica de relajación muscular progresiva	Seguirá las instrucciones del método de relajación.	Técnica de relajación muscular progresiva	10 minutos	Autorregistro
Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dar una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.  Despedirse, concertado la fecha de la siguiente sesión.	Exponer dudas, comentarios acerca de la sesión, mencionar algo que perciba como importante y no lo menciono antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----

Nombre del curso: <b>Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio</b>	Número de sesión: <b>4</b>	
Tema de la sesión: <b>Re-situar la separación</b>	Número de participantes: <b>1</b>	Duración: <b>1 hr 30 minutos</b>
Objetivo de la sesión: <b>Percibir la separación desde diferentes puntos de vista.</b>		

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Disfuncionalidad del vínculo	Evidenciar la disfuncionalidad del vínculo actual para guiar toma de decisiones mucho más acorde con su meta.  Descubrir el dolor que generaba el vínculo con su ex pareja.	Se le pide al participante realice una representación de escenas y papeles que le produzcan conflicto con el participante en sí mismo.  Posteriormente solicitará el relato del rol que tuvo y tiene con su ex pareja, identificando creencias irracionales o distorsiones cognitivas que posteriormente se pondrán en debate de acuerdo a los principios de racionalidad, utilidad, de la realidad y sobre el lenguaje utilizado	Realizara las actividades solicitadas por el instructor.	Juego de roles	20 minutos	Hojas y bolígrafo para anotaciones
				Debate Socrático Reestructuración cognitiva	20 minutos	
Identificación de	Psicoeducar al participante en	Se le pedirá describir con detalle su rutina diaria,	Describirá su rutina diaria, con las	Escucha activa Reestructuraci-	20 minutos	-----

estímulos discriminativos	la identificación de estímulos discriminativos elicitors de malestar psicológico, facilitando la expresión emocional	haciendo énfasis en los momentos en que aparece su pareja. Se le pide especificar con detalle los aspectos asociados a la falta del otro (tiempos, espacios, acontecimientos que se extrañan). Se comentará y comparará el antes y después de la separación de acuerdo a la descripción antes solicitada.	especificaciones requeridas. Debatirá sus pensamientos automáticos.	ión cognitiva Debate Socrático		
Relajación	Bajar niveles de ansiedad y relajar al participante	Se le explicará y enseñará al participante el método de relajación: Técnica de relajación autógena	Seguirá las instrucciones del método de relajación.	Técnica de relajación autógena.	10 minutos	Autorregistro
Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dar una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.  Despedirse, concertado la fecha de la siguiente sesión.	Exponer dudas, comentarios acerca de la sesión, mencionar algo que perciba como importante y no lo menciono antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----

Nombre del curso: <b>Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio</b>	Número de sesión: <b>5</b>	
Tema de la sesión: <b>Autoestima</b>	Número de participantes: <b>1</b>	Duración: <b>1 hr 30 minutos</b>
Objetivo de la sesión: <b>Fortalecer la confianza en la eficacia de la propia mente, en la capacidad de pensar, de tomar decisiones de vida y búsqueda de la felicidad.</b>		

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Autoconcepto	Evaluar autoconcepto y psicoeducar al paciente en la relación que éste tiene con el mantenimiento de su malestar	Se le pedirá al participante: “dibujar una figura humana” o “dibujo de una persona”; luego se le pide dibuje a una persona del sexo opuesto y viceversa. Al finalizar los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.	Realizará los dibujos solicitados y escribirá la historia.	Técnica proyectiva de Machover	20 minutos	Hoja y lápiz
Fortalecimiento de la autoestima.	Fortalecer el autoestima del participante	Se le pedirá al participante hablar con detalle de los éxitos conquistados a largo de su vida. Al mismo tiempo se buscará que el paciente comprenda que su ex-pareja ha tomado una decisión trabajando con reestructuración	Relatará a detalle sus éxitos conquistados a lo largo de su vida. Discutirá sus pensamientos automáticos o distorsiones	Escucha activa Historización Reestructuración cognitiva Debate Socrático	20 minutos	-----

