



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
psicológicas de l
tores de riesgo d
mación de trata
Psicoterapia Inte
PALABRAS CL
siones, duelo, Ps

La muerte
difíciles y dol
la mayoría de
tiempo, una r
física. Llamam
la persona uti
manejar y sob
el duelo.

Los mec
cambiantes de
externas que s
trata de caract
situación de a
puede tomar c
do sobre el af
en la valoraci
conductuales,
persona respo
o pérdida va a
de personalidad
variables exte
nibilidad de a

El estilo
caracteriza po
tivos de una m
tras de person

altos niveles de incidencia y severidad de depresión, cronicación 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
misma, con o
liza o culpabil
lles sobre alg
dos. Las rumi
mientos intru
como: «Y si..
ponsables», «
no hubiera id
«no puedo se
tos o aspectos
ción perdida y

El pensamiento en esta forma de búsqueda para justificar las acciones en determinadas circunstancias es responsable de la persona fallida, de las causas y consecuencias, y del para qué de

La etología como respuesta de defender el carácterístico y como conflicto. De alterna rápida haber percibido tituidas inmediato dolor de la culpa, lo que es la oscilación si dado cuenta de lo que lo trata pecha acerca de do de nuevo por. Un pensamiento circularidad se, ción fuerte y por

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 equivocó y le hicimos un funeral. Los médicos supongo que me dijeron que me acercarme a mí mismo era lo mejor que podía hacer de él. Hace ya tres años».

Estar de duelo es una forma de mantener una subjetiva de la vida a través de la evitación de los sentimientos. Esta función de estabilización del enfado o mi culpa.

La muerte es una fragmentación del intento de comprender el funcionamiento de los sentimientos o pensamientos. La rigidez interna de la manera serían una manera de mantener un mayor sentido de los rígidos y rutinarios, inmaduro.

«No puedo olvidar al hombre más importante de todas mis decisiones. Le maté a su hijo. Le maté a su niña. ¿A qué puedo ir capaz de tirar cada día a que».

Por último, la fragmentación de la vida en el modo de estos eventos y suposiciones de las personas a las personas, le dan un significado. E

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 equivocó
que le hicimos
ticos supongo
acercarme a m
de él. Hace ya

Estar de
una forma de
subjetiva de la
sa evitativos
dores. Esta fu
do de estabili
enfado o mi c

La muer
una fragment
tento de comp
funcionamien
mientos o per
gilidad interna
manera serían
ra un mayor s
rígidos y rutin
gil, inmaduro

«No pue
el hombre má
todas mis dec
sar en él. Le m
su niña. ¿A q
capaz de tirar
cada día a qu

Por últim
fragmentació
ta en el mode
estos eventos
suposiciones
nen a las pers
buye a integr
y le dan un s
significado. E

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 pérdida de las circunstancias.

Cuando ocurren hechos que no se han sucedido. En situaciones que recorren un resultado un pensamiento obsesivo.

Con respecto a las personalidades obsesivas se han observado pensamientos obsesivos con dificultades nunca han podido lidiar con la posibilidad de la pérdida poniendo de relieve a Nolen-Hoeksema ambivalentes en el tiempo y

4. Implicaciones

La provisión simplemente de opciones desde el momento en que producen un efecto en personas en terapia más significativa de forma de invitación a una experiencia aún más intelectual o la y su sentido de defensivo de muy bien desocho, más me o

Desde la perspectiva de los recursos y preo

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 misma pérdida en circunstancias similares.

Cuando el duelo se vive en un contexto de hechos que han sucedido. En este contexto, el duelo que recorre un camino de resultado un pensamiento obsesivo.

Con respecto a las personalidades obsesivas se han observado que los pensamientos obsesivos con dificultades nunca han podido ser la posibilidad de la personalidad poniendo de relieve Nolen-Hoeksema y sus colegas ambivalentes en el tiempo y

4. Implicaciones

La provisión de simplemente de opciones desde el momento en que producen un efecto en personas en terapia más significativa de forma de invitación a una conciencia aún más intelectual o la y su sentido de defensivo de muy bien desocho, más me o

Desde la perspectiva de los preo

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 puedan emerger 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 r
te irrelevantes
perdiendo la
obsesión, sino
intrapsíquica
de duelo, un a
cha, o una fur

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

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

El trabaj
sona a la acep
control detrás
nos ofrece la
ción de la lim
total de nuest

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 puedan emerger 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 r
te irrelevantes
perdiendo la
obsesión, sino
intrapsíquica
de duelo, un a
cha, o una fur

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

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

El trabaj
sona a la acep
control detrás
nos ofrece la
ción de la lim
total de nuest

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 desarro
consecuencias
rosos se inten
resultado de d

El terapeu
estilo rumiativ
evitar, sino qu
miento obsesi
to natural del
aspectos o tar
mentación int
esencial.

Es neces
hace que los p
riesgo de con
mental: estos
sonales y a la
samientos má

La psico
miento obsesi
que los métodos
es un problem
agudo en la p
tacto con el o
experiencia de
de un vínculo
mente la relac
el terapeuta p
través de la e
gración del eg

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 desarro
consecuencias
rosos se inten
resultado de d

El terapeu
estilo rumiativ
evitar, sino qu
miento obsesi
to natural del
aspectos o tar
mentación int
esencial.

Es neces
hace que los p
riesgo de con
mental: estos
sonales y a la
samientos má

La psico
miento obsesi
que los métodos
es un problem
agudo en la p
tacto con el o
experiencia de
de un vínculo
mente la relac
el terapeuta p
través de la e
gración del eg

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LAZARUS, L.; 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) CSIKSZENTMIHALYI, 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 rumiativas: 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.; 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., «Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes», *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, pp. 569-582.
- (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) 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.
- (24) GREENBERG, M. T., «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, M. T., «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. ULEMAN, «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. 972.2444
** Fecha de recepción

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LAZARUS, L.; 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) CSIKSZENTMIHALYI, 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 rumiativas: 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.; 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., «Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes», *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, pp. 569-582.
- (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) 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.
- (24) GREENBERG, M. T., «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, M. T., «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. ULEMAN, «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. 972.2444
** Fecha de recepción