

Diferencia entre el duelo como fenómeno patológico y la depresión.

Trabajo de grado para adquirir el título en pregrado de psicología

Juan Martín Arcila Quintero

Manuela Caro Correa

Mariana Muñoz Marín

Luisa María Quiroz Moreno

Asesor

Jorge Iván Jaramillo Zapata

Facultad de psicología y ciencias sociales

Programa de psicología

Medellín

2020

Tabla de contenido

1. Pregunta.....	5
2. Objetivo General	5
3. Objetivos Específicos.....	5
4. Planteamiento del Problema.....	5
5. Justificación.....	8
6. Diseño metodológico.....	9
7. Marco conceptual	10
7.1. Esquemas.	11
7.2. Esquemas mal adaptativos tempranos.	12
7.3. Distorsiones cognitivas.....	13
7.4. Pensamientos automáticos.	13
7.5. Depresión.	14
7.6. Duelo.....	15
7.7. Teoría del Apego.	17
7.7.1. Apego seguro.....	17
8. Categorías.....	19
8.1. Duelo normal.	19
8.2. Duelo patológico.....	21
8.3. Trastornos del estado de ánimo.	23
8.3.1. Trastorno bipolar.	23
8.3.2. Trastorno afectivo estacional.....	23
8.3.3. Trastorno ciclotímico.....	23
8.3.4. Trastorno disfórico premenstrual.	24
8.3.5. Trastorno depresivo persistente (distimia).	24
8.3.6. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	24
8.3.7. Depresión relacionada con una enfermedad física.	24
8.3.8. Depresión inducida por el consumo de drogas o medicamentos.....	24
8.3.9. Trastorno depresivo mayor.....	24
8.4. Depresión.	24
8.4.1. Depresión desde el enfoque cognitivo conductual.	26
9. Desarrollo de investigación.....	28

9.1.	Duelo normal	28
9.1.1.	El duelo desde diferentes modelos teóricos de la psicología.....	28
9.2.	El duelo en las diferentes etapas del desarrollo.	32
9.2.1.	Duelo en la infancia.....	32
9.2.2.	Duelo en la adolescencia.	33
9.2.3.	Duelo en la adultez.	36
9.2.4.	Duelo en la vejez.	36
9.3.	El duelo y la cultura.	37
9.4.	La teoría del Apego y el duelo.....	39
9.5.	Duelo patológico.....	41
9.5.1.	¿Cómo se reconoce el duelo patológico?	43
9.5.2.	Edad de la persona fallecida.	43
9.5.3.	Tipo de muerte.....	45
9.5.4.	Variables psicosociales.....	45
9.5.5.	Inestabilidad emocional y experiencias negativas previas.	46
9.6.	Estrategias de afrontamiento.....	46
9.7.	Trastornos del estado de ánimo	49
9.7.1.	Trastorno depresivo mayor.....	51
9.7.2.	Trastorno distímico.....	51
9.7.3.	Trastorno bipolar.	52
9.7.4.	Trastorno afectivo estacional.....	52
9.7.5.	Trastorno ciclotímico.....	53
9.7.6.	Trastorno disfórico premenstrual.	53
9.7.7.	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	53
9.7.8.	Depresión relacionada con una enfermedad física.	53
9.7.9.	Depresión inducida por el consumo de drogas o medicamentos.....	54
9.8.	La depresión.....	54
9.9.	Depresión desde el enfoque cognitivo conductual.	55
9.9.1.	Teorías conductuales de los trastornos depresivos.	55
9.10.	Teorías cognitivas de los estados depresivos.	56
9.10.1.	Teoría del procesamiento de la información.	56
10.	Discusión.	60

11.	Conclusión.....	65
12.	Referencias	66

“El duelo no te hace imperfecto, te hace humano”.

-Sarah Dessen.

Diferencia entre duelo como un proceso patológico y la depresión

1. Pregunta

¿Cuál es la diferencia entre el duelo como proceso patológico y la depresión?

2. Objetivo General

Analizar la diferencia entre duelo como proceso patológico y la depresión desde una perspectiva cognitivo conductual.

3. Objetivos Específicos

Identificar las características del duelo patológico en relación con el duelo como proceso normal.

Describir los aspectos característicos de la depresión desde una perspectiva psicopatológica.

Establecer la diferencia entre el duelo como proceso patológico y la depresión desde la perspectiva cognitivo conductual.

4. Planteamiento del Problema

El duelo se ha definido como un proceso emocional en respuesta a la pérdida de una persona amada o cualquier elemento significativo de la vida del sujeto, este proceso tiene unas implicaciones en los pensamientos, emociones y conductas de quienes lo experimentan; no está definido como un trastorno mental, pero puede llegar a ser

desadaptativo cuando desborda los mecanismos habituales de afrontamiento e incluso configurar un cuadro clínico importante que requiere tratamiento (Flórez, 2009).

Es importante resaltar que el duelo es un proceso normal en la vida de todos los sujetos, pero debido a la intensidad de los síntomas o el tiempo en que esté presente, puede derivar en una patología, desencadenando distintos cuadros clínicos, entre ellos la depresión y una posible relación con el duelo patológico (Fenoy Castaño, 2016). Siendo de igual importancia el establecer diferencia del duelo patológico de otros diagnósticos y patologías recogidos en el DSM como el Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Adaptativo (Díaz Curiel, 2011).

“Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración de la pérdida del ser querido” (Semergen, 2008).

Desde la OMS (2013) el duelo es un proceso que se ha tratado junto con los trastornos de estrés postraumáticos, debido a todas las repercusiones que puede tener en la vida de una persona al no ser atendido. De este modo a partir del 2008 empezó a ampliar sus objetivos en la orientación para ofrecer atención de salud mental a las personas que se enfrenten a la pérdida de un ser querido o a eventos traumáticos.

Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados

declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%).

Según la OMS (2017) la depresión “es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Varias investigaciones del ministerio de salud pública realizadas tanto del ámbito nacional como internacional han tratado el tema de la depresión como trastorno psicológico por sus altos índices de prevalencia, lo cual la ha convertido en una problemática de salud pública.

La depresión junto con la ansiedad se considera el desorden psicológico de mayor registro en los centros de salud, en población en general (Vélez, Garzón & Ortiz, 2008). Según los niveles de dificultad, puede afectar diferentes áreas de desempeño de la vida diaria de quien la padece, siendo el suicidio su consecuencia más grave.

A nivel mundial, se ha establecido que cada año se suicidan 800.000 personas, siendo entre 15 y 29 años el grupo de edad más afectado. Según el Boletín Informativo de Salud Mental, dentro de la situación actual del país, el Sistema Integral de Información de la protección Social, reporta que desde el 2009 se aumentaron las atenciones por depresión, así mismo en 2015, 36.584 de esas atenciones recibieron el diagnóstico de depresión moderada, correspondiendo en mayor proporción a mujeres con un 70,4% de la población atendida (MINSALUD, 2017).

En cuanto al análisis realizado por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca ocupan los primeros lugares en prevalencia de depresión, además, hablando de factores causales, se evidenciaron diferencias de prevalencia según el nivel socioeconómico, mientras en el estrato 1 la prevalencia fue de 33,5% y en los estratos 5 y 6 fue de 57,1%. (MINSALUD, 2017).

Los diferentes estudios realizados sobre depresión como el de “características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios” de Vélez y Garzón (2008), no solo se han enfocado en esta problemática por su gran prevalencia, sino también, para hablar de factores predisponentes que facilitan su aparición, sin embargo, hace falta profundizar acerca del duelo como un factor relacionado a la depresión. Ya que, por lo general, se analizan factores tales como: edad, influencias psicosociales, procesamiento cognitivo y las características individuales de la personalidad para determinar su origen y relación (Vélez, Garzón & Ortiz, 2008).

5. Justificación

El presente proyecto de investigación se realiza con el fin de desarrollar el trabajo de grado requerido para la obtención del título de profesionales en Psicología en la Universidad Católica Luis Amigó, además, ampliar los conocimientos teóricos y metodológicos sobre este tema el cual es de gran interés.

Se eligió el duelo como tema central de la investigación ya que las personas experimentan constantes pérdidas, pues éste es un proceso natural de los seres humanos durante todo su ciclo de vida. Sin embargo, el duelo puede tornarse problemático configurándose como patológico, desencadenando diferentes alteraciones psicológicas,

emocionales y conductuales que afectan el bienestar y la calidad de vida de quienes las padecen.

La depresión como trastorno psicológico es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes que actualmente se presentan en nuestra sociedad y su origen, entre tantos otros factores, puede tener relación directa con un proceso de duelo no elaborado, es por esta razón, que lo que nos interesa en la presente investigación, es comprender esa relación y la diferencia que se da entre ambos fenómenos.

Por lo anterior es importante realizar la investigación para generar aportes teóricos significativos al área de la psicología llenando aquellos vacíos que hay hasta el momento acerca del tema y ayudando con el avance de la comprensión de estos dos fenómenos, su relación y diferencia, aportando así a la comunidad académica interesada en saber e investigar sobre el tema; aportará información relevante que luego servirá para proyectos posteriores.

6. Diseño metodológico

Este estudio está fundamentado en el paradigma interpretativo, el cual estudia la realidad socialmente construida por los sujetos, enfatiza en la subjetividad de estos y postula la inviabilidad de estimar la realidad en términos de causas y efectos, sino como consecuencia de las relaciones entre objetos. El propósito de este paradigma es la construcción teórica que posibilita comprender e interpretar la realidad (Briones, 2002), por esto, el enfoque da un abordaje cualitativo a la investigación.

El tipo de investigación utilizado es la hermenéutica, la cual según Sandoval (2002) es “[...] la comprensión de la realidad social que se asume bajo la metáfora de un texto, el

cual es susceptible de ser interpretado mediante el empleo de caminos metodológicos con particularidades que la hacen distinta a otras alternativas de investigación”. El método de investigación usado será la revisión documental, pues permite extraer información de manera sistemática de referentes teóricos frente a un tema en específico, realizando lecturas intertextuales y asociación de conceptos, por medio del registro bibliográfico en una matriz para su análisis y organización.

Se seleccionó como enfoque teórico guía para la investigación, la psicología cognitivo conductual y sus postulados de esquemas mal adaptativos tempranos y distorsiones cognitivas, la teoría de apego de John Bowlby y el concepto de duelo.

7. Marco conceptual

La psicología cognitiva conductual es una corriente fundamentada en el paradigma computacional que representó el surgimiento de la revolución cognitiva en las ciencias y la tecnología a mediados del siglo XX, esta sostiene fundamentalmente que la mente de los seres humanos no solo funciona como una secuencia de estímulo-respuesta, tal como era argumentado en los postulados conductistas, sino que entre ambos momentos existe un procesamiento de los estímulos que se han recibido y de esto depende como o cual será la respuesta emitida, las características de este proceso y por tanto la respuesta emocional y conductual están marcados por los esquemas cognitivos que el individuo ha construido en su subjetividad, dichos esquemas son unidades de información que contienen representaciones de sí mismo, el otro y el futuro, las cuales le permiten a los individuo interpretar y vivenciar la realidad .

Los esquemas mal adaptativos tempranos son patrones representados en ideas, pensamientos o percepciones que se configuran en la infancia y se perpetúan a lo largo de la vida, a su vez se caracterizan por ser significativamente disfuncionales para los sujetos. Pueden estar inactivos por algún periodo de tiempo hasta que hay algún estímulo ambiental que detone su expresión (Ferrei, 2009).

Estos esquemas están clasificados en unos denominados dominios esquemáticos, los cuales son desconexión y rechazo, baja autonomía y autoeficacia, límites insuficientes, restricción emocional y estándares inflexibles. Los seres humanos ante la presencia de los pensamientos, reacciones emocionales y conductas producto de los esquemas, desarrollan unos estilos de afrontamiento que se caracterizan por la rendición o entrega (es más fácil distorsionar la información que modificar las estructuras disfuncionales), evitación (procesos automáticos que se emplean para evitar una activación emocional que están aliados a niveles de afecto que son displacenteros) o sobrecompensación (adoptar estilos o conductas que son opuestas a los esquemas) (Ferrei, 2009).

