



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 **Facultad de  
Psicología**  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**Universidad de la República  
Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado  
Monografía**

**Cuando la pérdida es uno mismo:  
Duelo, subjetividad y reconstrucción del self en la lesión cerebral adquirida**

Estudiante: Lucía Micaela Santos Rodríguez  
Ci: 4.902.592-2  
Tutor: Prof. Agdo. Dr. Lisandro Vales  
Docente revisor: Prof. Agdo. Dr. Hugo Selma

Montevideo, Diciembre - 2025

## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Duelo: más allá de la emoción .....	6
Duelo patológico y pérdida del Self: una lectura integradora .....	10
LCA: identidad, vínculo y pérdida .....	15
Duelo y neurociencia: implicancias clínicas y subjetivas en la LCA.....	18
El Self: definiciones, niveles y transformaciones .....	21
Reconstrucción del self y sentido vital: aportes psicoterapéuticos en la LCA .....	24
Clínica del Self tras una LCA .....	27
Conclusiones .....	31

## Resumen

El presente trabajo aborda la experiencia del duelo en personas con lesión cerebral adquirida (LCA), integrando conocimientos de neurociencia afectiva, neuropsicología y psicoanálisis. A partir de una revisión teórica y clínica, se sostiene que la LCA no implica solo una pérdida funcional, sino una transformación profunda de la identidad, los vínculos afectivos, la experiencia corporal y las capacidades cognitivas. En este contexto, el duelo trasciende la pérdida de otro para incluir el duelo por el self anterior, afectando tanto al paciente como a su entorno. La neurociencia ha mostrado que las áreas cerebrales comprometidas en la LCA coinciden con aquellas implicadas en la elaboración del duelo, lo que puede obstaculizar su elaboración tanto emocional como simbólica. Desde una perspectiva clínica, se destaca la necesidad de una psicoterapia que acompañe la reconfiguración emocional y narrativa del self, más allá de la mera recuperación funcional. Comprender el daño cerebral desde su dimensión humana y simbólica permite diseñar intervenciones más humanas, éticas y sensibles, orientadas no solo a la recuperación de funciones, sino a la reconstrucción del sentido vital.

**Palabras clave:** duelo, duelo patológico, lesión cerebral adquirida, self, identidad, neuropsicología, psicoanálisis, psicoterapia.

## Introducción

Con el pasar de los años sentí cada vez más interesante la idea de entender cómo las personas enfrentan pérdidas que no siempre son visibles ni socialmente reconocidas.

Particularmente, me interesó el caso de los pacientes con daño cerebral adquirido (LCA), ya que muchas veces no solo pierden capacidades físicas o cognitivas, sino también partes significativas de su identidad y de su forma de estar en el mundo. Esta pérdida del "yo" previo puede generar un tipo de duelo profundo y silencioso, difícil de nombrar, validar o elaborar.

En Uruguay, se estima que cada año unas 5.000 personas atraviesan un accidente cerebrovascular —una de las principales causas de lesión cerebral adquirida en adultos junto con traumatismos, anoxias y otras causas posibles—. Este dato permite dimensionar la magnitud de este fenómeno y su impacto no solo físico, sino también emocional y subjetivo (Intendencia de Montevideo, 2023).

En estos casos, el duelo no se relaciona directamente con la muerte de otra persona, sino con una transformación interna: la pérdida de un modo de ser, de proyectos vitales, de funciones y vínculos tal como se conocían antes de la lesión. Esta situación plantea desafíos significativos tanto para quienes lo padecen como para sus familias y para los profesionales de la salud mental. Resulta, por lo tanto, fundamental abordar estas experiencias desde la psicología, integrando dimensiones emocionales, identitarias, vinculares y neuropsicológicas.

Con este fin, el presente trabajo propone un enfoque integrador entre la neurociencia, la neuropsicología y el psicoanálisis, que permita comprender la LCA no solo como un evento neuropsicológico, sino como una ruptura en la continuidad del self. Esta noción de self - entendida como organización dinámica de la identidad, de la experiencia subjetiva y del sentido vital - constituye un eje central de análisis.

El objetivo general de este trabajo final de grado es comprender cómo la pérdida generada por una LCA afecta la continuidad y reconstrucción del self, y qué recursos psicoterapéuticos pueden

favorecer este proceso. Se propone un abordaje que articule la neurociencia, la neuropsicología y el psicoanálisis para dar cuenta de la complejidad subjetiva del daño cerebral. En esta línea, se sostiene que la tarea clínica no puede reducirse a la reparación de déficits, sino que debe orientarse también a reconstruir sentido y promover una nueva identidad posible.

En cuanto a su estructura, el trabajo se inicia con una revisión del concepto de duelo, ampliándolo más allá de su vínculo tradicional con la muerte para incluir pérdidas subjetivas e identitarias. Luego, se desarrolla el concepto de lesión cerebral adquirida (LCA), abordando sus dimensiones neurológicas, cognitivas y emocionales, y su impacto en la identidad y los vínculos. Posteriormente, se profundiza en la noción de self y en las transformaciones que este atraviesa tras una lesión cerebral. Finalmente, se reflexiona sobre el rol de la psicoterapia en el acompañamiento de estas transformaciones, subrayando la necesidad de una mirada sensible, integradora y humanizada que no solo busque remediar déficits, sino también reconstruir sentido.

## **Duelo: más allá de la emoción**

En *Duelo y melancolía* (1915), Freud diferencia el duelo normal de la melancolía. Ambos procesos comparten la experiencia de pérdida, pero se viven de forma distinta. En el duelo, la pérdida se reconoce y se llora; el dolor se dirige hacia el objeto ausente y, aunque sea difícil, el yo mantiene su integridad. En cambio, en la melancolía el sujeto no puede identificar con claridad qué ha perdido y dirige su angustia hacia sí mismo, lo que se traduce en una pérdida del amor propio, sentimientos de culpa y autorreproche. Es como si la pérdida afectara directamente al yo, empobreciéndolo, deteriorando su autoestima y sumiéndolo en un estado de desvalorización interna. Así, mientras el duelo proyecta la ausencia hacia el mundo exterior, la melancolía vuelve esa ausencia contra uno mismo.

Freud (1915) también describe cómo, durante el duelo, el mundo exterior puede parecer vacío y sin sentido para quien ha sufrido una pérdida. El sujeto pierde interés por todo aquello que no guarda relación con el objeto perdido, y su energía psíquica se retrae hacia esa pérdida. Esta inhibición afectiva, que impide vincularse con nuevos objetos o actividades, se disipa gradualmente en la medida en que el proceso de duelo avanza. Solo cuando la “libido” que estaba dirigida al objeto perdido se retira completamente, el yo queda libre para reinvertirla en otros vínculos u objetivos, lo que marca la superación del duelo y la posibilidad de reconstrucción emocional.

Además del enfoque psicoanalítico de Freud, otros autores han contribuido a la comprensión del duelo desde distintas perspectivas. De acuerdo con Beatriz Gil-Juliá et al. (2008), para comprender lo que implica perder algo, resulta útil reconocer que la pérdida está presente en todas las facetas de la existencia humana; cada vez que avanzamos en la vida, dejamos atrás algo, ya sea tangible como individuos, personas, lugares u objetos— o simbólico, como la juventud o ciertos sueños que se desvanecen al lidiar con las duras “realidades” de la vida. Cada una de estas pérdidas

que son parte de nuestras vidas trae consigo su propio sufrimiento y nos impacta de manera única (p. 104).

Millán-González y Solano-Medina (2010) señalan que, en condiciones normales, el duelo tiene una duración estimada de seis a doce meses. Aunque tras ese período suele recuperarse el funcionamiento habitual, pueden persistir síntomas residuales que se consideran normales.

Según Cabodevilla (2007) la elaboración de las pérdidas constituye un aspecto esencial de la experiencia humana. Desde su perspectiva, el duelo no se limita a la muerte de un ser querido, sino que se manifiesta cada vez que se pierde algo valioso, ya sea de forma tangible o simbólica. Esta idea ya estaba presente en sus obras anteriores, donde afirmaba que la vida es un continuo de separaciones, comenzando por el nacimiento, entendido como la primera gran pérdida (Cabodevilla, 2003, como se citó en Cabodevilla, 2007).

