



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Payás Puigarnau, Alba

Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, pp. 309-325

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019651005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

RESUMEN: Se presentan las principales variables psicológicas de los pacientes con factores de riesgo de muerte súbita y se evalúa la eficacia de la intervención de tratamiento. Se incluye una sección de Psicoterapia Integrativa.

PALABRAS CLAVE: Muerte súbita, factores de riesgo, intervención, Psicoterapia Integrativa.

siones, duelo, Psicoterapia Integrativa.

La muerte súbita es un evento que es muy difícil y doloroso para la persona que la sufre. La mayoría de las personas que sufren una muerte súbita pasan por un período de duelo que puede durar meses o incluso años. Los factores de riesgo para la muerte súbita incluyen factores genéticos, factores ambientales y factores de estilo de vida.

Los mecanismos de defensa que intervienen en el duelo son complejos y variados. Los factores de riesgo para la muerte súbita incluyen factores genéticos, factores ambientales y factores de estilo de vida. Los factores de riesgo para la muerte súbita incluyen factores genéticos, factores ambientales y factores de estilo de vida.

El estilo de vida que se asocia con la muerte súbita es el estilo de vida que se asocia con la muerte súbita. Los factores de riesgo para la muerte súbita incluyen factores genéticos, factores ambientales y factores de estilo de vida.

altos niveles de incidencia y severidad de depresión, cronificación del proceso y un aumento de la sintomatología, especialmente la asociada al estrés postraumático. Por tanto, según este modelo, el estilo rumiativo es maladaptativo y predice un desajuste y menor calidad de vida en el doliente (4-5). Otros estudios, sin embargo, sugieren lo contrario: que esta focalización cognitiva persistente en pensamientos o sentimientos relacionados con el ser querido muerto y el impacto que su pérdida tiene en la vida del doliente es una reacción común en el duelo cuyo propósito y resultado es muy individual y que puede ser adaptativa (6).

Aunque en algunos estadios del duelo la rumiación correlaciona negativamente con el bienestar general, eso no significa que rumiar sea siempre improductivo. La revisión repetitiva del evento traumático puede ayudar a las personas a manejar el impacto emocional y contribuir a hallar un nuevo sentido a la pérdida. Esta construcción de nuevos significados contribuye a desarrollar un nuevo encuadre de referencia o visión del mundo que incorpora el evento traumático (7) y por tanto facilita una buena resolución del duelo.

Michael y Zinder (8), en un estudio reciente realizado con estudiantes universitarios en duelo, llegan a proponer denominar *rumiación* al estilo maladaptativo que no produce alivio en el tiempo, y *proceso cognitivo* al proceso adaptativo o pensamientos repetitivos productivos focalizados en la resolución, como según estos autores, lo que marca la diferencia entre un estilo u otro es si el proceso lleva o no a la posibilidad de encontrar un nuevo sentido a la muerte, o un significado que el doliente pueda incorporar. Entonces esta posibilidad se asocia con un decrecimiento de la rumiación derivando en una mejora del bienestar psicológico. En este artículo se propone una descripción más amplia del estilo rumiativo, incluyendo el pensamiento obsesivo como rasgo central y característico. Se identifican las funciones psicológicas de estas defensas desde una visión adaptativa, y se propone un tratamiento desde el modelo y aportaciones de la Psicoterapia Integrativa.

### 1. *Características del pensamiento obsesivo*

- Carácter repetitivo.
- Falta de expresión de afectos.
- Falta de acción, pasividad.
- Pérdida de visión general.
- Soledad.

El pensamiento obsesivo como defensa o estilo de afrontamiento cognitivo, respuesta natural ante la pérdida de un ser querido (Tabla n.º 1) se manifiesta como

un monólogo mismo, con o sin culpa o culpabilidad, sobre algo o nadie. Las rumiaciones intrusivas, como: «Y si...», «Pensables», «No hubiera ido», «No puedo seguir», «Los aspectos de la situación perdida y...».

El pensamiento obsesivo es una forma de búsqueda que intenta justificarse las situaciones en determinados pensables de la persona fallecida, las causas y consecuencias para qué de la muerte.

La etología del pensamiento obsesivo como respuesta a la muerte es la de defender el ser querido de la característica de la muerte, esencialmente como una amenaza o conflicto. De hecho, el pensamiento obsesivo alterna rápidamente entre haber percibido situaciones inmediatas de dolor de la muerte y la oscilación entre la muerte y la vida, dando cuenta de la necesidad de lo que lo trata de la muerte y lo que pecha acerca de la muerte. Un pensamiento obsesivo es circularidad se manifiesta en la obsesión fuerte y persistente.

altos niveles de incidencia y severidad de depresión, cronificación del proceso y un aumento de la sintomatología, especialmente la asociada al estrés postraumático. Por tanto, según este modelo, el estilo rumiativo es maladaptativo y predice un desajuste y menor calidad de vida en el doliente (4-5). Otros estudios, sin embargo, sugieren lo contrario: que esta focalización cognitiva persistente en pensamientos o sentimientos relacionados con el ser querido muerto y el impacto que su pérdida tiene en la vida del doliente es una reacción común en el duelo cuyo propósito y resultado es muy individual y que puede ser adaptativa (6).

Aunque en algunos estadios del duelo la rumiación correlaciona negativamente con el bienestar general, eso no significa que rumiar sea siempre improductivo. La revisión repetitiva del evento traumático puede ayudar a las personas a manejar el impacto emocional y contribuir a hallar un nuevo sentido a la pérdida. Esta construcción de nuevos significados contribuye a desarrollar un nuevo encuadre de referencia o visión del mundo que incorpora el evento traumático (7) y por tanto facilita una buena resolución del duelo.

Michael y Zinder (8), en un estudio reciente realizado con estudiantes universitarios en duelo, llegan a proponer denominar *rumiación* al estilo maladaptativo que no produce alivio en el tiempo, y *proceso cognitivo* al proceso adaptativo o pensamientos repetitivos productivos focalizados en la resolución, como según estos autores, lo que marca la diferencia entre un estilo u otro es si el proceso lleva o no a la posibilidad de encontrar un nuevo sentido a la muerte, o un significado que el doliente pueda incorporar. Entonces esta posibilidad se asocia con un decrecimiento de la rumiación derivando en una mejora del bienestar psicológico. En este artículo se propone una descripción más amplia del estilo rumiativo, incluyendo el pensamiento obsesivo como rasgo central y característico. Se identifican las funciones psicológicas de estas defensas desde una visión adaptativa, y se propone un tratamiento desde el modelo y aportaciones de la Psicoterapia Integrativa.

### 1. *Características del pensamiento obsesivo*

- Carácter repetitivo.
- Falta de expresión de afectos.
- Falta de acción, pasividad.
- Pérdida de visión general.
- Soledad.

El pensamiento obsesivo como defensa o estilo de afrontamiento cognitivo, respuesta natural ante la pérdida de un ser querido (Tabla n.º 1) se manifiesta como

un monólogo mismo, con o sin culpa o culpabilidad, sobre algo o nadie. Las rumiaciones intrusivas, como: «Y si...», «Pensables», «No hubiera ido», «No puedo seguir», «Los aspectos de la situación perdida y...».

El pensamiento obsesivo es una forma de búsqueda que intenta justificarse las situaciones en determinados pensables de la persona fallecida, las causas y consecuencias para qué de la muerte.