7.1. Esquemas.

Este es el concepto fundamental para las teorías psicológicas cognitivas. Inicialmente fue utilizado en el año 1932 por Barlett, quien se refería con este término a procesos relacionados con la memoria. Posteriormente fue mencionado por Piaget (1951), para hablar de una estructura mental determinada que puede ser transferida y generalizada y dice que puede producirse en diferentes niveles de abstracción. Así mismo, Neisser (1979) lo definió como la estructura responsable de los mecanismos que guían la percepción y la atención selectiva.

Para Beck (1979) los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables y que forman la base de la regularidad de cómo interpretar la realidad. Dichos esquemas sirven para seleccionar, organizar y categorizar los estímulos y poder atribuir significaciones. A su vez permite identificar las estrategias que se llevarán a la acción.

Las personas cuentan con dos tipos de esquemas que son los hipervalentes y latentes, entendiendo los primeros como aquellos que están activos continuamente, por tanto, predominan; los latentes son los esquemas que se encuentran inactivos y solo se activan bajo la influencia de situaciones particulares.

Los esquemas toman forma por medio de las relaciones que las personas establecen con el medio, a partir de esto y de aquellos determinantes que son genéticos se van construyendo las pautas propias para establecer esquemas adaptativos. Los esquemas adaptativos mantienen la supervivencia psicológica y física de las personas, pero en algunos casos las formas en que se utilizan para sobrevivir en una época son utilizadas de manera automática, rígida y desadaptativa, lo cual puede causar trastornos psicológicos severos (Camacho, 2003).

7.2. Esquemas mal adaptativos tempranos.

Son aquellas construcciones conceptuales que elabora la persona desde su infancia sobre sí mismo, sobre quienes lo rodean y sobre el futuro, basado en las experiencias vividas en la interacción con ellos. Estos se fijan en la mente y se convierten en criterios para emitir juicios sobre los cuales la persona se fundamenta para conocer, comprender, analizar, decidir y actuar (Camacho, 2003, tomado de Jeffrey E. Young).

Los esquemas mal adaptativos son los que no se ajustan a la realidad, no son objetivos y conducen a actuar inadecuadamente, interfieren en el afrontamiento de situaciones y hacen que la persona actúe de manera desadaptativa y por tanto disfuncional.

7.3. Distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas son aquellas formas equivocadas de procesar la información, los estímulos que reciben los individuos; falsas interpretaciones de lo que ocurre en el ambiente, generando consecuencias negativas o desadaptativas. Suelen manifestarse en forma de pensamientos automáticos y desempeñan un papel que predomina en la psicopatología ya que produce una perturbación emocional (Beck, 1995).

7.4. Pensamientos automáticos.

Son aquellos pensamientos que surgen de manera espontánea, resultan ser breves y no necesariamente se es consciente de ellos. Son cogniciones que median entre sucesos externos y la reacción emocional del individuo a esos sucesos.

En general el pensamiento se relaciona con la manera en la que fluye la conciencia, la cual tiene tres elementos: la direccionalidad, es decir, hacia dónde se dirige el pensamiento; el curso, o la velocidad del pensamiento y el contenido, es decir, que es lo que se piensa concretamente. En cuanto al pensamiento automático, se define por su carácter impuesto, aparecen mientras el pensamiento normal fluye, en ellos su dirección y curso está establecido y se le toman como una verdad absoluta, lo que hace que se condicione la conducta y el afecto (Beck, 1995).

7.5. Depresión.

Es un trastorno del estado de ánimo en el cual se relacionan síntomas como la tristeza profunda, sentimientos de pérdida, ira o frustración intensa, pérdida de peso, insomnio, entre otros, que interfieren con las diferentes áreas de desempeño de la persona durante un largo tiempo.

En la persona con depresión, se ve afectado su rendimiento cognitivo. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden resentirse drásticamente, lo que hace que se vea incapacitada para realizar sus actividades cotidianas. Las tareas que requieren mayor control ejecutivo y esfuerzo son en las que más se evidencia dificultad, sin embargo, bajo algunas condiciones también pueden verse afectadas las que son automáticas. A parte de estas dificultades formales, se altera los contenidos de las cogniciones de aquel que se encuentra deprimido. Por tanto, las valoraciones que hace de sí mismo, de su entorno y de su futuro, suelen ser negativas. Aparece la autodespreciación, autoinculpación, y la pérdida de autoestima, las cuales se convierten en contenidos claves en las cogniciones de una persona con depresión. Con esto se puede decir que las cogniciones negativas más que síntomas de la depresión, podrían ser un elemento etiológico.

La aparición de cambios físicos usual en las personas depresivas, y suele ser el principal motivo por el que se solicita ayuda de un profesional. Entre estos síntomas se encuentran los problemas del sueño, la fatiga, pérdida del apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexual (en los hombres puede estar acompañado de dificultades en la erección), molestias corporales como dolor de cabeza, de espalda, náuseas, visión borrosa, estreñimiento). Esto hace que los primeros profesionales en ser acudidos sean los médicos generales y no los profesionales en salud mental.

Otros síntomas de este fenómeno son los interpersonales, pues una importante característica de las personas que están deprimidas es el deterioro de las relaciones con los otros, esto genera rechazos de las personas que los rodean lo que termina en un aislamiento mayor y lleva a la persona a un peor pronóstico de la depresión (Belloch, 2008).

7.6. Duelo.

Etimológicamente la palabra duelo proviene del latín “dolus”, que significa dolor, desafío o combate entre dos objetos o personas. El duelo en ocasiones se relaciona con el término luto, el cual se refiere a la expresión social del comportamiento y a las prácticas posteriores a la pérdida (Guillem, Romero & Oliete, 2007)

Dentro de la concepción científica y popular se divulgan diversos términos referentes al duelo, ya sea normal o complicado. “Existe todo un esfuerzo por retener diversas nociones con las cuales la sabiduría popular y/o la médico-psicológica han intentado conceptualizar ese capítulo del sufrimiento (y del crecimiento) humano” (Mantilla, 2013, pág. 47) tomado de (Tizón, 2004, p. 337- 338).

Durante el siglo XXI el duelo ha sido un tema muy cuestionado, en cuanto a lo que se considera en términos de su constitución, ya sea como “el duelo normal” y “el duelo patológico” también llamado duelo complicado o no elaborado para algunos autores contemporáneos. Por un lado, se considera que los duelos ni tienen ni deben de tener que ver con la psiquiatría y sus tratamientos. Por otro lado, algunos teóricos intentan enmarcar o introducir el duelo como un fenómeno clínico, en el que se constituyen criterios

importantes que incluso deben introducirse en futuras ediciones del DSM, seguido de esa idea, las investigaciones sobre el tema concluyen que para que se dé la introducción del duelo como fenómeno psiquiátrico es importante tener una revisión más detallada del tema teniendo en cuenta sus implicaciones (Mantilla, 2013).

Frecuentemente desde una concepción clínica el duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede manifestarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. No obstante, la noción de duelo y procesos de duelo pueden aplicarse a su vez a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se activan ante cualquier tipo de pérdida, estos pueden tratarse de (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante). Todos estos factores inevitables posiblemente pueden generar reacciones mal adaptativas con síntomas de depresión, tristeza, desesperanza, impotencia, culpa, además de un debilitamiento funcional a nivel social y laboral. En definitiva, el duelo y los procesos de duelo se entienden como el conjunto de representaciones mentales y conductuales articuladas a una pérdida afectiva significativa. (Saúl David Flórez Mesa, 2002, pág. 78). El duelo normal o duelo no complicado, hace referencia a una respuesta normal, es decir, con un carácter predecible que está condicionado a reacciones comunes ante la pérdida de un ser querido o cualquier cosa, su complicación está relacionada con aquellas circunstancias que desarrollen la evolución vinculada a un deterioro cognitivo, físico, conductual y emocional, inclusive adaptativo. (Saúl David Flórez Mesa, 2002, pág. 80). En ese sentido lo

que diferencia el duelo normal del duelo complicado son los modos de cómo se manifiestan sintomatológicamente y también su evolución en el tiempo.

7.7. Teoría del Apego.

El apego es la relación más temprana que se establece y que permite el aprendizaje de la regulación del sistema emocional. Según Bowlby (1986) es la tendencia del ser humano a crear lazos afectivos con determinadas personas en particular, a establecer un vínculo.

Para Bowlby (1986, citado en Garrido-Rojas, 2005) el comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores, es decir, que según como el niño construya las experiencias con sus cuidadores desarrollará las capacidades de establecer figuras vinculares futuras.

Mary Ainsworth (1979, citado en Repetur y Quezada, 2005) desarrolló los principales tipos de apego a raíz de sus estudios sobre los tipos de relaciones de numerosas familias y, por tanto, el grado de apego entre los bebés y las madres de dichos núcleos familiares. Con base a sus observaciones estableció los siguientes tipos:

7.7.1. *Apego seguro.*

se refiere cuando una persona se crece dentro de un entorno seguro y afectivo, con las necesidades de protección y cuidado satisfechas por el cuidador o la madre. En este tipo de apego las personas tienden a tener confianza en sí mismos y construyen relaciones sociales sanas con facilidad.

7.7.2. *Apego ansioso – evitativo.*

se presenta desde la infancia, el menor nunca se sintió protegido y cuidado a nivel afectivo por el cuidador, el cual se ha abstenido de estimular positivamente al menor ni de satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, abrigo, seguridad, entre otros); el niño que fue criado bajo este tipo de apego en la adultez refleja distanciamiento hacia los demás tanto físico como psicológico.

7.7.3. Apego ansioso – ambivalente.

Este tipo de apego surge como consecuencia de un vínculo ambivalente por parte de la madre o el cuidador del niño, es decir, que por un lado la madre se mostraba cálida y en otras ocasiones le mostraba al niño desinterés y despreocupación; en edad adulta estos niños pueden desencadenar ansiedad y baja tolerancia a la frustración.

7.7.4. Apego desorganizado.

Este tipo de apego se diferencia del evitativo y del ambivalente, ya que en este tipo de apego el cuidador posee un vínculo amenazante con el menor debido que es agresivo, violento y por consiguiente abusa y maltrata al niño. Sin embargo, paradójicamente los cuidadores que más protegen y cuidan al niño, tienden a ser maltratadores, generando en el menor un cierto desequilibrio interno y que podría ocasionar en la adultez un comportamiento de agresividad similar o exacto al de sus padres, por lo que sus relaciones vinculares estarán conformadas de violencia e inseguridad y surge el temor de ser abandonados, por tanto, estas personas evitarán o romperán las relaciones con facilidad que han construido con los demás. Este tipo de apego se le denomina como desorganizado porque los cuidadores o los padres actúan de una forma impredecible con el niño (Molina, s.f). Dentro del tipo de apego desorganizado se encuentran dos pautas de crianza:

Tipo atemorizante-autorreferente.

El menor ha crecido en un entorno intrusivo y agresivo por parte de sus cuidadores, por ende, estos niños, se describen como agresivos, manipuladores y con tendencia a castigar a sus pares.

Tipo atemorizado-inversión de roles.

se presenta cuando los padres depositan toda responsabilidad y labor de crianza en el niño, esto hace que el menor se sienta complaciente, con una tendencia a la soledad y a la inhibición en las relaciones interpersonales.

8. Categorías

8.1. Duelo normal.

Este se presenta cuando una persona experimenta una pérdida ya sea previsible o inesperada ante el fallecimiento de un ser querido o cualquier objeto significativo para este. Los síntomas más frecuentes que aparecen en este proceso son de tipo emocional, físicos y ocurren en los primeros meses de duelo, aunque algunos autores consideran que el proceso de duelo normal tiene una duración de 6 meses aproximadamente teniendo en cuenta cada caso.

Para Moreno Llorca (2002) las reacciones ante un duelo normal se manifiestan en:

Manifestaciones físicas: vacío en el estómago, opresión en el pecho o garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad y sequedad en la boca.

Sentimientos: tristeza, enfado, culpa, ansiedad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio e insensibilidad.

Pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia y alucinaciones.

Conductas: trastorno del sueño, alimentarios, aislamiento, desorganización soñar con la pérdida, evitar o frecuentar recuerdos, buscar al fallecido o llamarlo, suspirar, hiperactividad y llanto.

En un duelo no complicado Bowlby denomina 4 fases que pueden aparecer de forma adversa a nivel emocional, somático y en el pensamiento:

- La fase 1, “fase de entumecimiento o shock”, es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.
- La fase 2, “fase de anhelo y búsqueda” un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.
- La fase 3 o “fase de desorganización y desesperanza”, en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los

recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

- La fase 4, “fase de reorganización”, es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida. (Flórez, ,2002).