		cognitiva	cognitivas.			
Proyecto de vida	Minimizar la visión de túnel frente a la posibilidad de volver a experimentar felicidad y aumentar el nivel de bienestar actual.	Se le invitará al participante a fortalecer su autoimagen y a planear su proyecto de vida.	Iniciará un primer esbozo de su plan de proyecto de vida	Proyecto de vida	20 minutos	Lápiz y hojas
Programación de actividades agradables	Determinar un listado de actividades agradables y procurar que el participante pueda darse, de forma gradual, el tiempo para experimentarlas	El instructor solicitará al participante una serie de actividades agradables a nivel personal, social, y productivo, esto, con el fin de realizar una programación de actividades que incluirá en su vida cotidiana de manera gradual.	Realizará la programación de actividades agradables junto con el instructor.	Técnica de refocalización atencional	10 minutos	Hojas y bolígrafo
Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dará una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.  Despedirse, concertado la fecha de la siguiente sesión.	Expondrá dudas, comentarios acerca de la sesión, mencionará algo que perciba como importante y no lo mencionó antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----

Nombre del curso: **Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio**

Número de sesión: **6**

Tema de la sesión: **Reorganización y aceptación**

Número de participantes: **1**

Duración: **1 hr 30 minutos**

Objetivo de la sesión: **Crear la posibilidad de retomar un nuevo estilo de vida**

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Redes de apoyo	Evidenciar elicitadores de tristeza y sensibilizar frente a la necesidad de fortalecer redes de apoyo	Se le pedirá al participante un análisis de su estilo de vida actual, esto, mediante relatos de su vida cotidiana.	Relatará su vida cotidiana tomando en cuenta las personas con las que convive, reforzando relaciones de apoyo.	Escucha activa Red de apoyo Observación Reestructuración cognitiva	30 minutos	-----
Toma de decisiones	Facilitar el proceso de toma de decisiones asociadas a la reconstrucción de un proyecto de vida sin pareja	Se le pedirá al participante realizar un balance decisional de acuerdo a su actual estilo de vida, y con base a la relación con su ex pareja	Realizará el balance decisional junto con el instructor.	Balance decisional Reestructuración cognitiva	30 minutos	-----
Autoimagen	Modificación conductual para	Se hablará con el participante sobre su autoimagen,	Escuchara y opinara	Feedback positivo	10 minutos	-----



	mejoramiento personal	pidiéndole que a partir de este momento seleccione con mayor detalle las prendas de uso diario, así como los accesorios y uso de cabello. Se le solicitará mirarse al espejo antes y después de manera que obtenga un Feedback positivo.	activamente			
Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dará una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.  Despedirse, concertado la fecha de la siguiente sesión.	Expondrá dudas, comentarios acerca de la sesión, mencionará algo que perciba como importante y no lo mencionó antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----

Nombre del curso: <b>Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio</b>	Número de sesión: <b>7</b>	
Tema de la sesión: <b>Terapia de solución de problemas</b>	Número de participantes: <b>1</b>	Duración: <b>1 hr 30 minutos</b>
<b>Objetivo de la sesión: Psicoeducar al participante para la generación de soluciones alternativas, toma de decisiones o elección conductual frente la problemática que genera su proceso de duelo por separación divorcio.</b>		

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Solución de problemas	Generación de soluciones alternativas y toma de decisiones o elección conductual	<p>Se le explicará al participante las cinco etapas a detalle de la terapia de solución de problemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación general hacia el problema</li> <li>2. Definición y formulación del problema</li> <li>3. Generación de soluciones alternativas</li> <li>4. Toma de decisiones</li> <li>5. Puesta en práctica de la solución</li> </ol> <p>Al terminar la explicación se le solicitará al participante ejemplifique lo explicado en su situación</p>	Atenderá la explicación del instructor y ejemplificará de acuerdo a su situación o situaciones que le afectan.	Solución de problemas Escucha activa	60 minutos	

		actual				
Control estimular	Eliminar o planificar estímulos que estén provocando o impidiendo la ejecución de una conducta determinada.	Se le proporcionará al participante una explicación detallada de esta técnica, para que pueda utilizarla a su favor a través de la identificación de estímulos positivos.	Atenderá la explicación e instrucciones del instructor.	Técnica operante Control estimular	10 minutos	-----
Cierre	Proporcionar retroalimentación de lo sucedido en la sesión.	Dará una retroalimentación exponiendo temas que han quedado inconclusos, dudas acerca de la persona, etc.	Expondrá dudas, comentarios acerca de la sesión, mencionará algo que perciba como importante y no lo mencionó antes.	Escucha activa y observación a detalle.	10 minutos	-----