La etología del pensamiento obsesivo como respuesta a la muerte es la de defender el ser querido de la característica de la muerte, esencialmente como respuesta a la muerte y conflicto. De hecho, el pensamiento obsesivo alterna rápidamente entre haber percibido situaciones inmediatas de dolor de la muerte y la oscilación entre la muerte y la vida, dando cuenta de la necesidad de lo que lo trata y de lo que lo pecha acerca de la muerte y de nuevo de la vida. Un pensamiento obsesivo es circularidad sin finalidad, con una función fuerte y permanente.

de afectos es otra de las características del pensamiento obsesivo: no hay amor ni dolor, sino una detención en lo cognitivo, pues no hay objeto de contacto real desde lo emocional. De hecho, si se expresaran las emociones encubiertas (llorar, chillar, enfadarse) el pensamiento obsesivo pararía. Esta falta de emoción natural y espontánea va acompañada de una falta de acción. Los pensamientos obsesivos son muy invalidantes: son sueños, fantasías acerca de la realidad, suposiciones, ideas, y su propósito parece mantenerse ahí. Las personas con estilos de afrontamiento obsesivos se anclan en lo mental sin llegar a expresar las emociones subyacentes. No hay un compromiso activo en la búsqueda de soluciones: piensan en ello pero no llegan a realizar la acción resolutiva. Es muy difícil tomar decisiones porque no hay un proceso racional de discernimiento: el propio intento desesperado de buscar respuesta parece obliterar la posibilidad de hallarla, por eso el pensamiento obsesivo va acompañado de una pasividad característica.

Por otra parte, en la obsesión, la experiencia de la realidad es mental y suele estar focalizada sólo en algún aspecto concreto de ésta: se produce una pérdida de la visión general o global de la situación. El pensamiento se fija en algún detalle, aspecto o momento, a veces inconsciente, y el resto de elementos vitales está ausente, no hay visión de conjunto sobre la situación. Se trata de una fijación cognitiva característicamente rígida e inflexible. Esta falta de acción, y esta rigidez, además van acompañadas de la sensación de soledad. La persona tiende al aislamiento, a no conectar con el entorno ni consigo mismo: mira al suelo, se habla a sí misma o a las circunstancias, pero sin contacto con lo que le rodea ni contacto interno con la experiencia subjetiva de lo que está contando. El mecanismo obsesivo es una forma de muerte, muerte para uno mismo, muerte para las relaciones con los demás, muerte para la vida.

## 2. *Funciones psicológicas del pensamiento obsesivo*

- |  |
|--|
| En relación con el trauma de la muerte: Mejora de la predictibilidad.<br>Búsqueda de un significado.   |
| En relación con la vinculación: Reparación de la culpa.<br>Continuidad de la vinculación.  |
| En relación con la negación del dolor: Sentido de control y estabilidad.<br>Protección o evitación del dolor<br>Estabilidad de ego frágil y dependiente. |

«Mi hija murió en un incendio, me dijeron que no fue provocado, que fue un accidente, pero yo no lo sé. No me dejaron ver el lugar, ni me dejaron ver el cuerpo. La policía cerró la casa y ya nunca pude entrar. Me pregunto una y otra

vez qué sucede  
varse. Sus am  
la cabeza. Cr  
me ayuda, do  
Pilar.

Tradicio  
intento de pre  
tes de desestr  
sivas como un  
control y ordene  
las preocupaci  
hacer algo para  
relaciones, las  
un intento de  
rar la predicti  
nuevos traum  
ocupa usualme  
tivo en el senti  
la anticipació

Desde un  
después de la  
vencia cuya fu  
dad de la mu  
hacer que las c  
esto no es pos  
funciones de  
repasa los det  
ranza de halla  
toria. Así el p  
que el dolient  
posibles nuev

Por otra  
reparativa. Lo  
ca para evitar  
tos, a haber h  
castigo con u  
no haberme d  
siendo una bu  
muerte signifi

de afectos es otra de las características del pensamiento obsesivo: no hay amor ni dolor, sino una detención en lo cognitivo, pues no hay objeto de contacto real desde lo emocional. De hecho, si se expresaran las emociones encubiertas (llorar, chillar, enfadarse) el pensamiento obsesivo pararía. Esta falta de emoción natural y espontánea va acompañada de una falta de acción. Los pensamientos obsesivos son muy invalidantes: son sueños, fantasías acerca de la realidad, suposiciones, ideas, y su propósito parece mantenerse ahí. Las personas con estilos de afrontamiento obsesivos se anclan en lo mental sin llegar a expresar las emociones subyacentes. No hay un compromiso activo en la búsqueda de soluciones: piensan en ello pero no llegan a realizar la acción resolutiva. Es muy difícil tomar decisiones porque no hay un proceso racional de discernimiento: el propio intento desesperado de buscar respuesta parece obliterar la posibilidad de hallarla, por eso el pensamiento obsesivo va acompañado de una pasividad característica.

Por otra parte, en la obsesión, la experiencia de la realidad es mental y suele estar focalizada sólo en algún aspecto concreto de ésta: se produce una pérdida de la visión general o global de la situación. El pensamiento se fija en algún detalle, aspecto o momento, a veces inconsciente, y el resto de elementos vitales está ausente, no hay visión de conjunto sobre la situación. Se trata de una fijación cognitiva característicamente rígida e inflexible. Esta falta de acción, y esta rigidez, además van acompañadas de la sensación de soledad. La persona tiende al aislamiento, a no conectar con el entorno ni consigo mismo: mira al suelo, se habla a sí misma o a las circunstancias, pero sin contacto con lo que le rodea ni contacto interno con la experiencia subjetiva de lo que está contando. El mecanismo obsesivo es una forma de muerte, muerte para uno mismo, muerte para las relaciones con los demás, muerte para la vida.

## 2. *Funciones psicológicas del pensamiento obsesivo*

- |  |
|--|
| En relación con el trauma de la muerte: Mejora de la predictibilidad.<br>Búsqueda de un significado.   |
| En relación con la vinculación: Reparación de la culpa.<br>Continuidad de la vinculación.  |
| En relación con la negación del dolor: Sentido de control y estabilidad.<br>Protección o evitación del dolor<br>Estabilidad de ego frágil y dependiente. |

«Mi hija murió en un incendio, me dijeron que no fue provocado, que fue un accidente, pero yo no lo sé. No me dejaron ver el lugar, ni me dejaron ver el cuerpo. La policía cerró la casa y ya nunca pude entrar. Me pregunto una y otra

vez qué sucede  
varse. Sus am  
la cabeza. Cr  
me ayuda, do  
Pilar.

Tradicio  
intento de pre  
tes de desestr  
sivas como un  
control y orde  
las preocupaci  
hacer algo para  
relaciones, las  
un intento de  
rar la predicti  
nuevos traum  
ocupa usualme  
tivo en el senti  
la anticipació

Desde un  
después de la  
vencia cuya fu  
dad de la mu  
hacer que las c  
esto no es pos  
funciones de  
repasa los det  
ranza de halla  
toria. Así el p  
que el dolient  
posibles nuev

Por otra  
reparativa. Lo  
ca para evitar  
tos, a haber h  
castigo con u  
no haberme d  
siendo una bu  
muerte signifi

No aceptar la realidad de su muerte y luchar contra lo que parece ser su causa es un intento de seguir siendo un buen padre o una buena madre protectora. Estar obsesionando tiene la función de seguir cuidándole. Si la persona en duelo no se sintiera culpable, posiblemente sentiría que no es buena persona. La obsesión permite mantener la integridad y perdonarse a sí mismo, una forma de seguir siendo fiel a la relación. De la misma manera, las obsesiones de fantasías de venganza desde la culpabilización de otro por las circunstancias de la muerte tendrían también la función de esfuerzo compensatorio por el fracaso en el rol protector: «no puedo estar en paz hasta que hayamos encontrado al culpable».