8.2. Duelo patológico.

Antes de mencionar los aspectos que caracterizan un duelo patológico, es importante precisar que, aunque este proceso se manifieste de forma similar en las diferentes etapas evolutivas de un sujeto, el proceso sintomatológico no es lineal debido a la particularidad de un individuo, es por esta razón que abarcar los síntomas de una manera general resulta controversial. Sin embargo, algunos investigadores (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1998) han planteado que el duelo patológico se distingue del duelo normal en la relación de la duración y la intensidad como factores fundamentales, es decir:

“Cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, la duración de la reacción es anormalmente larga (dura más de un año) y aparecen síntomas inusuales (alucinaciones, referidas a visiones o voces del fallecido, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes), se puede hablar de duelo patológico; entre otros síntomas que van a depender de la subjetividad y el valor atribuido a esa pérdida que ha tenido el sujeto”. (Romero, 2013. de Horowitz y Wilner).

Seguindo esta idea, podemos decir que el duelo patológico suele estar acompañado de una pena mórbida, que se identifica porque el doliente no logra asimilar la pérdida, llegando al punto de una negación, sin evidenciar en ocasiones el proceso de resolución.

Desde otra perspectiva, este proceso desadaptativo se manifiesta de manera psicológica, cuando hay una crítica y aparecen todos los síntomas anteriormente mencionados, además desencadenan una tristeza patológica que abarca síntomas como el aislamiento social, la falta de cuidado personal, el enlentecimiento psicomotor, el consumo abusivo de alcohol y psicofármacos, entre otros. A nivel físico, pueden surgir alteraciones de la salud persistentes como trastornos del sueño y del apetito, fatiga, dolores musculares, estreñimiento y cefaleas; lo que los lleva a consultar con mayor frecuencia al médico; todo ello es, habitualmente, una somatización de la depresión existente (Alario, 1996 y Hinton, 1974).

En las fases iniciales del duelo predominan los síntomas físicos, sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden declinar y hacerse más persistentes y fuertes los síntomas psicológicos: desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etc (Romero, 2013. de Clayton, 1985). El duelo patológico normalmente se manifiesta en forma de depresión, pero a veces puede revestir también la forma de un trastorno de ansiedad o de somatización. En cualquier caso, la pena mórbida no afecta a más del 10%-20% de los supervivientes de la pérdida de un ser querido.

La detección del duelo patológico se lleva a cabo de dos maneras: la búsqueda de ayuda terapéutica por este problema o la consulta por algún otro tipo de problema médico o psiquiátrico; la segunda manera es mucho más frecuente (Lazare, 1979)

8.3. Trastornos del estado de ánimo.

Habitualmente los seres humanos experimentan diferentes estados de ánimo, los individuos piensan que tienen control sobre sus emociones, pero, estas pueden llegar a descontrolarse detonando distintos episodios de alteración emocional que posteriormente se convierten en trastornos, estos, se clasifican en trastorno bipolares y trastornos depresivos. Para este estudio solo mencionaremos la clasificación de los trastornos depresivos, debido a que se relacionan con nuestro objeto de investigación, el duelo.

Los trastornos del estado de ánimo son trastornos que afectan la salud mental y se caracterizan porque en ellos existen alteraciones emocionales que consisten en periodos prolongados de tristeza excesiva, excitación o euforia descontrolada, incluso ambos.

Entre los trastornos del estado de ánimo según el manual diagnóstico y estadístico DSM IV TR y luego nombrado por apartados diferentes y agrupados según sus características en el DSM V, se encuentran:

8.3.1. Trastorno bipolar.

Conocido también como «depresión maníaca» o «trastorno afectivo bipolar»; que se caracteriza por una depresión que alterna entre momentos de depresión y manía

8.3.2. Trastorno afectivo estacional.

Forma de depresión cuyo desencadenante son las estaciones climáticas. Generalmente iniciando en los finales de otoño y principios de invierno.

8.3.3. Trastorno ciclotímico.

Se presentan estados de ánimo cambiantes, entre acelerados y depresivos, pero en menor intensidad y duración que el trastorno bipolar.

8.3.4. *Trastorno disfórico premenstrual.*

Cambios en el estado de ánimo e irritabilidad que se producen durante la fase premenstrual del ciclo de la mujer y desaparecen con el comienzo de la menstruación.

8.3.5. *Trastorno depresivo persistente (distimia).*

Es una forma de depresión con la que la persona vive por largos periodos de tiempo, su principal característica diagnóstica es que se lleve un año o más y que sea crónica.

8.3.6. *Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.*

Trastorno de irritabilidad crónica, grave y persistente en los niños, que, a menudo, comprende berrinches frecuentes que no son coherentes con la edad de desarrollo del niño

8.3.7. *Depresión relacionada con una enfermedad física.*

Estado de ánimo deprimido persistente y pérdida significativa del placer en todas las actividades o en gran parte de estas, que tiene relación directa con los efectos físicos de otra enfermedad.

8.3.8. *Depresión inducida por el consumo de drogas o medicamentos.*

Síntomas de la depresión que se presentan durante el consumo de sustancias, en la abstinencia, o después de la exposición a un medicamento

8.3.9. *Trastorno depresivo mayor.*

Cuya característica principal son períodos prolongados y persistentes de tristeza extrema.

8.4. Depresión.

Según el DSM V (APA,2013), la depresión contiene varios criterios diagnósticos, los cuales definen la presentación de ésta en la vida de cada sujeto. Dichos criterios son:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo: se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (p.161)

A pesar de que estos criterios mencionados anteriormente dan un diagnóstico parcial a la depresión, el DSM V expresa que algunos de estos criterios hacen parte del proceso de duelo a una pérdida significativa, debido a que pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso, indicando una simulación sintomática de los episodios depresivos. Además, en el DSM V se menciona: “Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa” (APA, 2013).

8.4.1. Depresión desde el enfoque cognitivo conductual.

Desde este enfoque teórico de la psicología, la depresión es concebida como sesgos cognitivos que favorecen la aparición de dicho trastorno. Estos sesgos hacen referencia a la memoria, atribuciones causales, atención e interpretación.

La depresión puede ser producto de experiencias negativas tempranas, entre ellas las críticas y rechazos por parte de cuidadores, que como resultado generan esquemas disfuncionales, produciendo una desvalorización de sí mismo, interfiriendo a su vez con la autoestima. Aquellos esquemas no se logran identificar inmediatamente mediante la verbalización, lo que los convierte en esquemas latentes, que finalmente en cualquier momento de la vida del sujeto, se convierten en esquemas manifiestos, dando paso a un cuadro patológico (Vázquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010).

En cuanto a los esquemas mal adaptativos tempranos que pueden relacionarse con la depresión, el esquema de abandono que va de la mano con la teoría del apego puede derivarse de la dificultad para enfrentar la pérdida de figuras de apego en la infancia. Así mismo, el esquema de autocontrol insuficiente que surge de la necesidad de cumplir todos los objetivos propuestos que al llegar a encontrarse con factores personales o sociales que se interpongan pueden llevar a que se activen las respuestas depresivas. También se encuentra el esquema de defectuosidad en cuanto a la percepción que la persona tiene de sí mismo como una persona que no merece ser amada. Posteriormente, se encuentra el esquema de grandiosidad que se expresa con características de personalidad asociadas con alta valoración de sí mismo, en detrimento de la consideración por las otras personas, así como la excesiva confianza en la propia capacidad pueden estar asociadas con la aparición de síntomas depresivos en la medida en que la confrontación con las condiciones reales puede aumentar la sensación de frustración ocasionando alteración en el ánimo (Agudelo, V, & Casadiegos, G, 2009).

Se puede responder a la pregunta por la diferencia entre duelo y depresión, exponiendo que la relación se presenta en la sintomatología de ambas categorías y se diferencian en el tiempo de prevalencia de cada uno. Además de poder confirmar que existe una relación entre los esquemas mal adaptativos tempranos y la depresión, diciendo entonces que dichos esquemas elaborados en la infancia, pueden ser la razón por la que una persona no pueda elaborar correctamente un duelo y se obtenga como resultado un cuadro clínico de depresión.

9. Desarrollo de investigación

9.1. Duelo normal

Con el propósito de identificar las características del duelo patológico en relación con el duelo como proceso normal, en este apartado se considera pertinente realizar una conceptualización de lo que es entendido como duelo normal desde diferentes perspectivas teóricas en la psicología. Se abordarán además las particularidades que tiene dicho proceso, en referencia a las diferentes etapas del desarrollo o ciclo vital y cómo estas influyen en el enfrentamiento ante la pérdida, en la exposición a un proceso de duelo. Así mismo, se examina la influencia cultural en el proceso de percepción y elaboración del proceso de duelo y se abre paso a una explicación de este desde la propuesta conceptual de la teoría del apego.

9.1.1. El duelo desde diferentes modelos teóricos de la psicología.

El duelo es concebido desde la etimología latina “dolus” como dolor. Podría entenderse entonces, como un proceso adaptativo en el que se genera una respuesta emocional frente a la pérdida de un ser querido o un objeto significativo que, en la mayoría de los casos, se experimenta de forma dolorosa.

Como es postulado por Martín (2007), el duelo puede ser explicado desde diferentes modelos psicológicos, entre ellos el cognitivo, el psicoanalítico, el modelo psicodinámico y el modelo psicosocial.

9.1.1.1. Modelo Cognitivo.

Este modelo plantea que las personas son activas en su proceso vital, por lo que deben aprender a afrontar y superar ciertos momentos que representan dificultad u obstáculos. Posee una concepción del duelo como la realización de tareas para la persona que lo elabora; este individuo que lo padece se adapta a la pérdida, muchas veces sin ser consciente de aquellas tareas que desarrolla (Martín, 2007). Esta perspectiva teórica plantea este proceso como una manera de afrontamiento activo que envuelve diferentes dimensiones como la intelectual, la espiritual, emocional, psicológica, conductual y social (Attig, citado por Londoño, 2012).

9.1.1.2. Modelo psicoanalítico.

Desde este modelo, Freud quien es considerado como el padre del psicoanálisis, define el duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc” (Freud, 1914-1916). Freud (1914-1916) plantea que en el proceso de duelo el individuo presenta una “pérdida del interés por el mundo exterior en todo lo que recuerde al muerto, la incapacidad de escoger un nuevo objeto de amor en reemplazo se diría, del llorado, el extrañamiento respecto a cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto”; allí, el individuo centra su vida en este proceso, de manera que no queda interés para algo más.

Aquí se sitúa al duelo como una tarea del Yo, en la que el ello es inhibido y el superyó llega a intervenir excesivamente, lo que se concluye en un castigo de sí mismo por no haber podido hacer nada para evitar la pérdida (Londoño, 2012).

Dentro de la concepción psicoanalítica, siguiendo una línea más relacional, se concibe al duelo como el resurgimiento de un tema pendiente, es decir, “[...] la separación de nuestros padres, que nos da independencia, pero nos priva de ciertas satisfacciones” (Londoño, 2012, pág 23). Esta pérdida de los padres se concibe entonces como otro factor que se suma a la pérdida que se tiene en la actualidad, lo que genera emociones y sentimientos de culpabilidad, odio, ira, amor, entre otros, además de llevar a sentir el temor a que todo se puede perder (Londoño, 2012).

Según la teoría de las posiciones postulada por Melanie Klein, una posición no es un estado, algo en lo que se está, es decir, el individuo toma una posición teniendo en cuenta las organizaciones internas de sus relaciones de objeto o de campo. Según Klein, existen dos tipos de posiciones, el esquizo paranoide y el depresivo, estos son relevantes ya que permiten que se presenten los momentos de un proceso relacional en el cual se constituye tanto el sujeto como el objeto. Dichas posiciones pueden crear instancias en la vida de un individuo como lo es el duelo. (Paciuk, 1998).

Existen entonces duelos esquizo paranoides, estos se refieren a la pérdida del objeto o al ser querido. El vínculo con el objeto es de ambivalencia, ya que el sujeto siente necesidad de este, así como también surgen sentimientos hostiles hacia él por tener que necesitarlo. Dicha ambivalencia se refleja en el proceso de duelo debido a que, en el sujeto tras la pérdida del objeto, comienzan a surgir sensaciones de abandono al ser separado de forma prematura o inesperada, esta pérdida motiva al sujeto a desencadenar una depresión o dolor en la aparición del duelo (Paciuk, 1998).