Nombre del curso: **Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a personas en proceso de duelo por separación o divorcio**

Número de sesión: **8**

Tema de la sesión: **Autoreforzamiento**

Número de participantes: **1**

Duración: **1hr**

Objetivo de la sesión: **Valorar y apremiar los cambios adaptativos durante el proceso de duelo por separación o divorcio.**

Tema y subtema:	Objetivos	Actividades		Técnica o estrategia	Tiempo	Apoyo o Material
		Instructor	Participante			
Introducción	Fortalecer el rapport	Bienvenida	Responderá los cuestionamientos del instructor.	Escucha activa, observación	10 minutos	-----
Aplicación de cuestionarios y autoinformes	Obtener los resultados de forma cuantificable para observar avances o retrocesos	Le explicará al participante que se le proporcionaran una serie de instrumentos que le ayudarán a obtener más información acerca de su proceso, para dar el siguiente paso a la retroalimentación	Responderá los inventarios y expondrá dudas.	Observación	15 minutos	Lápiz o pluma Inventario de depresión de Beck (BDI) Inventario de ansiedad de Beck (BAI).
Retroalimentación	Expresar los avances y retrocesos observados durante las sesiones por ambas partes (instructor y participante)	El instructor preguntará si ha observado mejoras o retrocesos después de las sesiones en relación a su pérdida. Al mismo tiempo dará sus opiniones reforzando así los temas trabajados durante el programa	Dara comentarios, opiniones, observaciones acerca de la percepción de su pérdida, retroalimentará al instructor.	Escucha activa Observación	20 minutos	-----
Cierre	Brindar recomendación-	El instructor le recordará al participante las técnicas	Atenderá la explicación del	Escucha activa	15 minutos	

	es y realizar seguimiento dependiendo el caso.	trabajadas durante las sesiones, dependiendo el resultado de las evaluaciones se establecerá y hará el seguimiento.	instructor y expondrá dudas.			
--	--	---	------------------------------	--	--	--

## CONCLUSIONES: ALCANCES Y LIMITACIONES

El duelo es definido y entendido como un proceso normal que la persona que sufre la pérdida debe vivir. Tizón (2004) define al duelo como: “Un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen de la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudor, está psicosocialmente vinculado”.

Es conveniente utilizar el término duelo para referirse al período en el que se muestran a nivel psicológico, biológico o social fenómenos mentales o conductuales relacionados con la pérdida, y procesos de duelo para el conjunto de fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales) que llevan desde la pérdida afectiva a la elaboración del duelo. Así toda pérdida pone en marcha los duelos (Tizón, 2004).

Es importante entender que el duelo es inevitable, conlleva sufrimiento, pero también es un portador de crecimiento.

Algunas de las razones por las que se dan las rupturas conyugales suelen ser por: pérdida de intensidad y de calor emotivo, la insatisfacción sexual, la desaparición del placer de estar juntos, la pérdida de capacidad de comunicación, la fertilidad, o las incompatibilidades entre los cónyuges entre otras. (Giusti, 1998)

En la ruptura de pareja son los dos miembros de la díada los que sufren el proceso de duelo, pero pocas veces los dos cónyuges se encuentran en situaciones parecidas, ya que normalmente uno vive la ruptura como un paso adelante y el otro como un paso atrás, aunque para los dos es un proceso de pérdida que tendrán que elaborar y que será necesario entender que elementos de protesta se mezclan con la nostalgia y la pena inicial y como éstas oscilan entre la melancolía, la desesperanza y el desafecto. Además, todo está

interferido o favorecido por emociones tales como el odio, la rivalidad, los celos, la envidia, la necesidad y los deseos de controlar al “objeto” o a otros “objetos” sustitutos para no perderlos igualmente (Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C., 2009).