Asimismo, el autor retoma los planteamientos de Baratas (como se citó en Cabodevilla, 2007) quien amplía el concepto al definir el duelo como una respuesta emocional frente a cualquier tipo de pérdida significativa. En consecuencia, destaca la importancia de los vínculos y los significados que atribuimos a las personas, objetos o situaciones de nuestra vida cotidiana, ya que su ausencia desencadena inevitablemente un proceso de elaboración emocional.

Por otra parte, Lindemann identificó una serie de reacciones comunes en el duelo inmediato, entre las que se encuentran síntomas somáticos, preocupaciones intensas vinculadas con la imagen del fallecido, sentimientos de culpa, hostilidad y alteraciones en los patrones de comportamiento (Lindemann, 1944, como se citó en Oviedo Soto et al., 2009), subrayando la complejidad emocional y física que puede acompañar a una pérdida significativa.

El modelo de cinco etapas psicológicas propuesto por Kübler-Ross (1994) —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— no debe entenderse como una secuencia rígida, sino como un proceso dinámico de adaptación emocional. La autora enfatiza que cada persona afronta la pérdida de un modo singular, de acuerdo con su historia y sus recursos psíquicos. Elaborar el duelo implica aceptar la finitud y reconciliarse con la ausencia como parte inevitable de la existencia, integrando esa pérdida dentro del propio relato vital. Aceptar no significa olvidar, sino darle un lugar simbólico en la vida psíquica, transformando el vínculo con lo perdido.

Desde una perspectiva clínica contemporánea, Worden (2009) concibe el duelo como un proceso activo de adaptación que implica afrontar diversas tareas psicológicas. Estas tareas incluyen aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor asociado, adaptarse a un entorno en el que aquello que se perdió ya no está presente y reubicar emocionalmente lo perdido para reinvertir en nuevos vínculos y proyectos. Desde esta mirada, el duelo no es un estado pasivo, sino un proceso de reorganización que puede transformar profundamente la vida psíquica del sujeto y favorecer la emergencia de nuevos significados en un mundo alterado por la ausencia.

Así, el duelo no se reduce a una vivencia afectiva, sino que conlleva una transformación en la organización interna del sujeto (Worden, 2009; Damasio, 1999). Cuando alguien pierde a un ser querido, un rol, una capacidad o una parte de sí, no solo enfrenta la ausencia del objeto, sino una reconfiguración del *self*, entendido como la experiencia de identidad y continuidad personal (Ownsworth & Gracey, 2009; Grégoire et al., 2004). En términos freudianos, la pérdida repercute en el *yo*, pero las perspectivas contemporáneas han ampliado esta comprensión al considerar el *self* como una estructura dinámica y relacional (Bleichmar, 1997).

Autores como Kohut (1971) y Damasio (1999) sostienen que el *self* se apoya en la integración entre la experiencia emocional, la memoria autobiográfica y los vínculos significativos que otorgan coherencia al sentido de ser uno mismo. Cuando ocurre una pérdida, esa integración se ve alterada: el sujeto debe reelaborar su historia y su representación de sí para restablecer cierta continuidad



interna. Desde esta mirada, el duelo no es solo un proceso de separación afectiva, sino también una tarea de reconstrucción identitaria, en la que se redefinen los límites del *self* y su relación con el mundo.

Henry Ey (1978) aporta una lectura clínica especialmente relevante: el sufrimiento psíquico puede entenderse como una desorganización de la conciencia y del yo, una crisis estructural que obliga al sujeto a reorganizar su modo de existir. Aplicado al duelo, esto implica que toda pérdida significativa demanda una reestructuración del *self* para recuperar su unidad. Así, el duelo no solo pone a prueba la capacidad emocional del individuo, sino también la arquitectura misma de su identidad.

Tal como señala Gil Orejudo (2014), en algunos casos este proceso puede quedar interrumpido, dando lugar a formas patológicas del duelo que requieren atención terapéutica especializada. Esta perspectiva clínica resulta fundamental, ya que permite comprender cómo una pérdida puede convertirse en un punto de fractura subjetiva cuando el psiquismo no logra simbolizarla adecuadamente.

Comprender el duelo como una experiencia que afecta al *self* permite anticipar lo que ocurre en la lesión cerebral adquirida, donde la pérdida no recae sobre otro, sino sobre el propio yo. En estos casos, el duelo adquiere una forma particular, que se explorará a continuación.

## **Duelo patológico y pérdida del Self: una lectura integradora**

El duelo patológico se caracteriza por un estado emocional profundo en el que el sujeto se siente impotente e indefenso frente a la pérdida de un objeto significativo que representaba una fuente de bienestar (Bibring, 1953; Bleichmar, 1996; Haynal, 1977; Sandler & Joffe, 1965). Este estado básico desencadena distintos procesos defensivos, que varían según el momento que atraviese la persona: tristeza, angustia, autorreproches o conductas disociativas (Brenner, 1982; Grinberg, 1992; Hoffman, 1992; Jacobson, 1971; Klein, 1949; Kohut, 1971; Pollock, 1989; Stone, 1986, como se citó en Bleichmar, 2010).

De acuerdo con Bleichmar (1997, 2010) entre los mecanismos defensivos más frecuentes en el duelo patológico se encuentran: (a) Fantasías de restitución, donde el sujeto imagina modificar los acontecimientos vividos para recuperar lo perdido (Renik, 1990); (b) Llanto como petición de ayuda, dirigido a obtener contención del entorno (Rado, 1951); (c ) Autorreproches y autocastigos, como forma de aliviar la culpa y recuperar el amor del superyó (Rado, 1951); y (d) Conductas disociativas, como adicciones o actividades compulsivas, que buscan evitar el sufrimiento asociado a la pérdida (Grinberg, 1992; Stone, 1986).

Según Rosenfeld (1965, como se citó en Bleichmar, 2010) en ciertos casos, la tristeza puede ser reemplazada por una angustia predominante, especialmente cuando la pérdida del objeto desencadena un sentimiento de amenaza hacia la seguridad del self. Esto puede derivar en fobias generalizadas, preocupaciones hipocondríacas o fantasías paranoides, síntomas que antes de la pérdida no estaban presentes. Estas manifestaciones emergen cuando la sensación de impotencia invade la autoimagen del sujeto, debilitando su capacidad para enfrentar la realidad. En este contexto, la representación interna del self como débil o incapaz genera un estado de vulnerabilidad generalizada, donde cualquier estímulo puede vivirse como amenazante. La manera en que se

concretan estos temores dependerá de las identificaciones tempranas y de la biografía individual de cada persona.

Esta vulnerabilidad del self, descrita por Rosenfeld (1965, como se citó en Bleichmar, 2010), tiene implicancias directas en la práctica psicoterapéutica. Tal como señala Bleichmar (2010), en el trabajo clínico es posible observar la desaparición de síntomas que no fueron abordados de manera directa, lo que se explica por una transformación en la percepción del self. Cuando se fortalecen los sentimientos básicos de seguridad y capacidad personal, desaparece la base que sostenía dichos síntomas. En este sentido, el manejo adecuado del duelo requiere no solo de intervenciones profesionales específicas, sino también de una disposición interna del sujeto que permita resignificar la experiencia de pérdida.

En su exploración del dolor emocional, Nasio (1996) plantea que el dolor psíquico se caracteriza por una imposibilidad de ser representado, en tanto afecta a la estructura misma del sujeto. Esta imposibilidad de simbolización convierte al dolor en una vivencia de ruptura, silenciosa y solitaria, que puede instalarse en el cuerpo y devenir crónica si no encuentra elaboración. Esta conceptualización permite pensar el duelo por el self anterior como una forma de dolor que no solo carece de validación externa, sino que además muchas veces queda fuera del lenguaje. Desde esta perspectiva, el sujeto no sufre por algo que pueda nombrar o ubicar con claridad, sino que se ve afectado por una vivencia indeterminada que compromete su sentido de unidad interna. Esta indeterminación del sufrimiento puede ser clave para comprender la fijación psíquica y el bloqueo narrativo que aparecen en ciertos cuadros clínicos de pérdida radical.