En la posición depresiva el duelo actúa en el sujeto como una conmoción en su vida ya que no se busca admitir la pérdida del objeto, sino dejar la incertidumbre sobre la manera en que el objeto se involucra en la propia vida del sujeto; “ ello abre a la revisión de toda la relación entre sujeto y objeto, un reconocimiento del objeto y del propio sujeto con la identificación del sujeto tanto con lo mortificado como con lo vivo del objeto” (Paciuk,1998); esto quiere decir que, el duelo en el objeto y sujeto es modificable.

9.1.1.3. Modelo psicosocial.

El último modelo que se describe, pero no por eso menos importante, es el psicosocial, el cual se fundamenta en una base clínica.

Lindemann (citado por Londoño, 2012) realizó la observación de personas que enfrentaron situaciones traumáticas en las que habían sufrido la pérdida un ser amado; basado en esta observación, propuso seis características del duelo que habían padecido dichas personas: “Molestias físicas, preocupación o imágenes acerca de la persona desaparecida, culpa alrededor del hecho o de lo perdido, actitudes violentas, pérdida de funciones y capacidades, y tendencia a la identificación con la persona muerta” (Londoño, 2012, pág.18). Así mismo propuso para darle solución a esto, unas tareas para el duelo, con el objetivo de reconstruir la relación con la persona fallecida, con los otros y con el mundo.

A pesar de que el duelo ha sido analizado desde diferentes modelos teóricos, y cada uno propone diversas formas de comprensión al respecto, se llega a la conclusión de que, en sus definiciones, hablan de las mismas características para referirse a este. Se presentan un conjunto de reacciones que van desde lo psíquico hasta lo físico; reacciones como sentimientos de tristeza, enfado, culpa, ansiedad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio e insensibilidad (Echeburúa & Herrán, 2018).

Así mismo como lo plantean Echeburúa y Herrán (2018), se manifiestan pensamientos de incredulidad, confusión, preocupaciones desbordadas que pueden desencadenar trastornos del sueño, problemas alimenticios, aislamiento, sueños referidos a lo perdido, evitación de recuerdos, búsqueda o llamados a la persona fallecida y llanto incontrolable.

En cuanto a las reacciones físicas, suelen manifestarse síntomas como vacío en el estómago, opresión en el pecho o garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad y sequedad en la boca. Dichos síntomas por lo general aparecen en los primeros meses de duelo, aunque se considera que el proceso de duelo normal tiene una duración de 6 meses aproximadamente, teniendo en cuenta, que cada caso tiene una particularidad única (Echeburúa & Herrán, 2018).

Cabe mencionar que las manifestaciones sintomatológicas de un duelo no se presentan de forma lineal, por lo tanto, no son generalizables, ya que cada persona enfrenta las pérdidas según las estrategias de afrontamiento que haya construido a lo largo de su vida, basado en factores como la edad, pues cada etapa del ciclo vital comprende unos modos característicos de reacción (Batirtze Artaraz Ocerinjauregui, 2017).

La pérdida de un ser querido o persona significativa causa dolor y sufrimiento al individuo en cualquier etapa del ciclo vital, por ello, es pertinente hablar sobre las etapas evolutivas que atraviesa el ser humano y las manifestaciones y modos de afrontamiento característicos del duelo en cada una de estas.

9.2. El duelo en las diferentes etapas del desarrollo.

9.2.1. *Duelo en la infancia.*

En los niños existen características distintas que dependen de la edad. Los infantes entre los 2 a 4 años, perciben y viven la pérdida poniendo los sentimientos en la separación, en el hecho de no ver o compartir más con esa persona, en mayor medida que con la muerte, ya que no logran comprender el significado y realidad de esta (Batirtze Artaraz Ocerinjauregui, 2017).

En la infancia de los 4 a los 6 años, la comprensión del concepto de la muerte es aún muy limitada. El pensamiento mágico aún lleva a tener un significado irreal de la muerte, pues el niño llega a pensar que quien fallece, puede volver a la vida en cualquier momento o que simplemente se encuentra en otro lugar aún con vida. Esto genera que el niño tome la noticia de la muerte con algo de realidad, aunque con los límites emocionales derivados de su corta edad. Por ello es necesario una explicación constante de lo ocurrido y lo que significa la muerte por parte de los cuidadores o figuras de referencia, así como sus implicaciones. Una de las consecuencias más comunes en estos casos, es la pérdida del control de esfínteres de los infantes o el miedo a futuro de la separación con las demás personas (Batirtze Artaraz Ocerinjauregui, 2017 y Gallego, s.f.).

Pasando a la niñez media, que está entre los 6 a los 9 años, es necesario que se conceptualice el hecho de la muerte, ya que el pensamiento mágico adquiere realidad y puede comprender tanto la muerte como sus consecuencias. Sin embargo, es probable que se despierte el sentimiento de culpa, viéndose como el responsable de este suceso. Aunque lleguen a parecer más preparados cognitivamente para entender dichas situaciones, la pérdida de un ser querido puede desencadenar un trauma que pone a prueba las estrategias para afrontarla y lo adaptativas o funcionales que estas puedan ser (Gallego, s.f. y Batirtze Artaraz Ocerinjauregui, 2017).

9.2.2. Duelo en la adolescencia.

Según Aberastury y Knobel (2004), la adolescencia es la etapa de la vida en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales - parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece.

El proceso de duelo en el adolescente depende de cómo se realizó esa transición de la infancia a la adultez joven, por eso, según Nasio (2010) la adolescencia se define teniendo en cuenta tres puntos fundamentales: biológico, sociológico y psicoanalítico. Desde el punto biológico, el adolescente entra inicialmente en la pubertad, este es el momento de la vida en que comienza una transformación hormonal en el cuerpo de un niño de 11 o 12 años.

A nivel sociológico la adolescencia en las culturas es una etapa intermedia que es considerada de corta duración, pero contiene una intensidad y profundidad relevante que hace percibir como si tuviera una permanencia más extensa, ya que los adolescentes adquieren autonomía e independencia tardíamente, por el desarrollo de los estudios académicos y la búsqueda de un empleo, considerando que la culminación de esta etapa sea a los 25 años de edad aproximadamente (Nasio, 2010).

La última perspectiva que propone Nasio (2010) es la psicoanalítica, en esta enfatiza en las diferentes reacciones emocionales que vivencia el adolescente como el estar eufórico, deprimido, agitado, entre otros y todo esto frecuentemente. Estos cambios de ánimo, en algunas ocasiones se presentan de forma inconsciente y son la respuesta automática para sentirse parte de la sociedad en que está inmerso, en mayor medida con su familia y con sus pares.

La adolescencia es el momento en que el ser humano se da cuenta de cuán vital es el otro tanto biológica, como afectiva y socialmente; allí se descubre la necesidad del otro y su presencia para ser uno mismo (Nasio, 2010).

Este proceso por su propia naturaleza deja una huella significativa en el sujeto, ya que configura un cambio psíquico, emocional y social. Este cambio genera grandes consecuencias e impactos en la forma de percibir el mundo, incluso la forma de relacionarse con los otros, específicamente con las figuras vinculares representativas, que pasan de ser integrantes de su núcleo familiar a ser pares con quienes comparten espacios y actividades de interés. (Medina y Pazos, 2009).

Los diferentes procesos de duelo por los que atraviesa un adolescente son muy variados, sin embargo, hay algunos que tienen más importancia desde las representaciones subjetivas del adolescente.

Aberastury y Knobel (2004) plantean que, durante todo el proceso de la adolescencia, aparecen tres tipos de duelo: a.) duelo por el cuerpo infantil perdido, b.) duelo por el rol e identidad infantil c.) duelo por los padres de la infancia.

El duelo por el cuerpo infantil perdido, se refiere a que la adolescencia es el período del encuentro y el establecimiento de una identidad, y eso incluye cambios externos notables en el cuerpo (cambio de voz, aparición de vello púbico y axilar, comienzo de la ovulación y de la menstruación, emisión seminal, incremento muscular, acentuación de las caderas, entre otros) que conllevan a una pérdida por el cuerpo infantil y al afrontamiento de ser adulto, esto ocasiona un duelo por el cuerpo infantil perdido en el individuo y es inevitable (Aberastury y Knobel, 2004).

El duelo por el rol e identidad infantil, surge cuando se da todo el proceso de maduración biológica a la adolescencia y culmina cuando se integra el Yo, este se instaura en el adolescente tras haberse elaborado el duelo por partes de sí mismo y por sus objetos, y la formación de su propio mundo interno; esto hace que en el adolescente se facilita un

ajuste emocional y finalmente se presente una identidad constituida (Aberastury y Knobel, 2004).

El último duelo que vivencia el adolescente, es el duelo por los padres de la infancia, el cual se presenta al momento en que el individuo se integra a un grupo en el que pueda sentirse identificado, es decir, se experimenta una separación-individuación del núcleo familiar en la que el sujeto adopta una postura opositora hacia los padres, para así haber un desplazamiento de la dependencia previamente adquirida con los padres y la familia hacia el grupo nuevo de identificación, este proceso permitirá que el adolescente refuerce su identidad y adquiera en la adultez una independencia alrededor del mundo exterior.

9.2.3. Duelo en la adultez.

La etapa de la adultez se vive de una manera igualmente compleja, ya que en esta acontecen una serie de cambios característicos y prácticamente obligados por la maduración emocional y biológica, como enfrentarse a un mundo lleno de responsabilidades en la que el adulto se desenvuelve y debe encargarse de sí mismo. A su vez, en esta etapa ocurren situaciones que afectan inevitablemente la vida del adulto, ya que es donde más se experimentan pérdidas, que en el momento de su aparición van generando síntomas de ansiedad y desesperanza, por ejemplo, los cambios morfológicos y con ello la reducción de la movilidad o capacidades especiales que causa una tristeza intensa. Estos procesos de pérdida son fundamentales en la vida del adulto, pues todo lo que experimenta, influye a la hora de asumir otras nuevas pérdidas gracias a la maduración y adaptación constante que exige la resolución del duelo (Medina y Pazos, 2009).

9.2.4. Duelo en la vejez.

Por último, se encuentra la etapa de la vejez, en la cual suceden constantes pérdidas que son significativas, cada una con sus cambios sobre la vida del sujeto y necesidades particulares para su correcta resolución. Esta etapa se caracteriza por numerosas situaciones que terminan en un proceso de duelo como son los cambios en las relaciones con los hijos, los cambios de roles que afectan la rutina diaria luego de salir de la vida laboral, enfrentarse a las propias dificultades enmarcadas en las dificultades de salud constantes, perder las figuras afectivas más significativas como cónyuge, hermanos y amigos, confrontarse con su propia muerte o perder a un cuidador, en el caso de quienes lo tienen y en ocasiones, esto termina en la necesidad de servicios formales como la institucionalización y por tanto, la pérdida del espacio propio e incluso la autonomía (Lacub, 2014)

9.3. El duelo y la cultura.

Al haber tratado con anterioridad factores como la edad, otro a tener en cuenta y de gran importancia, es la cultura, pues es la que permite la construcción de la identidad mediante la inserción del sujeto en sus sistemas y procesos, como elementos para reorganizar la forma de concebir el mundo y la muerte.

Las creencias culturales acerca de las características del duelo, su vivencia y el tiempo de recuperación han influenciado los modelos de percepción de la muerte y con ello el proceso de llevar el duelo, “[...] las diferencias en la vivencia del manejo de la muerte en cada cultura están impuestas por el muy personal concepto de muerte que cada individuo haya construido e introyectado a través de su historia, así como por el contexto social donde crezca y se desarrolle” (Caycedo, 2007).