También rumiando se cumple otra necesidad relacional, que es la de garantizar la continuidad en la relación con la persona fallecida. Mientras la persona en duelo está obsesionándose mantiene un nivel de contacto con su ser querido ausente. Fantasear acerca del desaparecido es una forma de estar vinculado con el pasado, una manera de evitar sentir la experiencia emocional de la muerte. En este sentido cumple una función psicológica estabilizadora que protege del flujo de emociones incómodas que acompañan la regresión (14).

Turner y otros (15), en su trabajo sobre los factores biológicos en los comportamientos obsesivos, concluyen que estos podrían verse como una respuesta o consecuencia a estados afectivos de sobreexcitación subyacente. Las personas en duelo, cuando están obsesionando o expresando sus pensamientos obsesivos, presentan un alto nivel de sobreexcitación psíquica, que aparece como un estado de ansiedad generalizada. Es posible entonces que las rumiaciones sean una consecuencia de este estado de sobreexcitación generado por la ruptura del vínculo de seguridad afectiva, como un intento de recuperar el sentido de control sobre la experiencia emocional de trauma. Las obsesiones interrumpen el contacto interno con los propios sentimientos, sensaciones y recuerdos demasiado dolorosos. En situaciones de estados emocionales complejos relacionados con acontecimientos traumáticos, la activación de respuestas rumiativas podría favorecer el procesamiento de esas emociones difíciles (16).

La rumiación es una manera de estar en la periferia del dolor del duelo, en la abstracción de la idea de la pérdida, o en el conflicto y las dudas acerca de las causas, pero no en la experiencia real de la muerte. En este sentido, las obsesiones funcionan como una defensa para no permitir la emergencia de sentimientos dolorosos amenazadores. Las emociones presentes más aparentes son enfado y culpa, que aparecen en forma de obstinación recurrente, persistencia y rigidez y resentimiento, y no en su forma natural espontánea. No hay contacto real con el objeto psicológico del enfado.

«No me lo puedo quitar de la cabeza. No pude decirle adiós... No puedo quitarme de la cabeza que no fuera su cuerpo. Mi hijo murió en un accidente de avión,

pero se equivoca que le hicimos. Los psicólogos supongan que acercarme a mi hijo de él. Hace ya

Estar de duelo es una forma de vivir la subjetiva de la muerte, una evitativa de los sentimientos. Esta función es de estabilización, de enfado o mi duelo.

La muerte es una fragmentación, un intento de comprender el funcionamiento de los sentimientos o pensamientos o la fragilidad interna. De esta manera serían más seguras, más rígidas y rutinarias, más inflexibles, inmaduras.

«No puedo vivir sin el hombre más querido de mi vida. Todas mis decisiones giran en torno a él. Le necesito para mi niña. ¿A qué otra persona es capaz de tirar de mí cada día a que me dirijo?»

Por último, la fragmentación es una estrategia en el modo de vivir estos eventos. Los psicólogos suponen que las personas se acercan a las personas que les compran y le dan un sentido de significado. Es una estrategia de supervivencia.

No aceptar la realidad de su muerte y luchar contra lo que parece ser su causa es un intento de seguir siendo un buen padre o una buena madre protectora. Estar obsesionando tiene la función de seguir cuidándole. Si la persona en duelo no se sintiera culpable, posiblemente sentiría que no es buena persona. La obsesión permite mantener la integridad y perdonarse a sí mismo, una forma de seguir siendo fiel a la relación. De la misma manera, las obsesiones de fantasías de venganza desde la culpabilización de otro por las circunstancias de la muerte tendrían también la función de esfuerzo compensatorio por el fracaso en el rol protector: «no puedo estar en paz hasta que hayamos encontrado al culpable».

También rumiando se cumple otra necesidad relacional, que es la de garantizar la continuidad en la relación con la persona fallecida. Mientras la persona en duelo está obsesionándose mantiene un nivel de contacto con su ser querido ausente. Fantasear acerca del desaparecido es una forma de estar vinculado con el pasado, una manera de evitar sentir la experiencia emocional de la muerte. En este sentido cumple una función psicológica estabilizadora que protege del flujo de emociones incómodas que acompañan la regresión (14).

Turner y otros (15), en su trabajo sobre los factores biológicos en los comportamientos obsesivos, concluyen que estos podrían verse como una respuesta o consecuencia a estados afectivos de sobreexcitación subyacente. Las personas en duelo, cuando están obsesionando o expresando sus pensamientos obsesivos, presentan un alto nivel de sobreexcitación psíquica, que aparece como un estado de ansiedad generalizada. Es posible entonces que las rumiaciones sean una consecuencia de este estado de sobreexcitación generado por la ruptura del vínculo de seguridad afectiva, como un intento de recuperar el sentido de control sobre la experiencia emocional de trauma. Las obsesiones interrumpen el contacto interno con los propios sentimientos, sensaciones y recuerdos demasiado dolorosos. En situaciones de estados emocionales complejos relacionados con acontecimientos traumáticos, la activación de respuestas rumiativas podría favorecer el procesamiento de esas emociones difíciles (16).

La rumiación es una manera de estar en la periferia del dolor del duelo, en la abstracción de la idea de la pérdida, o en el conflicto y las dudas acerca de las causas, pero no en la experiencia real de la muerte. En este sentido, las obsesiones funcionan como una defensa para no permitir la emergencia de sentimientos dolorosos amenazadores. Las emociones presentes más aparentes son enfado y culpa, que aparecen en forma de obstinación recurrente, persistencia y rigidez y resentimiento, y no en su forma natural espontánea. No hay contacto real con el objeto psicológico del enfado.

«No me lo puedo quitar de la cabeza. No pude decirle adiós... No puedo quitarme de la cabeza que no fuera su cuerpo. Mi hijo murió en un accidente de avión,

pero se equivoca que le hicimos. Los psicólogos supongan que acercarme a mi hijo de él. Hace ya

Estar de duelo es una forma de vivir la subjetiva de la muerte, una evitativa de los sentimientos. Esta función es de estabilización, de enfado o mi duelo.

La muerte es una fragmentación, un intento de comprender el funcionamiento de los sentimientos o pensamientos o la fragilidad interna. De esta manera serían más seguras, más rígidas y rutinarias, más inflexibles, inmaduras.

«No puedo vivir sin el hombre más querido de mi vida. Todas mis decisiones giran en torno a él. Le necesito para mi niña. ¿A qué otra persona es capaz de tirar de mí cada día a que me dirijo?»

Por último, la fragmentación es una estrategia en el modo de afrontar estos eventos. Los psicólogos suponen que las personas se adaptan a las perspectivas que les ofrecen y las adquieren a través de la experiencia y le dan un sentido de significado. Es una estrategia de supervivencia.

donde la pérdida de vínculos afectivos, especialmente cuando es traumática, cambia la percepción personal del mundo. Es ahí donde el pensamiento obsesivo aparece como un intento de construir una cohesión interna, de recuperar el control, de aceptar la fragilidad de la vida, en una búsqueda de perfeccionismo ante el caos que supone la muerte, contribuyendo al desarrollo de un nuevo encuadre de referencia que incluya la fragilidad e inconstancia de la vida y de las relaciones.

### 3. Factores de riesgo de pensamientos obsesivos

- Situacionales: Percepción de que la muerte era evitable y/o fortuita.
- Percepción de falta de información sobre las circunstancias de la muerte.
- Circunstancias de la muerte son traumáticas y/o desautorizadas.
- Muertes que destruyen constructos de seguridad.
- Personales: Personas con vulnerabilidad obsesiva previa.
- Interpersonales: Relaciones codependientes donde la muerte supone una amenaza a la protección y seguridad.