Este dolor íntimo y difícil de representar puede verse agravado cuando el entorno no ofrece un marco simbólico que lo contenga, tal como plantea Jean Allouch (2011), quien señala que en ciertos contextos contemporáneos el duelo ha perdido su lugar simbólico y su capacidad de sostener

un lazo con el otro, transformándose en lo que él denomina una forma “seca” de duelo. En estos casos, lo que se pierde no es solo el objeto amado, sino también la posibilidad de duelar, de habitar el sufrimiento y de ser acompañado en él. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para pensar las experiencias de pérdida subjetiva, en contextos donde el entorno muchas veces no reconoce la legitimidad del duelo por el self anterior. Así, el sufrimiento psíquico puede quedar atrapado en una vivencia muda, solitaria y carente de dispositivos simbólicos y vinculares que lo contengan, dificultando su elaboración.

Además de su dimensión afectiva, el duelo puede entenderse como una experiencia que afecta la arquitectura misma del psiquismo. Henry Ey (1978), desde su modelo organodinámico, considera que el sufrimiento psíquico no es sólo expresión de un conflicto, sino señal de una desorganización funcional de la conciencia y del yo. Desde esta perspectiva, el duelo puede concebirse como una crisis estructural, donde el self debe reorganizarse ante una nueva configuración corporal, cognitiva y relacional. A su vez, Bleichmar (1997) advierte sobre la existencia de duelos “no declarados”, es decir, pérdidas que no son reconocidas ni por el entorno ni por el propio sujeto. Estas pérdidas —que pueden involucrar habilidades, roles, lenguaje o incluso rasgos identitarios— suelen pasar desapercibidas, impidiendo su elaboración simbólica. Finalmente, Nasio (1996) aporta una lectura valiosa al señalar que todo duelo implica una alteración del tiempo psíquico: el pasado se convierte en peso, el presente queda suspendido y el futuro aparece clausurado. Esta dislocación temporal puede obstaculizar el trabajo de resignificación, dificultando aún más la posibilidad de proyectar una continuidad del self en condiciones nuevas. En este sentido, la tarea clínica no se reduce a restaurar funciones, sino a acompañar la reconstrucción simbólica de una identidad posible más allá de la pérdida.

En esta línea, Horowitz (1990) ofrece un marco comprensivo para entender cómo el self se reorganiza tras la pérdida. Durante el proceso de duelo, los esquemas internos sobre uno mismo y el

otro se ajustan a la nueva realidad, permitiendo construir una imagen del self más coherente con las circunstancias actuales. Así, “se desarrolla un papel de relación nuevo y duradero en que el self se relaciona con la persona del pasado, pero no del presente o del futuro, excepto en los recuerdos”. (Horowitz, 1990, p. 317). (p. 59). Esta mirada se complementa con una perspectiva más experiencial, en la que el tiempo y la disposición subjetiva cobran un rol central.

Según Cabodevilla (2007), afrontar el duelo implica concederse la libertad de transitar el proceso, permitiéndose sentir, elaborar y reorganizar la vida tras la pérdida. Aunque el paso del tiempo por sí solo no garantiza consuelo, constituye una condición necesaria para realizar las actividades psíquicas que permiten la elaboración del sufrimiento. En este sentido, no hay elaboración posible sin una temporalidad subjetiva que habilite la transformación del dolor en experiencia significada.

Estas formulaciones permiten abrir el campo hacia lecturas contemporáneas del duelo que integran la dimensión simbólica con la neuropsicológica, especialmente en el contexto de la lesión cerebral adquirida. Además de las lecturas psicoanalíticas, los aportes recientes provenientes de la rehabilitación neuropsicológica y la terapia cognitivo-conductual (TCC) han enriquecido la comprensión del duelo patológico en la LCA. Desde esta perspectiva, el sufrimiento no solo emerge por la imposibilidad de simbolizar la pérdida, sino también por la discrepancia entre la imagen del self previo y el actual, la falta de conciencia de déficit y las distorsiones cognitivas que perpetúan sentimientos de inutilidad o culpa (Nehra et al., 2014). Se ha observado que quienes poseen mayor autoconciencia de los cambios suelen atravesar un duelo más intenso al inicio, pero a largo plazo logran una mejor adaptación emocional, siempre que exista un acompañamiento clínico que integre la psicoeducación y la regulación emocional.

Los modelos contemporáneos de rehabilitación neuropsicológica adoptan un enfoque integral que reconoce el impacto emocional, cognitivo y relacional de la lesión. En este marco, el duelo se aborda como un eje transversal del proceso terapéutico y no como un fenómeno secundario. Las intervenciones incluyen reentrenamiento cognitivo, estrategias de TCC adaptadas,

psicoeducación, psicoterapia de apoyo, trabajo emocional focalizado en la pérdida y participación activa de la familia o la red de apoyo. Su objetivo no es eliminar el dolor, sino favorecer la reconstrucción de un sentido coherente y funcional del self, articulando dimensiones cognitivas, afectivas y relacionales en un mismo proceso de recuperación (Mac Conaill et al., 2024).

A su vez, la evidencia reciente subraya la necesidad de que los equipos clínicos evalúen de manera conjunta el duelo, la autoconciencia y la autoestima, ya que el sufrimiento emocional tras la LCA se vincula estrechamente con la experiencia de pérdida identitaria. Este enfoque destaca que el duelo patológico puede aliviarse cuando se trabaja sobre la formulación del problema: ayudar al paciente a comprender cómo sus pensamientos, emociones y conductas se entrelazan con su sentido de identidad (Dumont et al., 2023). De este modo, el proceso terapéutico deja de centrarse exclusivamente en “superar” la pérdida y pasa a orientarse hacia la integración de una nueva narrativa de sí mismo, que reconcilie el pasado con el presente.

Así, el abordaje integrador permite concebir el duelo por el self anterior como una crisis multidimensional, donde las estrategias psicoanalíticas y cognitivo-conductuales convergen: las primeras facilitan la elaboración simbólica y la reconstrucción del sentido, mientras que las segundas brindan herramientas para regular el malestar, resignificar pensamientos automáticos y fortalecer la agencia personal. En este encuentro entre lo simbólico y lo operativo, el tratamiento del duelo se vuelve una práctica que no solo busca restaurar el equilibrio psíquico, sino también restituir al sujeto la posibilidad de habitar su nueva existencia con dignidad y coherencia.

Finalmente, las intervenciones psicoterapéuticas, tanto grupales como individuales, centradas en el vínculo, el reconocimiento emocional y la narrativa del self, se han mostrado eficaces en el acompañamiento del duelo. Se ha observado que una buena alianza terapéutica en el contexto grupal favorece un proceso terapéutico más favorable. En el plano individual, tanto la motivación del paciente como el desarrollo del self predicen un buen pronóstico (Marmar et al., 1988; Piper et al., 2001; Piper et al., 2005, como se citó en Millán-González & Solano-Medina, 2010). Así, el abordaje

clínico del duelo se orienta no solo a mitigar el sufrimiento, sino a posibilitar una continuidad existencial que dé lugar a una nueva forma de ser en el mundo.

### **LCA: identidad, vínculo y pérdida**

La lesión cerebral adquirida (LCA) —término equivalente al *daño cerebral adquirido (DCA)* en la bibliografía hispana— se define como cualquier alteración del cerebro producida de manera posterior al nacimiento en una persona previamente sin daño neurológico. Sus causas más frecuentes incluyen los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes cerebrovasculares (ACV), las anoxias o hipoxias, los tumores cerebrales y determinados procesos infecciosos o metabólicos (Díaz-Lucas et al., 2022). Las LCA constituyen un problema de salud pública con alta incidencia y prevalencia, que genera un impacto sanitario, social y económico de gran magnitud (Díaz-Lucas et al., 2022). Según estudios realizados en población española, Gómez Pastor (2008) señala que aproximadamente 570 personas por cada 100.000 habitantes presentan una discapacidad secundaria al daño cerebral adquirido, y que alrededor del 83 % de estos casos se debe a ACV y el 19,5 % a TCE, lo que permite dimensionar la magnitud del fenómeno. Como advierte Prigatano (1991), las alteraciones derivadas de un traumatismo craneoencefálico exceden ampliamente los déficits atencionales o mnésicos, incluyendo también cambios en la personalidad, dificultades emocionales y alteraciones en la regulación conductual.