La cultura como sistema, es un medio que promueve la significación de la muerte y con ello el enfrentamiento ante el dolor. A partir de esta, se dan una serie de procesos propiciados por el contexto que dota al sujeto de conceptos y significados en relación a cómo asumir el proceso de asimilar el dolor; a su vez, es esencial clarificar que esto no es reductible a lo cultural, ya que la muerte es un acontecimiento objetivo que genera en el sujeto un impacto y un desarraigo, pues en el afrontamiento de la pérdida cobra relevancia lo subjetivo, en tanto que su reacción es determinada por lo emocional (Caycedo, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, la realización de prácticas o rituales en cada cultura con relación a la muerte, tienen una fuerte influencia en quienes pertenecen a estas, que permite brindar un sentido de estabilidad y seguridad, a su vez moldean las creencias construidas respecto al sentido de la vida y lo que sucede después de la muerte, por ejemplo, en las culturas construidas sobre la tradición judeo-cristiana, la muerte puede ser más tolerable pues se cree en la vida después de este suceso. Por esto se afirma que las creencias culturales ayudan instaurar el sentido de la muerte (Junta Editorial de Cáncer, 2018).

Según lo propuesto por la Junta Editorial de Cáncer (2018), los rituales y prácticas que se hacen costumbre en las culturas ayudan a abordar los siguientes aspectos asociados a los procesos de duelo:

- La manera en que las personas cuidan a quienes atraviesan un proceso de muerte, esto incluye quién está presente y que ceremonias se llevan a cabo con estos.

- Si el duelo se expresa en silencio, en privado o en voz alta y en público, esto incluye si las expresiones emocionales son un medio que promueve la significación de la muerte y con ello el enfrentamiento del dolor.
- El tiempo que se espera que los familiares estén el duelo, su forma de vestir y expresar el luto, así como su duración.
- Como se recuerda al fallecido en los espacios de interacción familiar, esto comprende los rituales continuos para hablar del fallecido. (Junta Editorial de Cáncer, 2018).

9.4. La teoría del Apego y el duelo.

Dentro de esta teoría, el término apego se define como un vínculo significativo, el cual se presenta con personas cercanas y especiales (Di Bártolo, 2016). La teoría del apego es relevante en la vida de un individuo, ya que contribuye en el desarrollo emocional y social de este.

El concepto de apego fue introducido inicialmente por John Bowlby (1998, citado en Mateu, 2015) quien propone tres tipos de apego: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente; la configuración de cada uno de estos estilos de apego depende del tipo de vínculo que cada persona establezca desde la infancia e influirá en las futuras relaciones afectivas.

Main y Solomon (1990), identificaron el apego desorganizado, ya que en la investigación realizada por Ainsworth (1979) se determinó que habían niños que no tenían suficientes estrategias para enfrentar una situación de estrés, por lo que se clasifica a estos niños dentro del apego desorganizado o desorientado, quienes tienen mayor riesgo de

desarrollar una psicopatología durante la vida adulta (Di Bártolo, 2016); esto consecutivamente fue estudiado por Mary Ainsworth (1979) y Main y Solomon (1990) quienes establecen un cuarto estilo de apego.

La teoría del Apego proviene de la necesidad que los humanos tienen de protección y seguridad, a partir de esto los individuos van construyendo su identidad en relación a esa información que le proveen sus figuras vinculares, las cuales, en el transcurso del tiempo conforme a los cambios y el crecimiento, se van reemplazando por otros sujetos con quienes se desarrollan vínculos nuevos, contruidos con pares y personas que, en las actividades de interés y espacios de normal estadía, encuentran. (Mateu, 2015)

Dentro de la teoría del apego, Ainsworth (1979 citando a Mateu, 2015) desarrolló la Prueba de la Situación Extraña, dicha investigación consiste en una prueba de laboratorio, que se utiliza con niños de entre doce y dieciocho meses, allí, el niño participa con su figura de apego en una serie de situaciones que lo exponen a exploración y estrés, y se observa su conducta (Di Bártolo, 2016).

Si bien el tipo de apego que cada persona instaura será un factor predominante al momento de enfrentar el dolor de una pérdida, teniendo en cuenta la intensidad del vínculo, la reacción emocional ante la pérdida puede aumentar su gravedad, por ejemplo, cuando una persona con un apego inseguro ambivalente, en cualquier relación íntima con otro, suele desarrollar cierto grado de ambivalencia, es decir, ama a un individuo, pero también coexisten sentimientos negativos (Mateu, 2015).

Normalmente en una relación ambivalente, como señala Worden (2002), existe una cantidad excesiva de culpa, unida a una rabia intensa por el hecho de que el fallecido le

haya dejado solo/a; en estos casos, los conflictos que el individuo haya tenido con el fallecido son también determinantes.

9.5. Duelo patológico

Es importante hablar de que existe la posibilidad de que el duelo puede llegar a configurarse como patológico en función de la intensidad de síntomas y el tiempo de duración de estos (Mateu, 2015).

El duelo patológico se concibe como un proceso que guarda amplia relación con el duelo normal, en una asociación sintomatológica. Sin embargo, cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, además, la duración de la reacción es anormalmente larga (dura más de un año) y aparecen síntomas inusuales (alucinaciones, referidas a visiones o voces del fallecido, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes), se puede hablar de duelo patológico; también se pueden presentar “otros síntomas que van a depender de la subjetividad y el valor atribuido a esa pérdida que ha tenido el sujeto” (Romero, 2013. de Horowitz y Wilner). De esta manera, es posible afirmar que el duelo patológico suele estar acompañado de una pena mórbida, que se identifica porque el doliente no logra asimilar la pérdida, llegando al punto de una negación, sin evidenciar en ocasiones, el inicio del proceso de resolución (Romero, 2013).

Este proceso desadaptativo se manifiesta de manera psicológica cuando hay una situación de desaprobación o confrontación, consecuentemente aparecen síntomas psicológicos como los que se han mencionado, además desencadenan una tristeza patológica que se caracteriza por el aislamiento social, la falta de cuidado personal, el enlentecimiento psicomotor, el consumo abusivo de alcohol y psicofármacos, entre otros. A

nivel físico, pueden surgir alteraciones de la salud persistentes como trastornos del sueño y del apetito, fatiga, dolores musculares, estreñimiento y cefaleas; lo que lleva a quienes lo padecen consultar con mayor frecuencia al médico, todo ello es, habitualmente, una “somatización de la depresión existente” (Alario, 1996 y Hinton, 1974, citado por Echeburúa, 2018).

En las fases iniciales del duelo predominan los síntomas físicos, sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden declinar y hacerse más persistentes y fuertes los síntomas psicológicos: desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etc. El duelo patológico normalmente se manifiesta en forma de depresión, pero a veces puede revestir también la forma de un trastorno de ansiedad o de somatización. (Romero, 2013. de Clayton, 1985).

Existe de igual manera una gran posibilidad de que algunas personas tengan predisposición a la aparición de síntomas característicos del duelo patológico debido a la coexistencia de diferentes variables, ya sea por un tipo de personalidad que es vulnerable ante el dolor, lo cual significa que la manera en que estructuran sus vínculos tiene una alta carga afectiva y emocional (Alario, 1996, citado por Echeburúa, 2018). Por otro lado, las personas con antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad (dependientes emocionalmente, obsesivas, acomplejadas, etcétera) corren un mayor riesgo de debilitarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico en el caso del fallecimiento de una persona significativa. Asimismo, las personas con problemas de salud física son las que tienden a padecer más fácilmente enfermedades durante el duelo (Clayton, 1985, citado por Echeburúa, 2018).

9.5.1. ¿Cómo se reconoce el duelo patológico?

La duración y la expresión del duelo normal, varía de una persona a otra, sin embargo, es importante el seguimiento constante al individuo para identificar síntomas y signos que indican que no se está vivenciando un duelo normal, sino un duelo patológico (Escudero, 2014), dentro de los cuales encontramos los siguientes:

- Sentimientos prolongados, repetitivos e intensos de culpa por cosas que se han hecho e incluso que se han dejado de hacer con o por la persona amada.
- Pensamientos recurrentes de quién debió haber fallecido.
- Preocupación obsesiva de no poder rehacer la vida nuevamente, la cual se acompaña de sentimientos de inutilidad.
- Deterioro del funcionamiento cognitivo normal acusado y prolongado.
- Aparición de mecanismos de defensa, como la negación de la muerte del ser querido o el desplazamiento de los afectos a otras cosas e incluso animales (Escudero, 2014).

Es importante tener en cuenta que el duelo patológico, así como desencadena una serie de dificultades en el individuo, puede también ser producto de una serie de factores de diversa índole, entre los cuales están: Edad de la persona fallecida, tipo de muerte, variables psicosociales, inestabilidad emocional y experiencias negativas previas (Echeburúa y Corral, s.f). A continuación, se presenta una descripción general de cada uno.

9.5.2. Edad de la persona fallecida.

En los casos en los cuales la pérdida es de un padre a sus hijos, se suele desencadenar este proceso de duelo patológico. A nivel cultural, suele considerarse antinatural que un padre vivencie el fallecimiento de su hijo, ya que se entiende como proceso normal que sea, al contrario; el estrés que causa este tipo de pérdida genera el llamado “fantasma de la habitación vacía” y es tan intenso que puede ocasionar el divorcio de los padres (Echeburúa y Corral, s.f).

Las construcciones sociales establecidas en las culturas han dado denominaciones particulares a algunas de las personas que han sufrido una pérdida, por ejemplo, a quién pierde a su pareja se le otorga el nombre de “viuda” o “viudo”, a quienes pierden a sus padres “huérfanos”, sin embargo, no hay un nombre asignado para los que pierden a un hijo. La muerte de un hijo es un acontecimiento que la mente humana no está preparada para asimilar, pues se considera el fin de una vida que apenas se está formando (García, 2011).

Según García (2011), el duelo de los padres que han perdido un hijo genera una afectación que se divide en cuatro etapas:

Etapa 1. Conmoción o shock: Trae consigo la negación, incredulidad y el aislamiento de la realidad. Aquí se evidencian algunas reacciones fisiológicas como la pérdida del apetito, palpitations lentas, fatiga, entre otras.

Etapa 2. Búsqueda: Se busca una razón por la que ocurrió la muerte. Se observan conductas de hostilidad, ira, culpa y sensación de vacío; los padres pueden pensar que sus actos no fueron suficientes y ocasionaron la pérdida, por lo que el personal de salud que ha atendido su hijo fallecido puede convertirse en el objeto receptor de la ira.

Etapa 3. Desorientación: Puede considerarse metafóricamente como un puente que permite el desplazamiento a la reorganización. Aquí ocurren cambios lentos que conducen a la vida normal, sin embargo, sigue habiendo poca energía emocional. Es en esta etapa en

la que debe trabajarse la continuidad del proceso, ya que de no suceder se direcciona hacia la patología.

Etapa 4. Reorganización: Después de haber pasado un tiempo considerable, los padres se adaptan a la pérdida y la carga afectiva destinada al proceso de duelo es mínimo, mientras la mayor parte la invierten en la continuación de la vida (García, 2011).

9.5.3. Tipo de muerte.

Es posible que la muerte de un ser amado ocurra de forma prematura, trágica o inesperada. Un ejemplo de esto es cuando aparecen repentinamente enfermedades sin cura o accidentes automovilísticos e incluso el suicidio, así mismo, la muerte por alguna enfermedad que ha ocasionado gran dolor físico y no es asumido por el paciente, dificulta la superación del superviviente que tenía un profundo vínculo afectivo con este (Echeburúa y Corral, s.f).

Por el contrario, una percepción de muerte “ideal” construida por el contexto cultural, es aquella en la que se espera la muerte y la persona es acompañada por su familia. Generalmente allí se lleva a cabo un ritual de perdón entre quién va a morir y sus seres queridos; esto se convierte en una forma de manifestar afecto fortaleciendo los vínculos, lo cual facilita la superación del duelo de quienes continúan con vida (Echeburúa y Corral, S.f).

9.5.4. Variables psicosociales.

Poseer una posición económica que no facilite una buena calidad de vida, tener infantes bajo responsabilidad, contar con una red de apoyo reducida, entre otras, son variables que reducen las posibilidades de rehacer la vida normalmente luego de una pérdida y suelen aumentar las posibilidades de que el individuo no logre una adecuada

resolución del duelo. Así el duelo tiene una relación directa con el contexto y las dificultades presentes en este y a partir de dichas circunstancias, aumenta la posibilidad de desarrollarse un cuadro patológico (Echeburúa y Corral, S.f).

9.5.5. Inestabilidad emocional y experiencias negativas previas.

Las personas que padecen trastornos como la depresión o la ansiedad, por lo general presentan estilos de afrontamiento inadecuados o desadaptativos, los cuales serán descritos en el siguiente apartado, que conllevan a la no elaboración del duelo y su complicación. Así mismo existen trastornos de personalidad como el dependiente, el obsesivo y el límite, que ponen en mayor riesgo a quienes los tienen de sufrir intensas desestabilizaciones emocionales al tener una pérdida significativa (Echeburúa y Corral, S.f).