La terapia Cognitivo-Conductual ha mostrado grandes resultados para la elaboración del proceso de duelo, ya que ofrece métodos que involucran lo cognitivo (pensamientos, creencias) y conductual (hechos). Nos da una amplia gama de herramientas que ayudan a fortalecer las habilidades y capacidades de elaboración, disminuyendo las posibilidades de recaídas.

Durante la elaboración de la propuesta se buscaba tener una estabilidad emocional fuerte, tocando fibras sensibles, pero con la firmeza de lograr un cambio. Se trata de conocer y manejar las técnicas con delicadeza para poder llegar al objetivo.

Las limitaciones que se pueden encontrar durante el proceso de la intervención, es la resistencia que el participante pudiera poseer, para ello es conveniente trabajar de la mano con la reestructuración cognitiva, convenciendo al participante y creando nuevas percepciones. Otras de las limitaciones es la asistencia que pudiera no cumplirse durante el proceso, por lo que sería conveniente elaborar un contrato con la persona, estableciendo reglas y metas a las cuales se piensa llegar, tocando motivaciones y ventajas a corto y largo plazo.

ANEXOS

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada-mente	Severa-mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	_____	_____	_____



Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio (Colonia y Delegación): \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1 0. Yo no me siento triste</p> <p>1. Me siento triste</p> <p>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>  | <p>6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p>1. Siento que podría ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que he sido castigado</p>   |
| <p>2 0. En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>1. Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p> | <p>7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <p>1. Estoy desilusionado de mí mismo</p> <p>2. Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p>3. Me odio</p>  |
| <p>3 0. Yo no me siento como un fracasado</p> <p>1. Siento que he fracasado más que las personas en general</p> <p>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p>3. Siento que soy un completo fracaso como persona</p>          | <p>8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p>1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p> |
| <p>4 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</p> <p>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p>          | <p>9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2. Me gustaría suicidarme</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p>                        |
| <p>5 0. En realidad yo no me siento culpable</p> <p>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p>  | <p>10 0. Yo no lloro más de lo usual</p> <p>1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p>  |

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
  2. Me siento irritado todo el tiempo
  3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
  2. He perdido en gran medida el interés en la gente
  3. He perdido todo el interés en la gente

- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
  2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
  3. Ya no puedo tomar decisiones

- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
  3. Creo que me veo feo (a)

- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
  2. Tengo que obligarme para hacer algo
  3. Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
  2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
  3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
  2. Con cualquier cosa que haga me canso
  3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
  2. Mi apetito está muy mal ahora
  3. No tengo apetito de nada

- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
  2. He perdido más de cinco kilogramos
  3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si  No

- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
  2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
  3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
  2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
  3. He perdido completamente el interés por el sexo

HOJA DE AUTOREGISTRO

<b>Nombre:</b> _____				
<b>Fecha:</b> _____				
Situación	Estado emocional	Pensamiento automático	Respuesta adaptativa	Resultado