El impacto de una LCA no se limita al plano funcional: compromete profundamente la identidad personal y el sentido de continuidad del self. Prigatano (2011) señala que los pacientes a menudo experimentan cambios en la percepción de sí mismos, especialmente en la coherencia y continuidad de su identidad. Aunque pueden mantener una visión general de quiénes son, esta suele entrar en tensión con las limitaciones adquiridas. Salas y Turnbull (2010) destacan que dichas tensiones

generan conflictos intrapsíquicos y vinculares, en la medida en que el paciente debe confrontar su self “anterior” con el “nuevo” self configurado tras la lesión. Esta transformación subjetiva también afecta a la familia, que se enfrenta a lo que Pauline Boss (1999) denomina “pérdida ambigua”: el ser querido permanece vivo, pero profundamente cambiado. Este tipo de duelo es especialmente complejo porque no implica una pérdida definitiva, sino una presencia ausente que dificulta la aceptación y sostiene expectativas irreales de recuperación completa. En esta misma línea, López de Arróyabe Castillo y Calvete (2013) observaron que, en los familiares de personas con daño cerebral adquirido, las secuelas percibidas como más perturbadoras son la dependencia funcional y la reducción de la actividad del paciente, las cuales se asocian con un mayor malestar psicológico. Estos hallazgos evidencian que la pérdida de autonomía del lesionado no solo afecta a su identidad, sino que también reconfigura los vínculos familiares y activa procesos de duelo en quienes lo acompañan.

Entre las alteraciones cognitivas que acompañan a la LCA, las funciones ejecutivas ocupan un lugar central, ya que incluyen procesos como la planificación, la iniciación y secuenciación de acciones, la inhibición de respuestas automáticas, la memoria de trabajo, la administración de recursos atencionales y la flexibilidad cognitiva. Estas funciones, dependientes de los lóbulos frontales y sus conexiones, resultan fundamentales para comprender los desafíos que enfrenta el paciente al intentar sostener roles, vínculos y proyectos vitales previos a la lesión (Ríos Lago et al., 2008, como se citó en Vales, 2019). Las dificultades en este dominio explican por qué las personas pueden desenvolverse adecuadamente en tareas estructuradas pero fracasar ante situaciones cotidianas que requieren adaptación, regulación emocional o cambio de estrategia (Lezak et al., 2012, como se citó en Vales, 2019)

A estos procesos se suman los efectos neuropsicológicos descritos por Goldman et al. (2022), quienes señalan que el pronóstico tras una lesión cerebral depende de la interacción entre el daño neurológico y los factores psicológicos y contextuales. Entre las complicaciones cognitivas y conductuales más frecuentes se encuentran la atención pobre, la impulsividad y las dificultades en la toma de decisiones, las cuales pueden afectar la reintegración social y la capacidad del sujeto para



desenvolverse en situaciones complejas. Asimismo, síntomas como la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad o la depresión pueden generar conflictos relacionales y afectar la autoimagen, profundizando el sentimiento de extrañeza respecto de uno mismo y del entorno.

Desde la neurociencia afectiva y el neuropsicoanálisis se ha observado que lesiones en áreas como la corteza orbitofrontal, vinculadas con la regulación de los estados afectivos, pueden generar lo que Damasio (1996) denomina “sociopatía adquirida”. A su vez, lesiones en el hemisferio derecho se asocian con dificultades en el procesamiento de pérdidas y en la elaboración del duelo (Kaplan-Solms & Solms, 2005).

En suma, la LCA representa una transformación profunda y, en muchos casos, irreversible tanto para quien la sufre como para su entorno. Más allá de las secuelas físicas y cognitivas, las alteraciones emocionales y de personalidad repercuten directamente en la identidad del paciente y en las dinámicas familiares. Como señalan Ríos Lago et al. (2008, como se citó en Vales, 2020), las consecuencias de la LCA no se restringen al plano clínico, sino que implican también un impacto social, laboral y educativo con importantes costos económicos y un profundo reordenamiento de la dinámica familiar. El desafío terapéutico consiste en reconocer estas pérdidas no evidentes, favorecer la elaboración del duelo y acompañar los procesos de reconstrucción del self en un contexto de limitaciones, tensiones y esperanzas compartidas.

## **Duelo y neurociencia: implicancias clínicas y subjetivas en la LCA**

En las últimas décadas, revisiones en neurociencia afectiva y neuropsicología han destacado cómo el estudio del duelo ha avanzado hacia la identificación de sus correlatos cerebrales específicos, integrando dimensiones emocionales, cognitivas y narrativas (Frey, 2019; O'Connor, 2020). De este modo, el duelo se comprende no sólo como una experiencia emocional o relacional, sino también como un fenómeno encarnado en redes neuronales que sostienen la emoción, la memoria y la identidad. La pérdida de un ser querido, o incluso de una parte del propio self, implica así una reconfiguración profunda de circuitos cerebrales vinculados con estos procesos.

Diversos estudios mediante técnicas de neuroimagen funcional (fMRI) han identificado áreas consistentemente activadas durante la experiencia de duelo. Entre ellas, la amígdala, responsable del procesamiento de emociones como el miedo y la tristeza, y la ínsula, relacionada con la experiencia visceral del dolor emocional. También se activa el giro cingulado anterior, implicado en la regulación emocional y en el dolor social, así como la corteza prefrontal medial, asociada con la autorreflexión, el monitoreo del self y la regulación del afecto (O'Connor, 2020; Gündel et al., 2003). Estas regiones forman parte de una red neural que participa tanto en la experiencia emocional directa como en la elaboración simbólica y narrativa del duelo. La corteza orbitofrontal y el hipocampo también cumplen un rol importante al integrar recuerdos afectivos y permitir la continuidad del self a través del tiempo (Frey, 2019). El duelo, por lo tanto, no sólo es vivido psicológicamente: se encarna en el cerebro, moldeando la forma en que la persona piensa, recuerda y siente.

Esta dimensión neurobiológica del duelo permite establecer un paralelismo con los efectos de la lesión cerebral adquirida (LCA). Las funciones comúnmente alteradas en la LCA —memoria autobiográfica, autorregulación emocional, conciencia del self— coinciden con muchas de las redes involucradas en la elaboración del duelo. Desde esta perspectiva, la LCA no solo representa una

pérdida funcional, sino que puede interrumpir o distorsionar los procesos cerebrales necesarios para transitar el duelo por lo perdido, incluida la propia identidad. Este solapamiento entre daño neurológico y experiencia de pérdida podría explicar, en parte, la frecuencia de duelos patológicos o cronificados en personas con LCA (Ownsworth & Haslam, 2016).

En este sentido, la investigación neuropsicológica ha mostrado que las alteraciones en la autoconciencia y el autoconcepto tras una lesión cerebral generan reacciones de duelo particularmente complejas. Carroll y Coetzer (2011) encontraron que las personas con traumatismo craneoencefálico experimentan una marcada discrepancia entre su self previo y su self actual, acompañada de sentimientos de pérdida, tristeza y reducción de la autoestima. Este “duelo del yo” se asocia con síntomas depresivos y con dificultades para mantener una narrativa coherente de la identidad. De modo complementario, Mac Conaill et al. (2025) describen, en pacientes con LCA, la vivencia persistente de “faltar a sí mismos”, expresión que da cuenta de la desorganización subjetiva producida por la lesión y de la dificultad para integrar el cambio identitario. Tales experiencias confirman que el duelo tras una LCA trasciende la pérdida funcional: compromete la organización narrativa del self y su sentido de continuidad temporal.

Por otra parte, Prigatano y Sherer (2020) señalan que la autoconciencia deteriorada (*impaired self-awareness*) y los mecanismos de negación que suelen acompañar las fases post-agudas del daño cerebral interfieren directamente en la elaboración del duelo. Cuando el sujeto no reconoce plenamente la magnitud de su pérdida, se dificulta el proceso simbólico de asumir la transformación del self. En estos casos, el duelo no se reprime ni se evita de manera defensiva: queda suspendido, sin poder representarse. Desde una mirada neuropsicológica y clínica, estas limitaciones en la autoconciencia podrían explicar la tendencia a duelos incompletos o prolongados en personas con LCA, donde el sufrimiento permanece sin palabras y el yo, escindido entre lo que fue y lo que ya no puede ser.