Los factores de riesgo son predictores asociados a una mayor posibilidad de que se instalen mecanismos obsesivos como estilos de afrontamiento del duelo. Los factores de riesgo en el duelo suelen ser aspectos de la personalidad del doliente, o más específicos del duelo, como las circunstancias de la muerte o las características de la relación con la persona fallecida. La posibilidad de describir factores de riesgo de aparición de pensamientos obsesivos es importante porque puede mejorar la identificación de colectivos más vulnerables, puede favorecer una respuesta social más adecuada y preventiva y a la vez da pistas sobre posibilidades de tratamientos efectivos. No todas las personas en duelo responden a la pérdida con pensamientos obsesivos y para la minoría que lo hace es importante poder detectar qué factores propician este estilo de afrontamiento y en cuáles la posibilidad de que se instalen, de forma rígida y mal adaptativa, es mayor.

Según la teoría de la vinculación, la pérdida súbita de la figura de vinculación destruye los constructos de seguridad y el ajuste a la nueva situación parece ser mucho más difícil o estresante que cuando la muerte es anticipada, por ejemplo tras una enfermedad larga. Es en estas situaciones de no anticipación, especialmente si las circunstancias han sido traumáticas, donde parece que la prevalencia del pensamiento obsesivo es mayor. Un caso específico son las situaciones donde el doliente percibe que la muerte podía haberse evitado –por ejemplo, en una supuesta situación de negligencia médica, o en un accidente doméstico– y que

va a causar la muerte en las circunstancias

Cuando se recuerda un suceso y hechos que se han sucedido. En la memoria que recorre una persona el resultado es un pensamiento obsesivo.

Con respecto a la personalidad, las personalidades obsesivas se caracterizan por miedos obsesivos, pensamientos obsesivos con dificultad para concentrarse, nunca han conseguido la seguridad y la seguridad de la propia vida, poniendo de relieve la vulnerabilidad de Nolen-Hoekstra, que es una personalidad ambivalente y fluctuante en el tiempo y en el espacio.

### 4. Implicaciones terapéuticas

La provisión de información simple y clara, así como las intervenciones desde la terapia que ayuden a las personas en duelo a desarrollar una terapéutica más sencilla y efectiva de forma consciente y activa, es una invitación a una terapia más consciente y activa, más lecturales o la terapia de la memoria y su sentido, más terapéutica defensiva de la memoria, que es muy bien descrita por el autor. Sin embargo, más me cuesta creer que esto sea lo que el autor dice.

Desde la perspectiva de los factores de riesgo, las intervenciones terapéuticas y preventivas deben centrarse en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales.

donde la pérdida de vínculos afectivos, especialmente cuando es traumática, cambia la percepción personal del mundo. Es ahí donde el pensamiento obsesivo aparece como un intento de construir una cohesión interna, de recuperar el control, de aceptar la fragilidad de la vida, en una búsqueda de perfeccionismo ante el caos que supone la muerte, contribuyendo al desarrollo de un nuevo encuadre de referencia que incluya la fragilidad e inconstancia de la vida y de las relaciones.

### 3. Factores de riesgo de pensamientos obsesivos

- Situacionales: Percepción de que la muerte era evitable y/o fortuita.
  - Percepción de falta de información sobre las circunstancias de la muerte.
  - Circunstancias de la muerte son traumáticas y/o desautorizadas.
  - Muertes que destruyen constructos de seguridad.
- Personales: Personas con vulnerabilidad obsesiva previa.
- Interpersonales: Relaciones codependientes donde la muerte supone una amenaza a la protección y seguridad.

Los factores de riesgo son predictores asociados a una mayor posibilidad de que se instalen mecanismos obsesivos como estilos de afrontamiento del duelo. Los factores de riesgo en el duelo suelen ser aspectos de la personalidad del doliente, o más específicos del duelo, como las circunstancias de la muerte o las características de la relación con la persona fallecida. La posibilidad de describir factores de riesgo de aparición de pensamientos obsesivos es importante porque puede mejorar la identificación de colectivos más vulnerables, puede favorecer una respuesta social más adecuada y preventiva y a la vez da pistas sobre posibilidades de tratamientos efectivos. No todas las personas en duelo responden a la pérdida con pensamientos obsesivos y para la minoría que lo hace es importante poder detectar qué factores propician este estilo de afrontamiento y en cuáles la posibilidad de que se instalen, de forma rígida y mal adaptativa, es mayor.

Según la teoría de la vinculación, la pérdida súbita de la figura de vinculación destruye los constructos de seguridad y el ajuste a la nueva situación parece ser mucho más difícil o estresante que cuando la muerte es anticipada, por ejemplo tras una enfermedad larga. Es en estas situaciones de no anticipación, especialmente si las circunstancias han sido traumáticas, donde parece que la prevalencia del pensamiento obsesivo es mayor. Un caso específico son las situaciones donde el doliente percibe que la muerte podía haberse evitado –por ejemplo, en una supuesta situación de negligencia médica, o en un accidente doméstico– y que

va a causar la circunstancia

Circunstancias  
Cuando  
y hechos que  
sucedido. En  
que recorre u  
resultado un  
obsesivo.

Con respuestas personalizadas obsesivas y miedos obsesivos, con dificultades para nunca han conseguido la calidad de la vida deseada, poniendo de manifiesto la Nolen-Hoeksema ambivalencia en el tiempo y el espacio.

#### 4. *Implicaci*

La provisión de información simplemente no es suficiente para que las personas estén dispuestas a producir cambios en su vida. La terapia es más que la provisión de información. La terapia es una invitación a utilizar la información que se ha recibido de una manera más efectiva. La terapia es una invitación a utilizar la información que se ha recibido de una manera más efectiva. La terapia es una invitación a utilizar la información que se ha recibido de una manera más efectiva. La terapia es una invitación a utilizar la información que se ha recibido de una manera más efectiva.

Desde la  
rrentes y preo

respuestas naturales de orden psicológico, emocional cognitivo o conductual que la persona utiliza de forma inconsciente para reducir o aliviar el dolor y el sufrimiento (23). Por tanto la exploración de estos mecanismos como defensas nos da una oportunidad de identificar su función psicológica o relacional, para que pueda así ser tratada de forma efectiva en el marco de la relación terapéutica.

Esta mirada adaptativa de los mecanismos o estilos de afrontamiento tiene implicaciones importantes para la terapia de duelo. El pensamiento obsesivo no debe interpretarse como una conducta patológica, sino como un intento natural del inconsciente de adaptarse al dolor de la pérdida y satisfacer alguna de las necesidades relacionales específicas que aparecen tras la muerte de un ser querido. A pesar de que son pensamientos disruptivos, en el sentido de que rompen el contacto interno o el interpersonal, el terapeuta debe acogerlos como una adaptación creativa a la ruptura del vínculo afectivo. Lo que necesitamos es una psicoterapia intrapsíquica y relacional, cuyo objetivo no sea simplemente suprimir el pensamiento obsesivo, sino comprenderlo, poner nombre a su función psicológica, validarla y buscar maneras de responder a las necesidades subyacentes. Todo ello mediante una respetuosa indagación en la experiencia fenomenológica de la persona en duelo que acoja su vulnerabilidad natural, facilite de forma respetuosa la disolución de las defensas y la integración de los aspectos fragmentados.