## BIBLIOGRAFÍA

- Arcos, R. B. (2008). Matromino natural. En R. B. Arcos, *Matromino natural* (pág. 123). México: Trillas.
- Atala, E. J. (1999). *Lapareja elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdes Editores. .
- Balle, R., Bellver, A., & Beatriz Gil, J. (2008). DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *PSICOONCOLOGÍA*, 103-116.
- Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (1997). Terapia Cognitivo-Conductuales Antecedentes Tecnicas. *LIBERABIT*, 49-70. Recuperado en 07 de marzo de 2018, de [http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE\\_03\\_1\\_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf](http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf)
- Bowlby, J. (1993). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. En J. Bowlby, *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión* (pág. 464). Barcelona : Paidós.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. Recuperado en 31 de octubre de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es).
- Cáceres P., C., Manhey S., C., & Vidal P., C. (2009). Separación, pérdida y duelo de la pareja: Reflexiones imprescindibles para una terapia de divorcio. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*, 41-60. Recuperado en 09 de noviembre de 2017, de [http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/Pdf/separacion\\_perdida\\_y\\_duelo\\_en\\_la\\_pareja.pdf](http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/Pdf/separacion_perdida_y_duelo_en_la_pareja.pdf)
- Caillé, P. (1992). Uno más uno son tres. En P. Caillé, *Uno más uno son tres* (pág. p.189). Barcelona: Paidós.
- Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y modificación de conducta*, 23(87), pp. 61-83.
- García Palza, D. (2014). Narración del duelo en la ruptura amorosa. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 12 (2), 288-307.
- Giusti, E. (1998). El arte de separarse. En E. Giusti, *El arte de separarse* (pág. 138). Madrid: Alhambra.
- González, J., & Nevado, M. (2017). Acompañar en el duelo: De la ausencia de significado al significado de la ausencia. En J. González, & M. Nevado, *Acompañar en el duelo: De la ausencia de significado al significado de la ausencia* (pág. 194). España: Desclée de Brouwer.
- Guerrero, R. d. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Rev. Colomb. Psiquiat*, vol. 37, 175-186.
- Hernández Lira, N. A., & Sánchez Sánchez, J. d. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. En N. A. Hernández Lira, & J. d. Sánchez Sánchez, *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pág. 363). Libros en red.
- Kübler-Ross, E. (2017). Sobre el duelo y el dolor. En E. Kübler-Ross, *Sobre el duelo y el dolor* (pág. 237). España: Ediciones Luciernaga.

- Martín, P. B. (2007). Muerte y duelo . En P. B. Martín, *Muerte y duelo* (pág. 89). España: Editorial síntesis.
- Meza Dávalos, E., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L, Sauri Suárez, S, & Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 28-31.
- Montaña, L. (2001). ¿Otra vez solos? Cómo superar la separación y el divorcio. En L. Montaña, *¿Otra vez solos? Cómo superar la separación y el divorcio* (pág. 171). Colombia: ECOE ediciones.
- Montoya, M. C. (2002). La pareja humana: Su psicología, sus conflictos, su tratamiento. En M. C. Montoya, *La pareja humana: Su psicología, sus conflictos, su tratamiento* (pág. 168). México: Plaza y Valdes Editores.
- Moreno Franco, J. I., & Esparza Meza, E. M. ( 2014). Estrategias de afrontamiento en la ruptura de pareja. *Integración Académica en Psicología*, 98-110. Recuperado en 26 de febrero de 2018, de <http://integracion-academica.org/attachments/article/63/09%20Ruptura%20pareja%20-%20Moreno%20Esparza.pdf>
- Nomen, L. (2009). El duelo y la muerte. En L. Nomen, *El duelo y la muerte* (pág. 199). España: Psicología Pirámide.
- O'Connor, N. (2006). *Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo* . México: Trillas.
- Portocarrero, C. I. (2012). Intervención al duelo por ruptura de pareja desde la terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos. *Polisemia* , 35-46. Puerta
- Puerta Polo , J. V., & Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado de arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 251-257. Recuperado en 01 de marzo de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329>
- Soriano, C. C. (2013). *Gestión del duelo y las pérdidas*. Jaén: Formación Alcalá.
- Testor, C. P., Valls Vidal, C., Davins Pujol, M., & Aramburu Alegret , I. (2009). El divorcio: una aproximación psicológica. *La Revue du REDIF*, Vol. 2, 39-46. Recuperado en 026 de noviembre de 2017, de [https://www.researchgate.net/profile/Carles\\_Testor/publication/242775375\\_El\\_divorcio\\_una\\_aproximacion\\_psicologica/links/54e43ae50cf282dbed6ea7ba/El-divorcio-una-aproximacion-psicologica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carles_Testor/publication/242775375_El_divorcio_una_aproximacion_psicologica/links/54e43ae50cf282dbed6ea7ba/El-divorcio-una-aproximacion-psicologica.pdf)
- Tizon, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. . En J. L. Tizon, *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. (pág. 831). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Worden, J. W. (2016). El tratamiento del duelo. En J. W. Worden, *El tratamiento del duelo* (pág. 347). España : Paidós.