Comprender el duelo desde una mirada neuropsicológica permite abordar con mayor profundidad las consecuencias subjetivas de la lesión, integrando niveles funcionales y experienciales del sufrimiento. Lejos de reducir el duelo a una respuesta emocional, esta perspectiva lo posiciona como un fenómeno complejo en el que interactúan sistemas neuronales, vínculos afectivos e historia de vida.

Además de los estudios neurofuncionales sobre redes cerebrales implicadas en el duelo, el neuropsicoanálisis aporta una lectura clínica que permite observar cómo ciertas lesiones neurológicas afectan no solo funciones cognitivas, sino también la capacidad de elaborar simbólicamente la pérdida. Kaplan-Solms y Solms (2005) presentan múltiples casos clínicos en los que pacientes con lesiones en áreas específicas del hemisferio derecho —notablemente en regiones perisilvianas y parietales posteriores— desarrollan un "fallo del proceso de duelo" (failure of mourning). Este tipo de fracaso en la elaboración no se vincula directamente con la negación de la pérdida, sino con la imposibilidad de representarla psíquicamente, de hacerla parte de una narrativa personal coherente. Como afirman los autores respecto a los casos más extremos: “el paciente no niega la pérdida, sino que no parece afectado por ella; simplemente no la experimenta como significativa” (Kaplan-Solms & Solms, 2005, p. 155) (p.168).

Este fenómeno se vincula profundamente con el concepto de self autobiográfico propuesto por Damasio (1999), dado que las zonas afectadas son claves para sostener tanto la memoria autobiográfica como la capacidad de integrar emocionalmente los eventos vitales. La lesión impide no sólo la evocación de recuerdos personales, sino también el registro afectivo de la pérdida, condición indispensable para transitar un duelo normal. En ese sentido, el duelo patológico tras una LCA no siempre surge de mecanismos defensivos, sino que puede deberse a una incapacidad estructural para simbolizar la pérdida del self anterior.

## **El Self: definiciones, niveles y transformaciones**

El concepto de “Self” posee diversas traducciones como por ejemplo: sí mismo, uno mismo, ser, persona, etc. Sin embargo, se ha preferido conservar el vocablo inglés “self”. Los diccionarios lo definen como adjetivo y sustantivo que alude a esencia o individualidad. Además es un prefijo traducible por “auto”, como en self-esteem (autoestima), self-containment (auto-contención), etc (Álvarez, 2014).

Es importante realizar una importante aclaración, “Yo” y “Self” no son lo mismo. Es esencial, revisar el concepto de Yo, para poder definir el Self ya que si bien ambos se relacionan, teóricamente se diferencian (Álvarez, 2014).

Freud (1923) en *El Yo y el Ello* plantea que el aparato psíquico se divide en: Ello, Yo y Superyó. El Yo es la instancia psíquica que vigila sus propios procesos, que ejerce la censura onírica y también del Yo parten las represiones. Menciona que el Yo es una parte del Ello modificada por la influencia del mundo exterior, transmitido por el P-Cc (sistema percepción consciente). El Yo se esfuerza en transmitir al Ello dicha influencia del mundo exterior y aspira a sustituir el principio del placer, que reina sin restricciones en el Ello, por el principio de la realidad. El Yo representa lo que la razón o la reflexión, opuestamente al Ello, que contiene las pasiones. En pocas palabras, el Ello contiene pulsiones y deseos, el Superyó representa valores morales, y el Yo actúa como mediador entre ambos.

Por otra parte, Kohut (citado en Michaca, 1987) elaboró un nuevo modelo teórico en el que enfatiza el self y el narcisismo, creando así una nueva clasificación de las perturbaciones mentales. Kohut señala que la libido narcisista (aquella que carga al self) y la libido objetal (aquella que carga a los objetos) poseen un desarrollo independiente; supuso que el narcisismo sufre una evolución paralela

e independiente de la libido objetal. El resultado del desarrollo pulsional es la estructura de la mente en el Ello, Yo y Superyó, y el del desarrollo del narcisismo es el self (Álvarez, 2014).

El término Self es utilizado con frecuencia no sólo para referirse a “sí mismo”, sino también como prefijo “auto-”, como por ejemplo, en “autoimagen”. Es por esto que la autoimagen según Rosenberg (1973) es la representación que una persona tiene de sí misma, como si se observara desde afuera: cómo se describe, cómo se juzga, y qué siente respecto a su propio ser. No es estática: cambia con la experiencia, el contexto social y las expectativas culturales. “El yo es a la vez el observador y el observado, el juez y el juzgado” (p. 11).

Según Spagnolo y Northoff (2022), Damasio va a identificar tres niveles de conciencia: el proto-Self, el Self nuclear y el Self autobiográfico. Definiendo así el proto-Self como un estado de conciencia aún no consciente, el Self nuclear como el primer nivel de conciencia consciente y coincide con el conocimiento de sentir esa emoción y al Self autobiográfico, o conciencia extendida, como la capacidad de la persona para hacer un seguimiento de su propia historia. El Self autobiográfico se fundamenta en la memoria autobiográfica, que está compuesta por recuerdos implícitos de muchas experiencias individuales del pasado y del futuro esperado/imaginado.

Damasio (1999) en su libro *Sentir lo que Sucede*, menciona que la madurez personal implica que las visiones que imaginamos para el futuro influyan en nuestro yo autobiográfico en cada momento. Los escenarios futuros que valoramos como anhelos, metas, propósitos

y promesas impactan directamente en el self momentáneo. Indudablemente, también ayudan a la modificación, ya sea consciente o inconscientemente, de las vivencias que hemos tenido, y a la creación de la identidad que sentimos que poseemos en todo momento. (p. 248)

En este caso la identidad y el ser persona, son las dos nociones que de inmediato surgen en la mente cuando pensamos en la palabra self. Las cuales requieren memoria autobiográfica y su actualización en el self autobiográfico. (...) Lo que solemos describir como "personalidad", depende de contribuciones plurales. (p. 244)

A su vez, Henry Ey (1978) propone una concepción organodinámica del psiquismo que permite integrar la base neurológica y la vivencia subjetiva dentro de un mismo marco clínico. Desde esta perspectiva, el self no es una entidad fija, sino una organización funcional y dinámica que puede desestructurarse ante una lesión cerebral. Ey destaca que el psiquismo debe entenderse como un sistema que responde a procesos evolutivos, en donde la alteración de ciertos niveles –desde el biológico al simbólico– puede desorganizar la unidad psíquica del sujeto. En el caso de la LCA, esta visión resulta especialmente fecunda, ya que permite pensar cómo una alteración estructural puede desencadenar una pérdida de coherencia del self, con efectos tanto en la capacidad de simbolización como en la relación consigo mismo. Tal mirada se articula con enfoques contemporáneos que abordan el self como una construcción dinámica que requiere integridad funcional y narrativa para sostenerse.

En resumen, el concepto de Self es complejo y multidimensional, abarcando tanto aspectos psicológicos como filosóficos y neurocientíficos. Su diferencia con el "Yo" radica en su capacidad de integrar experiencias, emociones, recuerdos y proyecciones futuras, constituyendo así una noción más amplia del ser. Desde Freud hasta autores contemporáneos como Damasio, se evidencia una evolución en la comprensión del Self: desde su relación con las estructuras psíquicas tradicionales hasta su papel central en la construcción de la identidad y la conciencia. En esta misma línea, la

propuesta de Henry Ey (1978) refuerza la idea de un self dinámico y frágil, cuya desorganización puede surgir ante lesiones cerebrales que comprometen tanto su soporte biológico como su coherencia narrativa.