En una primera etapa del tratamiento va a ser esencial la escucha atenta sobre la experiencia subjetiva de la obsesión: animarle a expresar en voz alta sus preocupaciones, pensamientos repetitivos, rumiaciones, y hacerlo en forma de diálogo con el terapeuta, que muestra interés, anima y promueve la expresión completa de los pensamientos, valida la experiencia y comparte sus emociones, permitiéndose ser genuinamente impactado por lo que está oyendo. Haciendo esto el terapeuta ofrece una experiencia de comprensión y de compartir que mitiga la soledad y el sentimiento de aislamiento del doliente y a la vez permite el despliegue total de las fantasías y cuestiones alrededor de las cuales se configura la obsesión.

La persona en duelo entonces expresa en voz alta sus deseos, sus miedos, sus preguntas sin respuesta, sus fantasías de venganza, o de reparación, su sentimiento de culpa, y lleva al consciente y experimenta en el contexto de la relación terapéutica estas cogniciones nunca antes compartidas, que son recibidas y acogidas con sensibilidad e interés por parte del terapeuta.

«Háblame de todos estos pensamientos, ideas y fantasías que pasan por tu cabeza por la noche (dímelos a mí, mírame a los ojos)... Parece que estás exhausta de tanto darle vueltas... Cuéntame a qué das vueltas... ¿Cómo te sientes con este monólogo interior? ¿Sola?... Háblame de tu soledad... ¿A quién te gustaría decirle todo esto?... ¿Quién te gustaría que te estuviera escuchando?».

Al permitir la expresión de las emociones el terapeuta está abriendo aspectos anteriores.

La experiencia terapéutica: en el allá y el aquí, en tanto a utilizar la Psicoterapia, el pensamiento obsesivo, observando visualmente el mundo, poniendo en evidencia la rigidez de las emociones.

En las situaciones de duelo, el recorrido de la memoria, y otra vez, la memoria de los sentimientos, sentido y no sentido, el terapeuta, que rodean la muerte, la soledad y el dolor asociados.

«Cuéntame lo que pasó por tu mente. ¿Qué pasó por tu mente? ¿Con quién te dieron? ¿Qué sentiste? ¿Cómo no tuviste? ¿Cómo te sentiste distinto, ¿en qué?

En otras situaciones de venganza, las situaciones donde se fantaseando con la culpabilidad de los demás, la responsabilidad de uno mismo, ser muy alarmante, la persona no se atreve a decir lo que siente más culpable, en lo simbólico, las palabras no hablan de la confusión.

respuestas naturales de orden psicológico, emocional cognitivo o conductual que la persona utiliza de forma inconsciente para reducir o aliviar el dolor y el sufrimiento (23). Por tanto la exploración de estos mecanismos como defensas nos da una oportunidad de identificar su función psicológica o relacional, para que pueda así ser tratada de forma efectiva en el marco de la relación terapéutica.

Esta mirada adaptativa de los mecanismos o estilos de afrontamiento tiene implicaciones importantes para la terapia de duelo. El pensamiento obsesivo no debe interpretarse como una conducta patológica, sino como un intento natural del inconsciente de adaptarse al dolor de la pérdida y satisfacer alguna de las necesidades relacionales específicas que aparecen tras la muerte de un ser querido. A pesar de que son pensamientos disruptivos, en el sentido de que rompen el contacto interno o el interpersonal, el terapeuta debe acogerlos como una adaptación creativa a la ruptura del vínculo afectivo. Lo que necesitamos es una psicoterapia intrapsíquica y relacional, cuyo objetivo no sea simplemente suprimir el pensamiento obsesivo, sino comprenderlo, poner nombre a su función psicológica, validarlos y buscar maneras de responder a las necesidades subyacentes. Todo ello mediante una respetuosa indagación en la experiencia fenomenológica de la persona en duelo que acoja su vulnerabilidad natural, facilite de forma respetuosa la disolución de las defensas y la integración de los aspectos fragmentados.

En una primera etapa del tratamiento va a ser esencial la escucha atenta sobre la experiencia subjetiva de la obsesión: animarle a expresar en voz alta sus preocupaciones, pensamientos repetitivos, rumiaciones, y hacerlo en forma de diálogo con el terapeuta, que muestra interés, anima y promueve la expresión completa de los pensamientos, valida la experiencia y comparte sus emociones, permitiéndose ser genuinamente impactado por lo que está oyendo. Haciendo esto el terapeuta ofrece una experiencia de comprensión y de compartir que mitiga la soledad y el sentimiento de aislamiento del doliente y a la vez permite el despliegue total de las fantasías y cuestiones alrededor de las cuales se configura la obsesión.

La persona en duelo entonces expresa en voz alta sus deseos, sus miedos, sus preguntas sin respuesta, sus fantasías de venganza, o de reparación, su sentimiento de culpa, y lleva al consciente y experimenta en el contexto de la relación terapéutica estas cogniciones nunca antes compartidas, que son recibidas y acogidas con sensibilidad e interés por parte del terapeuta.

«Háblame de todos estos pensamientos, ideas y fantasías que pasan por tu cabeza por la noche (dímelos a mí, mírame a los ojos)... Parece que estás exhausta de tanto darle vueltas... Cuéntame a qué das vueltas... ¿Cómo te sientes con este monólogo interior? ¿Sola?... Háblame de tu soledad... ¿A quién te gustaría decirle todo esto?... ¿Quién te gustaría que te estuviera escuchando?».

Al permitir la expresión de las emociones el terapeuta está abriendo aspectos anteriores.

La experiencia terapéutica: en el allá y el aquí, en el intento de adaptarse a la utilización de la Psicoterapia, en el pensamiento obsesivo, en el sentimiento visualmente alterado, poniendo en evidencia la rigidez de la persona.

En las situaciones de duelo, el recorrido de la persona es un viaje y otra vez, la persona se siente sola, los sentimientos están sentado y no se siente apoyada por el terapeuta, que no se siente rodean la muerte y el sentimiento de dolor asociado.

«Cuéntame lo que pasó, ¿Qué pasó por tu mente? ¿Con quién te sentiste? ¿Qué no sentiste? ¿Qué no tuviste? ¿Qué sentiste de distinto, ¿en el duelo?».

En otras situaciones de venganza y de reparación, las situaciones donde la persona fantaseando con la venganza o la culpa, se siente culpable de lo que ha hecho, la responsabilidad de lo que ha hecho es muy alarmante, la persona no se atreve a decir lo que ha hecho, la vez más culpable, la persona en lo simbólico, las palabras no hablan, la persona se siente de la confusión.

Cuando este sueño es expresado verbalmente, y validado como humano y natural por el terapeuta sensible y empático, entonces éste puede llevar al paciente a la conclusión imaginada, y juntos deben explorar la fantasía de alivio del dolor. El ponerle palabras facilita la expresión de las emociones subyacentes que pueden ser identificadas una a una: entonces la confusión y agitación son sustituidas por la rabia, el enfado y el resentimiento, que a su vez son sustituidos por el dolor, la tristeza y el amor. En este camino de clarificación emocional la ansiedad va desapareciendo como defensa evitativa y emergen las emociones hasta ahora reprimidas por inaceptables y dolorosas.

Un ejemplo de este camino de clarificación que puede durar varias sesiones sería: «Me dices que estabas fantaseando sobre la muerte de X... ¿Qué has imaginado?... ¿Cómo has pensado en hacerle daño?... ¿Puedes contarme hasta dónde has pensado en tu imaginación? Dices que te imaginas cogiendo la escopeta y yendo a su casa,... ¿qué más has imaginado?... ¿Qué has imaginado que harías al llegar a su casa?... Y después de disparar, ¿qué verías?... ¿Cómo sería la imagen ante ti?... ¿Cómo te sentirías al verlo muerto ahí?... Aliviada... ¿Aliviada de qué?... ¿Qué es lo que tú crees que aliviaría la muerte de este hombre (conductor que atropelló a tu hijo)? Crees que aliviaría tu dolor, ¿verdad?... Háblame de tu dolor... (enfado)».