Existe una alta probabilidad que una persona padezca un duelo patológico cuando ha experimentado una gran cantidad de pérdidas y estas han sido recientes, además cuando las reacciones sintomáticas han sido intensas y duraderas (Echeburúa y Corral, S.f). De esta manera los duelos patológicos en su mayoría son consecuencia de distorsiones cognitivas derivadas del no inicio del proceso de duelo o de que este se detenga en alguna etapa o regrese a una anterior (García, 2011).

9.6. Estrategias de afrontamiento

Desde el modelo de reacciones emocionales perteneciente a la psicología cognitivo conductual, se plantea que la variable o la causa que detona una reacción emocional está sujeta a la interpretación que el individuo haga de las situaciones o estímulos que enfrenta (Fernández-Abascal, s.f). Según Lazarus y Folkman (1984) el estrés y otras enfermedades de índole emocional, están supeditadas a la valoración cognitiva que un individuo construye, esas valoraciones se vinculan a las estrategias de afrontamiento que dependen de los recursos internos que el sujeto dispone para reducir las consecuencias de una situación amenazante (Fernández-Abascal, s.f).

Las estrategias de afrontamiento planteadas por Lazarus y Folkman (1986) se definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Pérez & Rodríguez, 2011).

Estos autores establecieron taxonómicamente dos estilos de afrontar, el primero se relaciona con el problema, es decir, hay una modificación de la situación que no disponga de una amenaza, y la segunda va dirigida a la emoción: aquí la persona reduce la respuesta emocional negativa a una situación estresante. Dependiendo de la respuesta que el individuo ejecute, es capaz de aceptar la realidad de una situación, así como identificar cuáles son los recursos idóneos para hacer frente a esta; esos recursos pueden ser tanto cualidades del sujeto como condiciones ambientales (Pérez & Rodríguez, 2011).

Desde otra mirada, según Giordano y Everly (1986 citado en Fernández-Abascal, s.f) las estrategias de afrontamiento pueden ser de dos tipos: adaptativas o inadaptativas, las adaptativas disminuyen el estrés de una situación y aumentan la salud a largo plazo, las

inadaptativas reducen el estrés a corto plazo, pero sirven para deteriorar la salud a largo plazo.

Es preciso aclarar, que hay una diferencia entre estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. La primera hace referencia a preferencias individuales de una situación espontánea que demande dicho afrontamiento y la segunda, hace énfasis en situaciones concretas que suceden en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997, pág.190).

Las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1984), conforman recursos que el sujeto puede llegar a desarrollar para hacer frente a una situación tanto interna como externa, sin embargo, estos recursos pueden ser positivos ayudando al individuo a enfrentarse de forma óptima o pueden ser negativos al agravar la situación y afectar el bienestar biopsicosocial (Pérez & Rodríguez, 2011).

A continuación, se describirá la escala de afrontamiento diseñada por Vázquez Valverde (2012), la cual evalúa una serie de pensamientos y acciones que se utilizan para manejar una situación estresante, esta escala “cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas” (Vázquez, 2012, pág. 427)

- Confrontación: “intentar solucionar el problema mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas”.
- Planificación: “pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.”
- Distanciamiento: “intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.”

- Autocontrol: “esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.”
- Aceptación de responsabilidad: “reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.”
- Escape-evitación: “empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.”
- Reevaluación positiva: “percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.”
- Búsqueda de apoyo social: “Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.” (Vázquez, 2012, pág. 427).

9.7.Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones psicológicas que afectan la salud mental y se caracterizan porque en ellos existen alteraciones emocionales en periodos prolongados de tristeza excesiva, excitación o euforia descontrolada, incluso ambos (Coryell, 2018). Estos trastornos están relacionados con perturbaciones patológicas de la afectividad, entre ellos están incluidos todos aquellos que alteran el humor y el afecto, siendo esta su característica principal, además de provocar una grave alteración en el funcionamiento social, laboral y familiar de la persona (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

Para tratar los trastornos de estado de ánimo, se considera necesario hacer la aclaración de lo que son los estados de ánimo no patológicos como la eutimia, la tristeza y la euforia.

La eutimia puede ser entendida como el “tono vital que mantiene el ser humano durante el transcurso de un día normal” (Jarne, et, al. 2006); es una línea que se compone de subidas y bajadas. Las *subidas* se denominan *euforia* y las bajadas *tristeza*; ambas forman parte de la gran diversidad emocional del ser humano. Cuando la euforia alcanza niveles patológicos, la eutimia es convertida en manía y cuando es la tristeza la que se convierte en patología, se habla de depresión y ambas pueden estar en una persona de manera alterna (Jarne, et, al. 2006).

Es de gran importancia establecer la diferencia entre los términos *episodio* y *trastorno*. Respecto al primero, se entiende el episodio como la sintomatología que el paciente presenta en un periodo corto de tiempo y se han descrito cuatro clases de episodios afectivos que son: el episodio depresivo mayor, episodio maníaco y episodio mixto y episodio hipomaníaco. A diferencia del episodio, el trastorno tiene una duración mucho mayor y presenta una evolución sintomática, además de tener la presencia de otros síntomas y signos e interferir con distintas áreas del funcionamiento de la persona (Jarne, et, al. 2006).

Los trastornos del estado de ánimo según el manual diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR y luego nombrados por apartados diferentes y agrupados según sus características en el DSM-5, se encuentran:

9.7.1. Trastorno depresivo mayor.

Se caracteriza por la pérdida de interés en las actividades que normalmente resultan placenteras, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana. La depresión surge como consecuencia de la interacción de diversos factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales (Belloch, 2009).

En este trastorno se presentan síntomas que a su vez representan afectaciones a la vida cotidiana como sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza sin razón aparente; arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia; cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor; falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso; ansiedad, agitación o inquietud; lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales; sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches; dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio (Mayo Clinic, 2018).

9.7.2. Trastorno distímico.

Hace referencia a la depresión crónica, es decir, este persiste por un largo período de tiempo y suele confundirse con abulia, anhedonia o una tristeza, afecta al cuerpo, estados de ánimo y los pensamientos. Es frecuente que quienes padecen esta alteración psicológica experimentan episodios de depresión mayor; además, los síntomas característicos de la distimia son idénticos a la depresión mayor, pero se presentan con menor intensidad y durante un período de tiempo más prolongado.

9.7.3. Trastorno bipolar.

Conocido también como “depresión maníaca” o “trastorno afectivo bipolar”, se caracteriza por una depresión que alterna entre momentos de depresión y manía. Durante los episodios maníacos hay una falta progresiva del sueño y el estado de ánimo alcanza la euforia y a menudo se manifiestan irritabilidad y hostilidad, en las manifestaciones de mayor intensidad, se puede llegar a tener una pérdida de contacto con la realidad, generando delirios y alucinaciones desencadenando episodios psicóticos. En los episodios depresivos se presentan los síntomas típicos de una depresión y comúnmente es confundida con ésta. Por ello, quienes padecen un trastorno bipolar con frecuencia son mal diagnosticados con depresión. La diferencia más importante es la duración de este estado, ya que en el caso de la bipolaridad es cíclico y no permanente. Existen dos tipos de este trastorno: el primero está caracterizado por la mayor intensidad en las fases de manía y el segundo por la intensidad en la fase depresiva.

9.7.4. Trastorno afectivo estacional.

Es una forma de depresión con los síntomas característicos de esta cuyo desencadenante son las estaciones climáticas, generalmente se inicia en los finales de otoño y principios de invierno, situándose en los meses de diciembre y marzo, pues allí se dan los cambios más intensos en las condiciones climáticas en la mayoría de los países del mundo.

9.7.5. Trastorno ciclotímico.

En este se presentan estados de ánimo cambiantes, entre acelerados y depresivos, pero en menor intensidad y duración que el trastorno bipolar, sus síntomas y características son semejantes, pero varían en el nivel de afectación que genera en las personas.

9.7.6. Trastorno disfórico premenstrual.

Son cambios en el estado de ánimo que se caracterizan por la irritabilidad, desesperanza y tristeza que se producen durante la fase premenstrual del ciclo de la mujer y desaparecen con el comienzo de la menstruación, éstos se dan de manera simultánea con las manifestaciones físicas del síndrome premenstrual como la inflamación y la sensibilidad mamaria (Matterson, Mumford, Schmidt & Yonkers, 2018).

9.7.7. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Se caracteriza por una irritabilidad crónica, grave y persistente en los niños, que, a menudo, comprende alteraciones frecuentes de humor que no son coherentes con la edad de desarrollo, este trastorno fue introducido gracias a que muchos niños eran diagnosticados con trastorno bipolar infantil pero no presentaban episodios maníacos (Child Mind Institute, s.f.).

9.7.8. Depresión relacionada con una enfermedad física.

Es un estado de ánimo deprimido persistente y la pérdida significativa del placer en todas las actividades o en gran parte de estas, que tiene relación directa con los efectos físicos de otra enfermedad, ya sea por la segregación química de alguna sustancia o por la respuesta particular de un órgano.

9.7.9. Depresión inducida por el consumo de drogas o medicamentos.

Son síntomas de la depresión que se presentan durante el consumo de sustancias, en la abstinencia, o después de la exposición a un medicamento (Belloch, 2009).

9.8. La depresión

La depresión es un “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017). La depresión junto con la ansiedad se considera el desorden psicológico de mayor prevalencia en la población en general en los centros de salud (Vélez, Garzón y Ortiz, 2008). Según los niveles de dificultad, puede afectar diferentes áreas de desempeño de la vida diaria de quien la padece, siendo el suicidio su consecuencia más grave.

Varias investigaciones del Ministerio de Salud Pública realizadas tanto en el ámbito nacional como internacional han tratado el tema de la depresión como trastorno psicológico por sus altos índices de prevalencia, lo cual la ha convertido en una problemática de salud pública. A nivel mundial, se ha establecido que cada año se suicidan 800.000 personas, siendo entre 15 y 29 años el grupo de edad más afectado. Se ha informado en el Boletín Informativo de Salud Mental, dentro de la situación actual del país, el Sistema Integral de Información de la protección Social, reporta que desde el 2009 se aumentaron las atenciones por depresión, así mismo en 2015, 36.584 de esas atenciones recibieron el diagnóstico de depresión moderada, correspondiendo en mayor proporción a mujeres con un 70,4% de la población atendida (MINSALUD, 2017).

La depresión ha sido sin duda uno de los trastornos de mayor interés para los psicólogos clínicos en el ámbito de la investigación y sea cual sea la postura o el paradigma epistemológico, quienes trabajan en las áreas de la salud se han enfrentado a casos de depresión. La prevalencia es del 3 al 5% a nivel general, ocupando de un 12 a un 25% de las consultas médicas y psicológicas. En investigaciones realizadas en Medellín se encontró que el 35% de los pacientes hospitalizados en Hospital Mental eran diagnosticados con depresión, lo que supera en un 15% a los casos de esquizofrenia (Riso, 1992).

9.9. Depresión desde el enfoque cognitivo conductual.

9.9.1. Teorías conductuales de los trastornos depresivos.

En las teorías conductuales de los trastornos depresivos se parte de las teorías del aprendizaje, especialmente del condicionamiento operante, pues estas teorías hacen especial énfasis en la idea principal del postulado de Skinner, quien plantea que “la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas” (Belloch, Ramos & Sandín 2009, pág. 275).

A su vez Ferster (1973, citado por Belloch et al, 2009) plantea que la principal característica de la depresión es que hay una escasa frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para tener control del medio y, por el contrario, las conductas evitativas o de escape se producen en exceso, lo cual se evidencia en la cotidianidad, por medio de un malestar permanente, no querer levantarse por las mañanas y querer permanecer en cama todo el día.