Comprendido desde esta complejidad, el Self se convierte en un eje central en los procesos psicológicos implicados en situaciones críticas como las lesiones cerebrales adquiridas (LCA). La LCA no afecta únicamente funciones cognitivas o capacidades motoras; su alcance penetra en la estructura más íntima del sujeto: su identidad, sus vínculos y su narrativa personal. Como destacan Grégoire, Azouvi y Le Gall (2004), muchas personas con daño cerebral experimentan una transformación profunda en su identidad, afectando su memoria autobiográfica, sus roles sociales y su sentido de unidad personal. Esta experiencia puede entenderse como una forma específica de duelo subjetivo, que excede la pérdida funcional y se inscribe en la pérdida del self previo. En este sentido, el trabajo clínico no puede limitarse a la rehabilitación de funciones, sino que debe apuntar a acompañar la reconstrucción simbólica y narrativa del self, promoviendo la continuidad subjetiva allí donde la fractura parece definitiva.

### **Reconstrucción del self y sentido vital: aportes psicoterapéuticos en la LCA**

Salas (2008) plantea que si bien al inicio del tratamiento es importante atender síntomas emocionales reactivos a la lesión cerebral, el objetivo principal debe ser facilitar que el paciente se comprometa activamente con el logro de metas significativas. Solo entonces es posible avanzar hacia la reconstrucción de sus vínculos y su identidad.

Un error frecuente en psicoterapia consiste en priorizar exclusivamente la ansiedad o la depresión desde el comienzo, sin respetar el ritmo emocional ni las prioridades del paciente, lo que puede afectar negativamente la alianza terapéutica. De igual modo, un enfoque centrado solo en lo



cognitivo, sin considerar aspectos emocionales o de personalidad, suele fracasar en contener las ansiedades profundas y en promover una adaptación emocional efectiva (Prigatano, 1991).

En este punto resulta útil el modelo clínico propuesto por Hugo Bleichmar (1997), basado en la articulación entre diferentes sistemas motivacionales (afiliativos, narcisistas, reguladores de seguridad, entre otros), cuyo desequilibrio puede originar sufrimientos específicos. En el marco de una LCA, esta perspectiva permite comprender cómo la pérdida de capacidades afecta con particular intensidad al sistema narcisista (sentido de competencia, autoestima) o al afiliativo (sentido de pertenencia), afectando el núcleo mismo del self. Lejos de una psicoterapia centrada exclusivamente en el síntoma, Bleichmar plantea la necesidad de promover transformaciones psíquicas que permitan al sujeto construir nuevas formas de investidura, significado y continuidad. En sus palabras, “se trata de construir un nuevo sentido de sí mismo que permita vivir más allá de la pérdida” (Bleichmar, 1997, p. 64), lo cual se alinea con enfoques contemporáneos de rehabilitación neuropsicológica centrados en la narrativa, el vínculo y el proyecto vital (Ownsworth & Gracey, 2009; Salas, 2008).

En el abordaje psicoterapéutico de pacientes con LCA, se destacan algunos principios clave:

a) Es esencial reconocer tanto la generalidad del cuadro neurológico como la singularidad de cada paciente, evitando reducciones diagnósticas que ignoren la historia vital y los rasgos individuales (Miller, 1993).

b) La terapia debe tener un enfoque ecléctico, que combine rehabilitación cognitiva, estrategias ambientales e intervenciones conductuales, cognitivas y psicodinámicas (Freed, 2002).

c) El trabajo debe iniciar en el área de menor resistencia (cognitiva, emocional o conductual), para favorecer la sensación de control y reforzar la alianza terapéutica (Freed, 2002).

d) Resulta fundamental ayudar al paciente a comprender cognitivamente y elaborar emocionalmente lo que le sucede, construyendo un modelo explicativo sobre su lesión y sus efectos.

Para ello, deben emplearse estrategias adaptadas a sus capacidades y nivel de disponibilidad emocional, como el uso de esquemas, repeticiones o materiales escritos (Freed, 2002).

Además de los aspectos ya señalados, se ha evidenciado que la psicoterapia en personas con lesión cerebral adquirida (LCA) requiere una comprensión amplia del impacto que esta condición tiene en la identidad, las relaciones interpersonales y el proyecto vital del paciente. Como señalan Ownsworth y Gracey (2009), el proceso de reconstrucción de sí mismo tras una LCA es complejo y multifacético, implicando tanto una reelaboración de la autobiografía como una adaptación a las nuevas limitaciones funcionales. Este enfoque terapéutico se alinea con las propuestas de Salas (2008), en cuanto a que el objetivo no debe centrarse únicamente en la remediación de déficits, sino en la promoción de una vida con sentido, con metas personales que se conecten con la historia previa del paciente.

Desde una mirada relacional, Powell (2004) enfatiza la importancia de involucrar a la familia y al entorno cercano en el proceso terapéutico, considerando que muchas de las dificultades emocionales y conductuales post-lesión emergen en el contexto de vínculos significativos. La intervención, por tanto, debe tener en cuenta no solo al paciente, sino también a su sistema de apoyo, integrando psicoeducación, espacios de validación emocional y orientación para el ajuste a los cambios.

Asimismo, se ha observado que los terapeutas deben desarrollar una actitud clínica flexible, sensible a los cambios neurocognitivos y a las alteraciones en la autopercepción. En este sentido, Ben-Yishay y Diller (1993) propusieron un modelo holístico de rehabilitación neuropsicológica que incluye componentes psicoterapéuticos, grupales y de reinserción social, mostrando resultados positivos en términos de adherencia y recuperación funcional.

La reconstrucción del self tras una LCA no puede reducirse a la restauración de funciones cognitivas o conductas adaptativas, aunque estas constituyen un componente esencial del proceso rehabilitador. Como señala Vales (2019), el trabajo sobre la atención, la memoria y las funciones

ejecutivas resulta indispensable para restablecer la autonomía y facilitar la reinserción social; sin embargo, por sí solo no garantiza la reconstrucción identitaria ni la elaboración emocional de la pérdida. Implica, por tanto, una tarea más profunda: la de reinscribir al sujeto en una narrativa con sentido, que permita elaborar la pérdida, redefinir vínculos y proyectar una vida posible. En esta línea, tanto Bleichmar (1997) como Ownsworth y Gracey (2009) proponen, facilitar condiciones clínicas que posibiliten una transformación subjetiva, donde el self no se reconstruye como réplica del anterior, sino como una nueva configuración vital, coherente con la historia, el deseo y las limitaciones presentes. La psicoterapia, en este marco, se convierte en un espacio donde se integran las dimensiones funcionales y simbólicas de la recuperación: un lugar para tramitar el duelo por el self perdido y, al mismo tiempo, gestar un self narrativo capaz de sostener la continuidad y el sentido en la experiencia vivida.

### **Clínica del Self tras una LCA**

Comprender la clínica del self en personas con lesión cerebral adquirida (LCA) supone avanzar desde la comprensión teórica hacia la práctica terapéutica concreta. Si en el apartado anterior se abordó la reconstrucción del self como un proceso psicoterapéutico de transformación, aquí se profundiza en sus implicancias clínicas y éticas. Ownsworth y Haslam (2016) plantean que este “self reconstruido” no implica retornar a un estado previo, sino construir una identidad integrada que resignifique la experiencia de pérdida. Cuando este proceso se interrumpe, puede aparecer un duelo patológico en el que la identidad queda fijada en el ideal del yo anterior, generando sufrimiento crónico y desadaptación (Kleinman, 1988).

En este contexto, la psicoterapia adquiere un valor esencial como espacio de elaboración narrativa y vincular, donde el sujeto puede simbolizar sus pérdidas y reinscribirse en una historia

posible. Salas (2008) subraya que no se trata solo de rehabilitar funciones, sino de acompañar la reconstrucción de los vínculos internos y externos que sostienen la identidad.

Desde una mirada neuropsicoanalítica, Kaplan-Solms y Solms (2005) muestran cómo el daño cerebral puede provocar una ruptura en el vínculo entre afecto y representación, generando formas de sufrimiento psíquico que no siempre se expresan conductualmente. Este quiebre evidencia que la reconstrucción del self requiere un trabajo conjunto: neuropsicológico, narrativo y ético, que permita restaurar la conexión entre emoción, conciencia y significado.

A su vez, Kleinman (1988) advierte que el sufrimiento se cronifica cuando no puede ser narrado, cuando la experiencia pierde su marco simbólico y deja de ser compartible. Esta idea resulta especialmente pertinente para la clínica del self tras una LCA, donde la lesión no sólo afecta las funciones cognitivas, sino también la capacidad de elaborar narrativamente el daño y reintegrarlo al propio relato vital. La psicoterapia, en este sentido, se convierte en un espacio de cuidado y reconstrucción simbólica, donde el terapeuta actúa como testigo y coautor de una historia que se vuelve a escribir desde la fragilidad.