Una psicoterapia intrapsíquica y relacional –en vez de cognitiva y conductual–, basada en la indagación respetuosa de la fantasía de venganza, va a fomentar la expresión verbal y emocional del pensamiento obsesivo, validando su función de protección. En el apoyo y la comprensión del terapeuta, el paciente encontrará el alivio y la satisfacción de la necesidad relacional escondida. Y es entonces, una vez ha sido facilitada la regresión, cuando éste puede escuchar, comprender y dar sentido a su fantasía: que va a ser validada por el terapeuta: «entiendo que lo que más lamentas es no haber podido proteger a tu hijo y que pensando en matar a X lo que estás expresando es tu deseo profundo de que eso no hubiera sucedido y tu sentimiento de culpa y dolor».

Una vez expresada y acogida la obsesión e identificada su función psicológica, el objetivo terapéutico es disolver esta defensa cognitiva para que puedanemerger los sentimientos dolorosos o incómodos subyacentes. La estructura rumiativa es una defensa contra la ansiedad del trauma, siendo la causa de esta ansiedad la represión de los sentimientos de dolor, enfado o culpa. La obsesión funciona como una maniobra cognitiva para evitar los sentimientos conflictivos. En el dialogo y el contacto empático con el terapeuta, el pensamiento circular o repetitivo se rompe y el doliente tiene la posibilidad de conectar y expresar esos sentimientos escondidos. Juntos pueden poner nombre a esos sentimientos incómodos de dolor, enfado o culpa, proveyendo experiencias de *insight* donde la persona en duelo podrá llegar a entender las motivaciones inconscientes de esta defensa.

A veces lles sobre la rete irrelevantes perdiendo la obsesión, sind intrapsíquica de duelo, un acha, o una fun

Las fijac se originan po do. En el cont traumático suficiente, a doliente comp hechos es un vención institu terapeuta de c tas entre repre bros del cuerpr a todas sus pr

Una vez ridad y confia fenomenológnitivas como conductas o l prescripciones terapéutico, c profunda. Una sión, se invita dad que sea e «¿De qué man desejo de segu tánea muchos

El trabaj sona a la acep control detrás nos ofrece la ción de la limi total de nuestro

Cuando este sueño es expresado verbalmente, y validado como humano y natural por el terapeuta sensible y empático, entonces éste puede llevar al paciente a la conclusión imaginada, y juntos deben explorar la fantasía de alivio del dolor. El ponerle palabras facilita la expresión de las emociones subyacentes que pueden ser identificadas una a una: entonces la confusión y agitación son sustituidas por la rabia, el enfado y el resentimiento, que a su vez son sustituidos por el dolor, la tristeza y el amor. En este camino de clarificación emocional la ansiedad va desapareciendo como defensa evitativa y emergen las emociones hasta ahora reprimidas por inaceptables y dolorosas.

Un ejemplo de este camino de clarificación que puede durar varias sesiones sería: «Me dices que estabas fantaseando sobre la muerte de X... ¿Qué has imaginado?... ¿Cómo has pensado en hacerle daño?... ¿Puedes contarme hasta dónde has pensado en tu imaginación? Dices que te imaginas cogiendo la escopeta y yendo a su casa,... ¿qué más has imaginado?... ¿Qué has imaginado que harías al llegar a su casa?... Y después de disparar, ¿qué verías?... ¿Cómo sería la imagen ante ti?... ¿Cómo te sentirías al verlo muerto ahí?... Aliviada... ¿Aliviada de qué?... ¿Qué es lo que tú crees que aliviaría la muerte de este hombre (conductor que atropelló a tu hijo)? Crees que aliviaría tu dolor, ¿verdad?... Háblame de tu dolor... (enfado)».

Una psicoterapia intrapsíquica y relacional –en vez de cognitiva y conductual–, basada en la indagación respetuosa de la fantasía de venganza, va a fomentar la expresión verbal y emocional del pensamiento obsesivo, validando su función de protección. En el apoyo y la comprensión del terapeuta, el paciente encontrará el alivio y la satisfacción de la necesidad relacional escondida. Y es entonces, una vez ha sido facilitada la regresión, cuando éste puede escuchar, comprender y dar sentido a su fantasía: que va a ser validada por el terapeuta: «entiendo que lo que más lamentas es no haber podido proteger a tu hijo y que pensando en matar a X lo que estás expresando es tu deseo profundo de que eso no hubiera sucedido y tu sentimiento de culpa y dolor».

Una vez expresada y acogida la obsesión e identificada su función psicológica, el objetivo terapéutico es disolver esta defensa cognitiva para que puedanemerger los sentimientos dolorosos o incómodos subyacentes. La estructura rumiativa es una defensa contra la ansiedad del trauma, siendo la causa de esta ansiedad la represión de los sentimientos de dolor, enfado o culpa. La obsesión funciona como una maniobra cognitiva para evitar los sentimientos conflictivos. En el dialogo y el contacto empático con el terapeuta, el pensamiento circular o repetitivo se rompe y el doliente tiene la posibilidad de conectar y expresar esos sentimientos escondidos. Juntos pueden poner nombre a esos sentimientos incómodos de dolor, enfado o culpa, proveyendo experiencias de *insight* donde la persona en duelo podrá llegar a entender las motivaciones inconscientes de esta defensa.

A veces lles sobre la rete irrelevantes perdiendo la obsesión, sind intrapsíquica de duelo, un acha, o una fun

Las fijac se originan po do. En el cont traumático suficiente, a doliente comp hechos es un vención institu terapeuta de c tas entre repre bros del cuerpr a todas sus pr

Una vez ridad y confia fenomenológnitivas como conductas o l prescripciones terapéutico, c profunda. Una sión, se invita dad que sea e «¿De qué man desejo de segu tánea muchos

El trabaj sona a la acep control detrás nos ofrece la ción de la limi total de nuestro

del día, como tampoco se puede controlar a una persona en depresión durante cada minuto de su vida; la muerte es impredecible. Para mantener esta garantía de control, deberíamos encerrar a nuestros seres queridos en habitaciones blindadas, pero esto supondría anular la espontaneidad de su existencia, de la libertad en las relaciones, de la autonomía natural de las personas. La resolución del pensamiento obsesivo contribuye a entender la propia historia personal y ver las pérdidas como parte integral de la propia vida y no como algo a rechazar: aceptarlas como algo inevitable y a la vez como una oportunidad de crecer, madurar y expandir la conciencia personal, y la responsabilidad e implicación en la vida.

##### 5. *Conclusiones*

Los pensamientos obsesivos se caracterizan por su repetitividad, circularidad, fijación y falta de visión general. Ante la pérdida de un ser querido, estos pensamientos se configuran como cuestiones alrededor de las circunstancias de la muerte, las posibles causas y efectos de la pérdida, aspectos de la relación con el ser querido, algunos de los síntomas de duelo y sus consecuencias: «¿Qué me ha pasado? ¿Por qué el mundo es así? ¿Qué es la muerte? ¿Quién soy yo sin él/ella? ¿Qué será de mi vida?».