La teoría de Ferster (1973) se desarrolla en torno a la idea de que todo proceso que explique cambios en la conducta puede entenderse como causas que contribuyen al

desencadenamiento de la depresión y con ellos señala cuatro procesos para explicar la patología depresiva. Estos procesos planteados por Ferster (1973) citado por (Belloch et al, 2009) son: a) Cambios inesperados en el medio que conlleven a la pérdida de fuentes que generan estímulos importantes para la persona, puede entenderse como una ruptura amorosa, que en ocasiones denota un estado depresivo, ya que la pareja supone una fuente de reforzamiento importante y, además, parte de la vida de la persona se estructura en torno a esa relación. b) Programas de refuerzo de gran coste en los que es necesario que ocurran grandes cambios de conducta para que se produzcan consecuencias en el medio. c) Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales por lo que se generan “espirales patológicas”, en la que, al haber una baja cantidad de refuerzos, hay una disminución en las conductas, lo que concluye en una mala adaptación al medio. d) Repertorios de observación limitados que llevan a los depresivos a una distorsión de la realidad y pocos reforzamientos de conductas

9.10. Teorías cognitivas de los estados depresivos.

9.10.1. Teoría del procesamiento de la información.

Esta teoría utiliza constructos teóricos de la psicología experimental cognitiva como elementos que dan bases al concepto de depresión.

La teoría más conocida de esta categoría es la desarrollada por Beck, que vincula a los postulados del procesamiento de la información; su premisa básica consiste en que en los trastornos depresivos hay una *distorsión o sesgo sistemático* en el procesamiento de la información. Esto se evidencia en la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento frente un suceso vital que suponga una pérdida o fracaso (Belloch et al, 2009).

En esta teoría se postula un modelo denominado “diátesis-estrés”, el cual es utilizado para explicar la instauración de la depresión. La diátesis-estrés indica que hay diversos factores de vulnerabilidad psicológica que se encuentran latentes en el individuo como la falta de estrategias de afrontamiento o presencia de abundantes distorsiones cognitivas y que mediante la interacción con situaciones estresantes aumentan la aparición o fortalece su mantenimiento (Vázquez, Gonzalo & Hernangómez, 2010).

Según este modelo planteado por Vázquez, Gonzalo & Hernangómez (2010) tendrán mayor probabilidad de desarrollar un cuadro clínico de depresión quienes presenten mayor cantidad de factores de vulnerabilidad y con mayor intensidad.

Ante estos desarrollos teóricos el modelo cognitivo ha llevado a cabo investigaciones en las que plantea que las variables que determinan que una persona se deprima ante algunas situaciones y otra persona no, se relacionan con la forma de procesar la información, así “aunque el origen difiere según los modelos, todos coinciden en que los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos” (Vázquez, et. al, 2010, pág-141).

9.10.1.1. Distorsiones cognitivas.

Según Walter Riso (1992) la depresión surge como consecuencia de determinados eventos que se encargan de activar el esquema depresivo, el cual lleva al sujeto a recurrir a las distorsiones cognitivas o procesos irracionales, los cuales interfieren en la tríada cognitiva (percepción del mismo, del mundo y del futuro) y a su vez, despierta síntomas motivacionales, afectivos y conductuales de la depresión.

Así, los esquemas provienen de la infancia y pueden permanecer latentes y se suelen activar cuando al sujeto se le presentan situaciones estresantes, por lo tanto, cuando se da la activación de los esquemas a la par que está surgiendo la depresión, puede ocasionar una filtración de percepciones y el recuerdo de los estímulos congruentes con estos. Por eso, una persona depresiva suele tener pensamientos negativos recurrentes consigo mismo y con el mundo a su alrededor. (Roca, s.f).

Como se dijo anteriormente, la triada cognitiva propuesta por Beck se refiere a la percepción de sí mismo, del mundo y del futuro. A su vez, aparecen diversas distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información que, junto con la triada cognitiva, generan una manifestación de la depresión. Algunas de las distorsiones cognitivas que se pueden encontrar dentro de los síntomas depresivos, las cuales más adelante se desarrollarán, son la sobre generalización, pensamientos dicotómicos, inferencias arbitrarias, magnificación- minimización, abstracción selectiva y personalización; esto quiere decir que, el marco de referencia del individuo que padece depresión produce una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. (Roca, s.f).

Incluso, a medida que la depresión se agrava, los pensamientos del individuo están cada vez más llenos de creencias negativas, producto de las distorsiones que él mismo produce en su sistema de pensamiento lo cual hace mucho más difícil que el sujeto pueda reconocer la realidad externa de una manera coherente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, pág. 93).

A continuación, se presentan los tipos de errores o distorsiones en el procesamiento de información en los esquemas de pensamiento de un individuo con depresión grave, el cual toda la información que recibe la reduce a la validación de conceptos negativos, no

obstante, los que se mencionan a continuación se presentan de formas diferentes dependiendo de cómo interprete la realidad el individuo con depresión (Beck, 1967):

1. Inferencia arbitraria: Un proceso que el sujeto lleva a cabo cuando adelanta una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que lo apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a las que no lo están.

4. Maximización y minimización: Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento.

5. Personalización: Se refiere a la tendencia y facilidad del sujeto para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico: Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; para describirse a sí mismo, la persona selecciona las categorías del extremo negativo. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, pág. 94).

Al haber abordado la depresión desde el enfoque teórico cognitivo conductual de la psicología, se retomaron algunos autores como Aaron Beck, Walter Riso, entre otros; cuyas propuestas teóricas como el procesamiento de la información y las distorsiones cognitivas se utilizan con frecuencia para tratar y explicar la depresión a través de sus signos y síntomas característicos en la vida de los sujetos.

Además, es importante tener en cuenta que cuando se presenta un duelo o si éste desencadena un duelo patológico tras la pérdida de un objeto significativo, se puede desarrollar una depresión con la que también aparecen pensamientos pesimistas, desánimo, desesperanza y abulia en quién la padece, que desde lo propuesto por Beck (1967) altera la percepción de sí mismo, del otro o mundo exterior y del futuro. Dichos pensamientos son denominados distorsiones cognitivas, estas como su nombre lo indica hacen referencia a “[...] toda aquella información que recibe el sujeto la reduce a la validación de conceptos negativos” (Beck, 1967). Las distorsiones cognitivas funcionan y se activan de manera distinta en cada persona y por ende no se presentan todas las que se mencionaron de manera simultánea.

Por último, lo anterior es de vital importancia debido a que cuando surge una depresión, en algunas ocasiones esta es el resultado de un duelo patológico y se podría prevenir con un adecuado y oportuno acompañamiento profesional, logrando la comprensión del duelo como proceso normal y adaptativo en la vida de las personas.

10. Discusión.

A partir de las categorías desarrolladas previamente, se propone elaborar una discusión entre las concepciones de duelo como proceso normal, como cuadro patológico, trastornos del estado de ánimo y la depresión.

Según lo postulado por Martin (2007), el duelo puede ser explicado desde los diferentes modelos psicológicos y se encontraron diferencias significativas en la definición de dicho concepto. El modelo cognitivo, en el cual está soportada esta investigación, define el duelo según Attig (citado por Londoño, 2012) como la realización de tareas para afrontar

una pérdida; mientras que desde la propuesta de Freud (1914-1916) se define como la reacción frente a una pérdida y, siguiendo la propuesta psicoanalítica, pero desde un enfoque relacional, se encontró que Londoño (2012) define el duelo como un resurgimiento de un tema pendiente. Estas perspectivas teóricas proponen una definición del concepto de duelo diferente y esto era esperado, pero lo que es interesante para la investigación es que todas coinciden en las características sintomáticas y reacciones tanto físicas como psicológicas que se presentan (Echeburúa & Herrán, 2018).

Al hablar de las características del duelo se hace referencia a las diferencias entre duelo como proceso normal y duelo patológico, encontrando que, aunque las características que componen a ambos son aparentemente indiferenciables, sí existe diferencia y para Mateu (2015) se da en función de la intensidad de los síntomas y el tiempo de duración de estos. Esto genera inconsistencias, pues, aunque Romero (2013) y Echeburúa y Herrán (2018) concuerdan en sus postulados en que hay una amplia relación en cuanto a la sintomatología, se diferencian en la duración de esta para considerarse patológica, pues para Romero (2013) deben superar un año y para Echeburúa y Herrán (2018) se le llama duelo patológico a partir de 6 meses.

Lo anterior conduce a lo propuesto por Batirtze Artaraz Ocerinjauregui (2017), que consiste en que el duelo no se presenta de forma lineal, por lo tanto no es un proceso generalizable ya que cada persona enfrenta las pérdidas según las estrategias de afrontamiento que haya construido a lo largo de su vida, basado en factores como la edad, pues cada etapa del ciclo vital tiene unos modos característicos de reacción; por esto, decir que la diferencia de dichos procesos radica en el tiempo, es hablar de una variable imprecisa (Artaraz Ocerinjauregui, 2017).

Lo investigado sobre depresión se relaciona con los trastornos del estado de ánimo, los cuales son definidos por Coryell (2018) como alteraciones psicológicas que afectan la salud mental. Se encontró que los diferentes trastornos del estado de ánimo comparten criterios y características y a su vez, se diferencian generalmente por tiempo de duración y por la causa que los detona. Matterson, Mumford, Schmidt y Yonkers (2018), Mayo Clinic (2018) y Belloch (2009), entre otros, concuerdan con Jarne, Talarn, Armayones (2006), Horta y Requena (2006) en que en estos trastornos están incluidas todas aquellas perturbaciones que alteran el humor y el afecto, siendo esta su característica principal, además de provocar una grave afectación en el funcionamiento social, laboral y familiar de la persona. Lo planteado en el DSM-5 (APA, 2014) también concuerda con la propuesta anterior, pues “lo común de estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología” (pág. 155).

Según los boletines informativos sobre salud mental de la OMS del año 2008 y el Ministerio de Salud Pública y Protección Social de 2017 se ha presentado un incremento exponencial de la población con dicho trastorno, afirmación que también fue planteada por Walter Riso (1992), diciendo que la depresión ha sido sin duda uno de los trastornos de mayor interés en el ámbito de la investigación en el año.

Al hacer un rastreo de la definición de la depresión desde el enfoque cognitivo conductual, se encontró en el Manual de Psicopatología de Belloch (2009), la propuesta de Aaron Beck (1967) que se desarrolla sobre la idea de que en los trastornos depresivos hay una gran cantidad de sesgos y distorsiones sistemáticas e interrelacionadas, y estas se evidencian en la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento frente a un suceso que

suponga una pérdida o fracaso. Este argumento se relaciona directamente al duelo como un proceso patológico, en el sentido de que una de las causas más graves de la depresión está ligada a la configuración de un sentimiento de pérdida.

Es necesario mencionar los criterios que constituyen el duelo patológico y la depresión para evidenciar semejanzas y distinciones. El cuadro sintomatológico de un duelo patológico, de acuerdo con Escudero (2014), radica en: sentimientos prolongados, repetitivos e intensos de culpa por las cosas que se han hecho y que, incluso, se han dejado de hacer con o por la persona u objeto amado; pensamientos recurrentes de quién debió haber fallecido; preocupación exagerada de no poder rehacer la vida nuevamente, lo cual está acompañado de sentimientos de inutilidad; deterioro del funcionamiento cognitivo normal y aparición de mecanismos de defensa como la negación de la muerte del ser querido o el desplazamiento de los afectos a otras cosas e incluso animales (Escudero, 2014). En palabras de Echeburúa y Corral (s.f):

“Aparecen síntomas psicológicos como los que se han mencionado, además desencadenan una tristeza patológica que se caracteriza por el aislamiento social, la falta de cuidado personal, el enlentecimiento psicomotor, el consumo abusivo de alcohol y psicofármacos, entre otros. A nivel físico, pueden surgir alteraciones de la salud persistentes como trastornos del sueño y del apetito, fatiga, dolores musculares, estreñimiento y cefaleas” (pág, 234).

Se hace referencia a Belloch (2009) para hacer una descripción de la sintomatología de la depresión. Ella propone que la persona que la padece ve afectado su rendimiento cognitivo, así como la memoria, la atención y la capacidad de concentración, lo que hace que se vea incapaz de realizar sus actividades cotidianas. A parte de estas afectaciones en los procesos mentales, se ven altamente alterados los contenidos de las cogniciones de

aquel que se encuentra deprimido. Otros síntomas son los problemas del sueño, la fatiga, pérdida del apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexual (en los hombres puede estar acompañado de dificultades en la erección), molestias corporales como dolor de cabeza, de espalda, náuseas, visión borrosa y estreñimiento. También aparecen síntomas interpersonales, pues una característica importante de las personas que están deprimidas es el deterioro de sus relaciones con los demás, esto genera rechazo por parte de las personas que los rodean, lo cual termina en aislamiento y genera un mal pronóstico de la depresión (Belloch, 2009).