Este proceso cognitivo permite una revisión exhaustiva del evento traumático y sus consecuencias en la vida de la persona en duelo. Como estructura defensiva psicológica tiene varias funciones: mejorar la predictibilidad de posibles nuevas situaciones de pérdida traumática, dar significado a lo sucedido, reparar los sentimientos de culpa, mantener continuidad en la relación con la persona fallecida, manejar emociones dolorosas como son el enfado y el dolor, y dar un sentido de protección y estabilidad dentro de la fragmentación interna que la persona en duelo vive.

Para la mayoría de las personas este estilo de afrontamiento es una respuesta natural adaptativa al duelo que se resuelve favorablemente. Las personas en duelo pueden por sí mismas encontrar las respuestas y satisfacer las necesidades subyacentes, con lo que, con el tiempo se produce una disminución de la actividad obsesiva dedicada a procesar la experiencia, se mitiga la sintomatología y los pensamientos pierden su calidad intrusiva y perturbadora, de manera que la persona se ajusta a la pérdida y puede empezar a centrarse en su futuro. En estos casos el pensamiento obsesivo es adaptativo y predice un buen resultado de duelo, una mejora y bienestar progresivo en el doliente.

Pero si éste no es capaz de entrar en contacto, identificar y explorar estas funciones del pensamiento obsesivo, y por tanto las necesidades intrapsíquicas o

interpersonales disruptivos, y tal y como es, puede desarrollar consecuencias graves y duraderas.

El terapeuta debe detectar este estilo rumiativo y no solo intentar evitar, sino que promover el cambio de pensamiento obsesivo y de la respuesta natural del paciente a los aspectos o tensiones que lo mantienen intensamente obsesionado.

Es necesario que el terapeuta haga que los pacientes perciban el riesgo de convertir su respuesta natural en una respuesta de afrontamiento más eficaz.

La psicoterapia debe detectar el pensamiento obsesivo y tratar que los métodos terapéuticos sean eficaces. Es un problema que el paciente padece un duelo agudo en la medida en que tiene contacto con el mundo exterior y con su experiencia de vida. La terapia debe de unir la relación entre el paciente y el terapeuta y el paciente y el mundo exterior, a través de la exploración y la integración del ego.

del día, como tampoco se puede controlar a una persona en depresión durante cada minuto de su vida; la muerte es impredecible. Para mantener esta garantía de control, deberíamos encerrar a nuestros seres queridos en habitaciones blindadas, pero esto supondría anular la espontaneidad de su existencia, de la libertad en las relaciones, de la autonomía natural de las personas. La resolución del pensamiento obsesivo contribuye a entender la propia historia personal y ver las pérdidas como parte integral de la propia vida y no como algo a rechazar: aceptarlas como algo inevitable y a la vez como una oportunidad de crecer, madurar y expandir la conciencia personal, y la responsabilidad e implicación en la vida.

##### 5. *Conclusiones*

Los pensamientos obsesivos se caracterizan por su repetitividad, circularidad, fijación y falta de visión general. Ante la pérdida de un ser querido, estos pensamientos se configuran como cuestiones alrededor de las circunstancias de la muerte, las posibles causas y efectos de la pérdida, aspectos de la relación con el ser querido, algunos de los síntomas de duelo y sus consecuencias: «¿Qué me ha pasado? ¿Por qué el mundo es así? ¿Qué es la muerte? ¿Quién soy yo sin él/ella? ¿Qué será de mi vida?».

Este proceso cognitivo permite una revisión exhaustiva del evento traumático y sus consecuencias en la vida de la persona en duelo. Como estructura defensiva psicológica tiene varias funciones: mejorar la predictibilidad de posibles nuevas situaciones de pérdida traumática, dar significado a lo sucedido, reparar los sentimientos de culpa, mantener continuidad en la relación con la persona fallecida, manejar emociones dolorosas como son el enfado y el dolor, y dar un sentido de protección y estabilidad dentro de la fragmentación interna que la persona en duelo vive.

Para la mayoría de las personas este estilo de afrontamiento es una respuesta natural adaptativa al duelo que se resuelve favorablemente. Las personas en duelo pueden por sí mismas encontrar las respuestas y satisfacer las necesidades subyacentes, con lo que, con el tiempo se produce una disminución de la actividad obsesiva dedicada a procesar la experiencia, se mitiga la sintomatología y los pensamientos pierden su calidad intrusiva y perturbadora, de manera que la persona se ajusta a la pérdida y puede empezar a centrarse en su futuro. En estos casos el pensamiento obsesivo es adaptativo y predice un buen resultado de duelo, una mejora y bienestar progresivo en el doliente.

Pero si éste no es capaz de entrar en contacto, identificar y explorar estas funciones del pensamiento obsesivo, y por tanto las necesidades intrapsíquicas o

interpersonales disruptivos, y tal y como es, puede desarrollar consecuencias graves y duraderas.

El terapeuta debe detectar este estilo rumiativo y no solo intentar evitar, sino que debe promover el movimiento obsesivo y el manejo natural del duelo, sin centrarse en los aspectos o tratamientos más superficiales.

Es necesario que el terapeuta haga que los pacientes perciban el riesgo de convertir el duelo en un problema mental: estos cambios impulsivos y a la vez destructivos son fundamentales para el manejo del duelo.

La psicoterapia debe centrarse en el pensamiento obsesivo y no solo en las necesidades y sentimientos que los motivan. Es un problema que se resuelve de forma aguda en la psicoterapia, cuando el paciente entra en contacto con el terapeuta y se expresa. La experiencia de la terapia es la de la formación de un vínculo terapéutico que permite la relación entre el terapeuta y el paciente a través de la exploración y la comprensión del ego.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) LAZARUS, R.; FOLKMAN, S., *Stress, Appraisal and Coping*, Nueva York, Springer, 1984.
- (2) MOSS, R. H.; SCHAEFER, J. A. «Life Transitions and Crisis: A Conceptual Overview», en R. H. Moss & J. A. Schaffer (eds.), *Coping with Life Crisis: An Integrative Approach*, 1986, pp. 3-28.
- (3) NOLEN-HOEKSEMA, S., «Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes», *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, pp. 569-582.
- (4) NOLEN-HOEKSEMA, S.; PARKER, L. E.; LARSON, J., «Ruminative Coping with Depressed Mood following Loss», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67, pp. 92-104.
- (5) NOLEN-HOEKSEMA, S., «Ruminative Coping and Adjustment to Bereavement», en M. S. STROEBE, R. O. HANSSON, W. STROEBE, H. SCHUT (eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, Washington DC, American Psychology Association, 2001, pp. 545-562.
- (6) BOWER, J. E.; KEMENY, M. E.; TAYLOR, S. E.; FAHEY, J. L., «Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD 4 Decline and AIDS -Related Mortality Among Bereaved HIV-Seropositive Men», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66, pp. 979-986.
- (7) CALHOUN, L. G.; TEDESCHI, R. G., «Post Traumatic Growth: Future Direction», en R. G. TEDESCHI, C. L.; PARK, L. G.; GALHOUN (eds.), *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, Mahwah, N. J., Lawrence Erlbaum, 1998.
- (8) MICHAEL, S. T.; SNYDER, C. R., «Getting Unstuck: the Roles of Hope, Finding Meaning, and Rumination in the Adjustment to Bereavement among College Students», *Death Studies*, 2005, 29, pp. 435-458.
- (9) TINBERGER, N., *Social Behaviour in Animals*, Londres, Chapman & Hall, 1953.
- (10) HOROWITZ, M.; MARMOR, C.; KRUPNICK, J.; WILNER, N.; KALTREIDER, N.; WALLERSTEIN, R., *Personality Styles and brief Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1984, pp. 160-161.
- (11) JOHNSON, S. M., *Character Styles*, Nueva York, Norton, 1994, p. 270.
- (12) ERSKINE, R. G., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.
- (13) CSEIKSZENTMIHALYI, M., *The Evolving Self: A Psychology for the Third Millennium*, Nueva York, Harper Collins, 1993.
- (14) ERSKINE, R. G., «Psychological Function, Relational Needs, and Transferential Resolution: Psychotherapy of an Obsession», *Transactional Analysis Journal*, 2002, 31, 4, pp. 220-226.
- (15) TURNER, J.; BEIDEL, D.; NATHAN, R., «Biological Factors in Obsessive-compulsive Disorder», *Psychological Bulletin*, 1985, 97, pp. 430-450.
- (16) HERVÁS, G.; VÁZQUEZ, C., «Explorando el origen emocional de las respuestas rumiantivas: el papel de la complejidad emocional y la Inteligencia Emocional», en *Ansiedad y estrés*, 2006, 12 (2-3), pp. 279-292.
- (17) JANOFF BULMAN, R., *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*, Nueva York, Free Press, 1992.
- (18) STEIN, N.; FOLKMAN, S.; TRABASSO, T.; RICHARDS, T. A., «Appraisal and Goal Processes as Predictors of Psychological Wellbeing in Bereaved Caregivers», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72, pp. 872-884.
- (19) NEYMEYER, R., «Widowhood, Grief and the Quest of Meaning: A Narrative Perspective on Resilience», en D. CARR, R. M. NESSE, C. B. WORTMAN (eds.), *Late Life Widowhood in the United States*. Nueva York, Springer, 2005.
- (20) GILLIES, J.; NEYMEYER, R. A., «Loss, Grief, and the Search for Significance: Towards a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement», *Journal of Constructivist Psychology*, Routledge, 2006, 19, pp. 31-65.