Por tanto, las valoraciones que hace de sí mismo, del entorno y del futuro (triada cognitiva planteada), suelen ser negativas. Aparecen también afectaciones en los autoesquemas de los individuos que padecen depresión, expresadas como autodesprecio, autoinculpación y la pérdida de autoestima, las cuales se convierten en contenidos habituales de las cogniciones de estos sujetos (Beck, 1967).

Con los postulados expuestos, se puede afirmar que las cogniciones negativas, más que síntomas de la depresión, podrían ser un elemento etiológico. Esto da cuenta de la relación de los síntomas y criterios para el diagnóstico de ambos, lo cual dificulta encontrar precisión en la diferencia entre duelo patológico y depresión. Sin embargo, se pudo encontrar también que hay diferencia en cuanto a la etiología de estos, aunque ambos pueden estar asociados a una pérdida, el surgimiento de la depresión no se limita a esta causa, sino que tiene una gran variedad de situaciones causales.

11. Conclusión

Inicialmente se orientó la investigación hacia la búsqueda de la diferencia del duelo como proceso patológico y la depresión, propósito que motivó diferentes rastreos bibliográficos que coincidieron en muchos de sus planteamientos. Esto llevó a la obtención de múltiples hallazgos teóricos que derivan de los objetivos propuestos.

En este sentido y para responder a la pregunta planteada, es posible decir que la diferencia radica en el factor causal de la existencia del duelo patológico, pues si bien esta se detona por cualquier pérdida significativa en la vida de una persona, si se dice que la causa de la depresión está asociada a una pérdida, entonces no se sabría si se está hablando de duelo patológico o depresión, pues la depresión tiene gran variedad de causas; pero en lo demás, como la sintomatología, se puede hablar de una relación entre dichos fenómenos.

Postular la pregunta por la diferencia, implicaba dar por entendido que sí existía y se ha logrado dar cuenta de ello. En el desarrollo de la investigación se encontró relevancia en la definición de tristeza en los trastornos del estado de ánimo, la cual sostiene que cuando la tristeza se convierte en patología se habla de una depresión, definición que describe la característica emocional indispensable que es experimentada por quien ha perdido algo.

Se habló de las diferencias que había entre el duelo como proceso normal y el duelo como proceso patológico, evidenciando que su distinción radica en la duración e intensidad de los síntomas y esto podría haber sido la conclusión de la investigación, lo cual no fue posible pues tanto duelo patológico como la depresión son determinados por las experiencias y subjetividad de la persona que incluyen el ciclo vital, la cultura, la forma de

vincularse y la estructura cognitiva en relación a la forma de utilizar las estrategias de afrontamiento ante una situación estresante.

Estos no son aspectos tan válidos o precisos para hacer dicha distinción de la depresión, pues en este sentido pueden tener la misma duración o ser diagnosticados tras llevar el mismo tiempo de manifestación sintomática y es conveniente mencionar los cuestionamientos que surgen a partir de esta investigación, ya que al encontrar estas diferencias es necesario formular la siguiente pregunta: ¿Es posible que las consecuencias sintomáticas de un duelo como proceso normal sean suficientes para determinar la existencia de un duelo como patología, o se podría hablar entonces de una depresión? este cuestionamiento llevaría a revisar los tipos de depresión existentes y someterlos a un análisis profundo, pues como es planteado por la APA (2014), cuando hay un duelo que se acompaña de los síntomas depresivos y el deterioro funcional tiende a ser más grave, y su pronóstico es peor que el de un duelo que no está acompañado de un trastorno depresivo, se habla de una depresión mayor. Cabe mencionar que ambas inferencias son hipótesis que pueden servir como reflexión y análisis para futuras investigaciones.

12. Referencias

- Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. En A. Beck, *Terapia cognitiva de la depresión* (págs. 01-416). Bilbao: DESCLEE DE BROWER, S.A.
- Agudelo-Vélez, Diana María, & Casadiegos-Garzón, Claudia Patricia, & Sánchez-Ortíz, Diana Lucía (2009). *Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. *Universitas Psychologica*, *undefined-undefined*. [fecha de Consulta 24 de octubre de 2019]. tomado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a7>
- Agudelo-Vélez, Diana María, & Casadiegos-Garzón, Claudia Patricia, & Sánchez-Ortíz, Diana Lucía (2009). *Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de*

ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Universitas Psychologica, undefined-undefined. [fecha de Consulta 24 de octubre de 2019]. tomado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a7>

- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Batirtze Artaraz Ocerinjauregui, E. S. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y la adolescencia. Formación para madres, padres y profesorado*. Bilbao, España: Colegio de Médicos de Bizkaia . Obtenido de <https://www.sepypna.com/documentos/Gu%C3%ADa-sobre-el-duelo-en-la-infancia-y-en-la-adolescencia-1.pdf>
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Belloch, A., Ramos, F., & Sandín, B. (2009). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill. <https://apra.org.ar/pdf/mayo/montouri.pdf>
- Belloch, A., Ramos, F., & Sandín, B. (2009). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill. Recuperado de: <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Manual-de-psicopatolog%C3%ADa.-Volumen-II.pdf>
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva (pp. 3-7). Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Coryell, W. (2018). *Generalidades sobre los trastornos del estado de ánimo*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/generalidades-sobre-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>
- Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2008/rmq081g.pdf>
- Di Bártolo, I. (2016). *El apego: como nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Díaz Curiel, Juan. (2011). Study of variables associated to the group psychotherapy in the process of pathological grief. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107. Recuperado en 22 de febrero de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100007&lng=es&tlng=en.
- Díaz, V. E., Molina, A. N., & Marín, M. A. (2015). Las pérdidas y los duelos en personas afectadas por el desplazamiento forzado. *Pensamiento psicológico*, 13(1), 65-80.
- Echeburúa, E y Corral, D. P. (S.f). *El duelo normal y duelo patológico*. Recuperado de: <http://guixa.es/pdf/El-duelo-normal-y-duelo-patologico.pdf>

- Echeburúa, E., & Herrán Boix, A. (2018). *¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?*. Universidad del País Vasco. https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Echeburua/publication/268265771_CUANDO_EL_DUELO_ES_PATOLOGICO_y_COMO_HAY_QUE_TRATARLO/links/5b0eba280f7e9
- Enrique G. Fernández-Abascal. (S.F). ESTUDIO SOBRE LA ESCALA DE ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (E3A). *Electronica de motivación y emoción*, S.P.
- Escudero, M. (Dirección). (2014). *Duelo patológico y sus síntomas* [Película]. Madrid. Obtenido de: https://www.youtube.com/watch?time_continue=50&v=oNFAx01Gqa0&feature=emb_title
- Esquematzación de la antología de epistemología. Retrieved 24 October 2019, de <http://cvsp.cucs.udg.mx/uqi/documentos/recursos/EPISTEMOLOGIA.pdf>
- Fenoy Castaño, R. (2016). El duelo. En qué consiste y cómo abordarlo || AESTHESIS - Psicólogos. Retrieved 20 February 2020, from <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/duelo-en-que-consiste-como-abordarlo/>
- FERREI, Robert; PENA, Angélica; GOMEZ, Niove y PEREZ, Katriny. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia) *Psicol. caribe* [online]. 2009, n.24, pp.180-204. ISSN 0123-417X. tomado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200009
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28(10), 857.
- Flórez, S. (2009). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 77-85. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545/4560>
- Freud, S. (1914-1916). *Obras Completas* (Vol. 14). Amorrortu ediciones. Recuperado el Marzo de 2020, de <https://es.slideshare.net/ItzayanyOmar/freud-sigmund-1914-1916-obras-completas-xiv-contribucion-a-la-historia-del-movimiento-psicoanalitico>
- Gago, J. (2014). Teoría del apego, el vínculo [pdf]. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Retrieved from <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADAdel-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>
- Gallego, T. (s.f.). *Psicopedia información y recursos sobre psicología org.* (F. M. Campo, Editor) Recuperado el 05 de Marzo de 2020, de *Psicopedia información y recursos sobre psicología org*: <https://psicopedia.org/3149/como-viven-los-ninos-el-proceso-de-duelo/>
- Gamo Medina, Emilio, & Pazos Pezzi, Pilar. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200011

- Garrido-Rojas, Lusmenia (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538304.pdf>
- Guillem-Porta, V, Romero-Retes, R & Oliete-Ramírez E (2007) Duelo en Oncología. Recuperado de: <https://seom.org/publicaciones/publicaciones-seom/libros-cuidados-continuos/2289-duelo-en-oncologia>
- Junta Editorial de Cáncer. (2018). Comprender el duelo en un contexto cultural. Recuperado de: www.cancer.net.com/juntaeditorialdelcance-comprendereldueloenuncontextocultural.
- Knobel, M & Aberastury, A. (2004). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Recuperado de: http://bibliodiversa.todomejora.org/wp-content/uploads/2016/11/070_ABERASTURY_adolescencia_normal-1.pdf
- Lacub, R. (enero de 2014). Revisión sobre el duelo desde una lectura narrativista y con investigaciones específicas sobre los duelos en la vejez. *ResearchGate*, 1-4. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/305210363_Los_Duelos_en_la_vejez
- Londoño V. B. H. (2012). *¿Cómo vive nuestro cuerpo las ausencias de un ser querido? Aportaciones de la danza movimiento terapia a los procesos de duelo*. (Tesis final de máster). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_247528/Tesina_Final-2.BeatrizLondono.pdf
- Mantilla, M. G. (2013). *el proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evalúa central del conflicto relacional (ccrt)do mediante el método del tema* (tesis de prepagó). universidad complutense de Madrid.
- María José Pérez Molina y Nazareth Rodríguez Chinchilla. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA*, 17.
- Martha Ligia Caycedo Bustos. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *scielo*, 1. <http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PSICOONCOLOGIA377392.pdf>
- Mateu, M., & Patricia, M. (2015). Duelo y Apego: De la creación del vínculo a la pérdida del mismo. Recuperado de: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1508/Maura_Mateu_Marta_Patricia_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medline Plus. Información de salud para usted (2020). Depresión Mayor. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>
- Millán-González, R., & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 375-388. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=10916dde-0443-4b72-9610-1840fd6642db%40sessionmgr4007>

- Ministerio de salud de pública. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Molina, C. (s.f). *El apego: el apego desorganizado*. Centro Psicológico Cepsim. Recuperado de: <https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/problemas-psicologicos/que-es-el-apego-desorganizado>
- Montuori, E.(2015). *El duelo visto desde la teoría del apego*.Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina. Recuperado de: <https://apra.org.ar/pdf/mayo/montouri.pdf>
- Nasio, J, D. (2010). *¿cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nomen Martín, L. (2007). El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida. Madrid: Ed. Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). La depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Paciuk,S. (1998). Duelos depresivos y duelos reparatorios. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. (en línea)* (88). Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, (13), 17-32.
- Pérez Martínez, V. T., & Chávez, N. A. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1–20. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=8ba73af4-9821-4026-a2ea-01b0110650d4%40sessionmgr4006>
- Portocarrero, C. I. C. (2009). Análisis de un caso de duelo patológico desde la Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de Psicología da IMED*, 1(2), 231-242.
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo Psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6, (11). Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
- Riso, W. (1992). Depresión: avances recientes en cognición y procesamiento de la información. *Revista Psique*, 02(1).
- Roca, E. (s.f). Terapia cognitiva de Beck para la depresión. Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>
- Romero, V., & Rodríguez, J. A. C. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(1), 23-37.

- Saúl David Flórez Mesa. (2002). Duelo. *Departamento de Psiquiatría*, 78.
- Torres, L. S. (2011). *Duelo en padres que han perdido hijos*. (Tesina para obtener el diplomado en Tanatología). Asociación Mexicana de Tanatología. México. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/25%20Duelo%20en%20padres%20que%20han%20perdido%20hijos.pdf>
- Vásquez Valverde C., C. L. (2012). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. *MICROSOFT WORD*, 427. Recuperado de: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). *MODELOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN: UNA SÍNTESIS Y NUEVA PROPUESTA BASADA EN 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN* [E-book] (18th ed., pp. 141-146). https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf
- Vílchez, E. R. (1959). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.