(21) NOLEN-HOEKSEMA, S., «Ruminative Coping and Adjustment to Bereavement», en M. S. STROEBE, R. O. HANSSON, W. STROEBE, H. SCHUT (eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, Washington DC, American Psychology Association, 2001, pp. 545-562.

(22) ERSKINE, R. G., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(23) MOULDER, S., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(24) GREENBERG, S., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(25) GREENBERG, S., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(26) ERSKINE, R. G., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(27) TAIT, J. S.; ULEMAN, J. S., *Character Styles*, Nueva York, Norton, 1994, p. 270.

\* Alba Payás  
Correspondencia:  
tf. 972.244400

\*\* Fecha de recepción:

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) LAZARUS, R.; FOLKMAN, S., *Stress, Appraisal and Coping*, Nueva York, Springer, 1984.
- (2) MOSS, R. H.; SCHAEFER, J. A. «Life Transitions and Crisis: A Conceptual Overview», en R. H. Moss & J. A. Schaffer (eds.), *Coping with Life Crisis: An Integrative Approach*, 1986, pp. 3-28.
- (3) NOLEN-HOEKSEMA, S., «Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes», *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, pp. 569-582.
- (4) NOLEN-HOEKSEMA, S.; PARKER, L. E.; LARSON, J., «Ruminative Coping with Depressed Mood following Loss», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67, pp. 92-104.
- (5) NOLEN-HOEKSEMA, S., «Ruminative Coping and Adjustment to Bereavement», en M. S. STROEBE, R. O. HANSSON, W. STROEBE, H. SCHUT (eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, Washington DC, American Psychology Association, 2001, pp. 545-562.
- (6) BOWER, J. E.; KEMENY, M. E.; TAYLOR, S. E.; FAHEY, J. L., «Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD 4 Decline and AIDS -Related Mortality Among Bereaved HIV-Seropositive Men», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66, pp. 979-986.
- (7) CALHOUN, L. G.; TEDESCHI, R. G., «Post Traumatic Growth: Future Direction», en R. G. TEDESCHI, C. L.; PARK, L. G.; GALHOUN (eds.), *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, Mahwah, N. J., Lawrence Erlbaum, 1998.
- (8) MICHAEL, S. T.; SNYDER, C. R., «Getting Unstuck: the Roles of Hope, Finding Meaning, and Rumination in the Adjustment to Bereavement among College Students», *Death Studies*, 2005, 29, pp. 435-458.
- (9) TINBERGER, N., *Social Behaviour in Animals*, Londres, Chapman & Hall, 1953.
- (10) HOROWITZ, M.; MARMOR, C.; KRUPNICK, J.; WILNER, N.; KALTREIDER, N.; WALLERSTEIN, R., *Personality Styles and brief Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1984, pp. 160-161.
- (11) JOHNSON, S. M., *Character Styles*, Nueva York, Norton, 1994, p. 270.
- (12) ERSKINE, R. G., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.
- (13) CSEIKSZENTMIHALYI, M., *The Evolving Self: A Psychology for the Third Millennium*, Nueva York, Harper Collins, 1993.
- (14) ERSKINE, R. G., «Psychological Function, Relational Needs, and Transferential Resolution: Psychotherapy of an Obsession», *Transactional Analysis Journal*, 2002, 31, 4, pp. 220-226.
- (15) TURNER, J.; BEIDEL, D.; NATHAN, R., «Biological Factors in Obsessive-compulsive Disorder», *Psychological Bulletin*, 1985, 97, pp. 430-450.
- (16) HERVÁS, G.; VÁZQUEZ, C., «Explorando el origen emocional de las respuestas rumiantivas: el papel de la complejidad emocional y la Inteligencia Emocional», en *Ansiedad y estrés*, 2006, 12 (2-3), pp. 279-292.
- (17) JANOFF BULMAN, R., *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*, Nueva York, Free Press, 1992.
- (18) STEIN, N.; FOLKMAN, S.; TRABASSO, T.; RICHARDS, T. A., «Appraisal and Goal Processes as Predictors of Psychological Wellbeing in Bereaved Caregivers», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72, pp. 872-884.
- (19) NEIMEYER, R., «Widowhood, Grief and the Quest of Meaning: A Narrative Perspective on Resilience», en D. CARR, R. M. NESSE, C. B. WORTMAN (eds.), *Late Life Widowhood in the United States*. Nueva York, Springer, 2005.
- (20) GILLIES, J.; NEIMEYER, R. A., «Loss, Grief, and the Search for Significance: Towards a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement», *Journal of Constructivist Psychology*, Routledge, 2006, 19, pp. 31-65.

(21) NOLEN-HOEKSEMA, S., «Ruminative Coping and Adjustment to Bereavement», en M. S. STROEBE, R. O. HANSSON, W. STROEBE, H. SCHUT (eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, Washington DC, American Psychology Association, 2001, pp. 545-562.

(22) ERSKINE, R. G., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(23) MOHR, L. B.; HARRIS, K. B.; HARRIS, R. J., «The Therapeutic Relationship: A Review of the Literature», *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, 43, pp. 101-117.

(24) GREENBERG, S. B.; KELLY, J. M., «The Therapeutic Relationship: A Review of the Literature», *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, 43, pp. 101-117.

(25) GREENBERG, S. B.; KELLY, J. M., «The Therapeutic Relationship: A Review of the Literature», *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, 43, pp. 101-117.

(26) ERSKINE, R. G., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

(27) TAIT, J. S.; ULEMAN, J. S., «The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories», en R. G. ERSKINE, *Theories Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, San Francisco, TA Press, 1997, pp. 7-19.

\* Alba Payás  
Correspondencia:  
tf. 972.24448

\*\* Fecha de recepción