Asimismo, dentro de los abordajes contemporáneos orientados a la rehabilitación emocional y cognitiva tras una lesión cerebral, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado eficacia como complemento clínico en la reconstrucción del self. En un estudio de caso, Martínez-González et al. (2013) implementaron un programa integral que combinó estrategias cognitivo-conductuales con intervenciones familiares y técnicas de psicoeducación, observándose mejoras en la impulsividad, la toma de decisiones y la regulación emocional. El plan incluyó procedimientos de relajación de Jacobson, respiración abdominal, autoinstrucciones (“Stop”) y autocontrol cognitivo-conductual, junto al uso de video-feedback y biofeedback, lo que favoreció una mayor adaptación emocional y reducción de conflictos familiares (pp. 90, 93, 98–100). De modo convergente, Alberdi Odriozola et

al. (2009) señalan que las estrategias de rehabilitación cognitiva y conductual contribuyen significativamente a la recuperación funcional y psicosocial, reforzando la importancia de integrar la TCC dentro de los programas de neurorrehabilitación interdisciplinaria (p. 179). Estos hallazgos evidencian que la TCC, adecuadamente adaptada a los déficits cognitivos y emocionales propios de la LCA, puede favorecer la autorregulación afectiva y la reconstrucción del sentido de agencia del sujeto.

Comprender esta intersección entre biología, subjetividad y simbolización —como han señalado autores como Bleichmar (1997), Ownsworth y Gracey (2009), Salas (2008) y Kleinman (1988)— invita a una práctica clínica más humana, en la que la rehabilitación se conciba no solo como recuperación funcional, sino también como posibilidad de reencuentro con un sentido vital. La clínica del self tras una LCA implica entonces acompañar la complejidad de un proceso en el que el sujeto busca volver a sentirse alguien posible, aun cuando las condiciones de su existencia hayan cambiado de manera irreversible.

Así, la clínica del self tras una LCA no se limita a la recuperación funcional, sino que se constituye como un proceso de rehumanización. En ese espacio de encuentro —entre el daño y la palabra, entre la pérdida y el sentido— el terapeuta acompaña al sujeto en la tarea de reconstruirse, no como réplica del pasado, sino como posibilidad de ser en el presente. Sin embargo, para comprender plenamente este proceso terapéutico resulta necesario considerar que la lesión no solo produce pérdidas, sino que también puede afectar los recursos psicológicos que permiten elaborarlos.

Un aspecto central para comprender el duelo en la lesión cerebral adquirida es que la pérdida no ocurre únicamente en el plano subjetivo, sino también en los recursos psicológicos que permiten elaborar esa pérdida. Como señalan Prigatano (1991) y Kaplan-Solms y Solms (2005), la lesión puede afectar funciones esenciales para sostener el trabajo de duelo, tales como la

autoconciencia emocional, la coherencia narrativa o la capacidad de integrar cambios dentro de la identidad personal. Cuando estas funciones están alteradas, el sujeto no solo enfrenta lo perdido, sino también la dificultad para representarlo, nombrarlo y otorgarle sentido. Esto explica por qué el duelo en la LCA puede quedar suspendido, fragmentado o desplazado hacia síntomas conductuales o afectivos, más que expresarse de manera simbólica o reflexiva. Comprender este doble nivel de afectación —la pérdida en sí y la pérdida de las capacidades para procesarla— permite situar al paciente dentro de un modelo clínico más amplio, en el que el daño neurológico y la subjetividad lesionada convergen en un mismo desafío terapéutico.

## Conclusiones

Comprender el duelo en la lesión cerebral adquirida exige ir más allá de la descripción de síntomas o secuelas. Este trabajo permitió reconocer que la pérdida y la posibilidad de elaborarla se ven simultáneamente alteradas, configurando un escenario clínico y subjetivo de enorme complejidad. La literatura revisada evidencia que el duelo forma parte de un proceso más amplio de reconfiguración identitaria, donde el self previo queda puesto en tensión con la nueva realidad corporal, cognitiva, afectiva y relacional. Esta tensión —entre continuidad y ruptura, entre lo que permanece y lo que se pierde— es el eje que articula las experiencias de sufrimiento subjetivo descritas en la bibliografía psicoanalítica, neuropsicológica y neurocientífica.

Uno de los hallazgos centrales del trabajo es la convergencia de dos niveles de afectación que se superponen en la LCA. Por un lado, la persona enfrenta pérdidas reales y simbólicas vinculadas a capacidades, roles, vínculos y formas de estar en el mundo. Pero, por otro lado, la lesión puede comprometer funciones psicológicas esenciales para elaborar dichas pérdidas: la autoconciencia emocional, la coherencia narrativa, la regulación afectiva y la capacidad de integrar los cambios dentro de la identidad personal. Esta doble afectación complejiza la elaboración del duelo y explica la presencia de manifestaciones clínicas diversas —desde un empobrecimiento de la expresión emocional hasta estados de desánimo, irritabilidad o dificultades para comprender e integrar los cambios— que no responden a modelos tradicionales del duelo ni a abordajes exclusivamente neuropsicológicos.

La revisión teórica también permitió advertir los límites y aportes de cada enfoque. La perspectiva psicoanalítica ilumina la dimensión simbólica del dolor, el papel de las identificaciones y la desorganización del yo ante pérdidas profundas; mientras que los modelos neuropsicológicos aportan claridad sobre las alteraciones en la autoconciencia, los procesos afectivos y las dificultades

cognitivas que modulan la experiencia subjetiva. Sin embargo, abordados de manera aislada, ambos enfoques resultan insuficientes para dar cuenta de la complejidad del self lesionado. Es en la complementariedad —y no en la oposición— donde adquiere sentido una comprensión más amplia de la LCA como experiencia de duelo, en la que el psiquismo y el cerebro, el vínculo y la función, lo simbólico y lo operativo, se entrelazan en un mismo fenómeno clínico.

Este análisis integrador también tiene implicancias para la práctica terapéutica. La clínica con personas que atraviesan una LCA exige comprender que la reconstrucción del self no depende solo de tomar conciencia de lo ocurrido, sino de un acompañamiento que integre lo emocional, las posibilidades cognitivas actuales y la búsqueda de un nuevo sentido para la propia vida. El acompañamiento clínico se vuelve entonces un espacio donde la persona puede recuperar cierta continuidad en el relato de sí, regular afectos intensos, reconocer las nuevas posibilidades del presente y construir una forma de existencia que no niegue la pérdida, pero tampoco quede fijada a ella. La alianza terapéutica —como sostén emocional, narrativo y vincular— emerge en este contexto como un componente central para favorecer la reorganización del self.

Finalmente, este recorrido deja una reflexión que trasciende lo académico y se inscribe en el plano ético-clínico. Acompañar a alguien que ha perdido una parte de sí mismo implica aceptar la fragilidad como parte constitutiva del trabajo terapéutico. La tarea no consiste únicamente en rehabilitar funciones o aliviar síntomas, sino en sostener la discontinuidad, alojar la incertidumbre y ofrecer un espacio donde el dolor pueda ser expresado y donde la identidad pueda ir encontrando una forma posible de continuidad. En este sentido, el trabajo clínico no busca restaurar una versión anterior del sujeto, sino abrir un camino hacia una forma de ser que pueda habitar el presente con dignidad. Reconocer esta fragilidad —sin evadirla ni romantizarla— constituye quizás una de las formas más profundas y genuinas de presencia terapéutica.



## Referencias Bibliográficas

- Alberdi Odriozola, Fermín, Iriarte Ibararán, Marta, Mendía Gorostidi, Ángel, Murgialdai, Arantza, & Marco Garde, Pilar. (2009). Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. *Medicina Intensiva*, 33(4), 171-181. Recuperado en 23 de octubre de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000400004&lng=es&tlng=es).
- Allouch, J. (2011). *Erótica del duelo en tiempos de muerte seca*. Buenos Aires, Argentina: El cuenca del plata.
- Baker, J.E., (2001). El duelo y la transformación de las relaciones de objeto. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. (s.f.). Aperturas.org. Recuperado el 9 de Julio de 2025, de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000285>
- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (1993). Cognitive remediation in traumatic brain injury: Update and issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(2), 204–213.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In *Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study*, ed. P. Greenacre. New York: Int. Univ. Press.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Harvard University Press.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Nuevas aplicaciones del enfoque modular-transformacional*. Buenos Aires: Paidós.

Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic therapy.

Int. J. Psychoanal., 77:935-961.

Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos.

Aperturas Psicoanalíticas, (36). Recuperado el 12 de julio de 2025 de

<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000647>

Cabodevilla, I.. (2007). Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(Supl. 3),

163-176. Recuperado en 18 de mayo de 2025, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-)

[66272007000600012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es)

Carroll, E., & Coetzer, R. (2011). *Identity, grief and self-awareness after traumatic brain injury.*

*Neuropsychological Rehabilitation*, 21(3), 289–305.

<https://doi.org/10.1080/09602011.2011.555972>

Damasio, A. (1999). Sentir lo que sucede. Cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia. 1era Ed.

Santiago: Andrés Bello.

Díaz-Lucas, A., Díez-Vallejo, J., García-Navarro, E., Garrido-Elustondo, S., & Sánchez-Sánchez, B. (2022).

Epidemiology of acquired brain injury: A systematic review. *Biomedicines*, 10(9), 2167.

[Comprender la lesión cerebral adquirida: una revisión](#)

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). Tratado de psiquiatría (8.ª ed. cast.). Masson.

- Freed P. (2002) Meeting of the minds: Ego reintegration after traumatic brain injury. Bulletin of the Menninger Clinic ; 66 (1): 61-78.
- Freud, S. (1915/1917). Duelo y melancolía, en Obras Completas, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2017
- Freud, S. (1923/). El Yo y el Ello. En Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 19). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Frey, S. H. (2019). Neural bases of grief and bereavement: A review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1227.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico Y Tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.
- Gil Orejudo, Emma. (2014, noviembre 20) Familia y Daño Cerebral. Un proceso de DUELO. RhbNeuromad. [https://rhnneuromad.com/2014/11/20/familia-y-dano-cerebral-un-proceso-de-duelo/?utm\\_source](https://rhnneuromad.com/2014/11/20/familia-y-dano-cerebral-un-proceso-de-duelo/?utm_source)
- Goldman, L., Siddiqui, E. M., Khan, A., Jahan, S., Rehman, M. U., Mehan, S., Sharma, R., Budkin, S., Kumar, S. N., Sahu, A., Kumar, M., y Vaibhav, K. (2022). Comprender la lesión cerebral adquirida: una revisión. *Biomedicinas*, 10(9), 2167. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10092167>
- Gómez Pastor, Inmaculada. (2008). El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 237-244. Recuperado en 27 de

noviembre de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592008000300002&lng=es&tling=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300002&lng=es&tling=es).

González, Agustín Ernesto Martínez, Lozano, María Dolores Jiménez, González, Ángeles Gilar, Gil, María Dolores Jiménez, Crespo, Francisco de Asís Pérez, & Piqueras, José Antonio. (2013).

Intervención integral en un caso de daño cerebral pasados cuatro años sin tratamiento.

Cuadernos de neuropsicología, 7(1), 87-103. <https://doi.org/10.7714/cnps/7.1.205>

Gündel, H., O'Connor, M. F., Littrell, L., Fort, C., & Lane, R. D. (2003). Functional neuroanatomy of grief:

An fMRI study. The American Journal of Psychiatry, 160(11), 1946–1953.

Grégoire, C., Azouvi, P., & Le Gall, D. (2004). Subjective experience of identity change after traumatic brain injury. Brain Injury, 18(12), 1091–1104.

Grinberg, L. (1992). Guilt and Depression. London: Karnac.

Haynal, A. (1977). Le sens du désespoir, Rapport XXXVI Congrès de Psychanalystes de Langues Romanes. Revue Française de Psychanalyse, 41:5-186.

Horowitz, M. J. (1990) A model of mourning: Change in schemas of self and other. Journal of the American Psychoanalytic Association, 38, 297-324.

Intendencia de Montevideo. (2023, octubre 31). Día Mundial de Prevención del Ataque

Cerebrovascular (ACV). [https://montevideo.gub.uy/noticias/salud-y-alimentacion/dia-mundial-de-prevencion-del-ataque-cerebro-vascular-acv?utm\\_source](https://montevideo.gub.uy/noticias/salud-y-alimentacion/dia-mundial-de-prevencion-del-ataque-cerebro-vascular-acv?utm_source)

Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2005). Estudios clínicos en neuropsicoanálisis: Introducción a la neuropsicología profunda.

Kübler-Ross, E. (1994). Sobre la muerte y los moribundos (B. Marqués, Trad.). Ediciones Grijalbo.  
(Trabajo original publicado en 1969)

Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. Basic Books.

López de Arróyabe Castillo, Elena, & Calvete Zumalde, Esther. (2013). Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. Clínica y Salud, 24(1), 27-35.  
<https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a4>

Los duelos según Freud. (s/f). Uba.ar. Recuperado el 18 de mayo de 2025, de  
[http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=927:los-duelos-segun-freud&Itemid=27](http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=927:los-duelos-segun-freud&Itemid=27)

Mac Conaill, S., McGrath, A. y Fortune, D. G. (2024). Experiencias de pérdida y duelo en adultos con lesión cerebral adquirida (ITB): una revisión sistemática y metasíntesis de estudios cualitativos. Rehabilitación neuropsicológica, 35(7), 1477–1504.  
<https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2413898>

Mac Conaill, S., O'Keeffe, F., Carton, S. y Fortune, D. G. (2025). "Sentí que me extrañaba a mí": experiencias a largo plazo de pérdida intrapersonal, duelo y cambio en adultos con una lesión cerebral adquirida. Rehabilitación neuropsicológica, 35(9), 1759–1781.  
<https://doi.org/10.1080/09602011.2025.2452618>

- Millán-González, Ricardo, & Solano-Medina, Nicolás. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388. Recuperado el 18 de mayo de 2025, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000200011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200011&lng=en&tlng=es)
- Miller L. (1993) *Psychotherapy of the Brain-Injured patient*. New York: W.W. Norton & Company.
- Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.
- Nehra, A., Bajpai, S., Sinha, S., & Khandelwal, S. (2014). Holistic neuropsychological rehabilitation: grief management in traumatic brain injury. *Annals of Neurosciences*, 21(3), 118–122.  
<https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.210310>
- O'Connor, M. F. (2020). Grief: A brief history of research on how body, mind, and brain adapt. *Psychosomatic Medicine*, 82(6), 514–523.
- Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 8(1), Artículo 15. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
- Ownsworth, T., & Gracey, F. (2009). Cognitive and psychosocial rehabilitation for individuals with acquired brain injury: A goal-oriented approach. In J. Ponsford, S. Sloan, & P. Snow (Eds.), *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation for Everyday Adaptive Living* (pp. 273–293). Psychology Press.

- Owensworth, T., & Haslam, S. A. (2016). Impact of rehabilitation on self-concept following traumatic brain injury: An interpretative phenomenological analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 26(5-6), 653–677.
- Prigatano, G. P. (1991). Disordered mind, wounded soul: The emerging role of psychotherapy in rehabilitation after brain injury. *Journal of Head and Trauma Rehabilitation*; 6 (4): 1-10.
- Prigatano, G. P., & Sherer, M. (2020). Impaired self-awareness and denial during the postacute phases after moderate to severe traumatic brain injury. *Frontiers in Psychology*, 11, 1569.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01569>
- Powell, T. (2004). *The brain injury workbook: Exercises for cognitive rehabilitation*. Speechmark Publishing.
- Renik, O. (1990). Comments on the clinical analysis of anxiety and depressive affect. *Psychoanal. Q.*, 59:226-248.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad* (Primera edición). Buenos Aires: Paidós.
- Salas, C. (2008b). Psychotherapy and therapeutic interventions in survivors of acquired brain injury. *Chilean Journal of Neuropsychology*, 46 (4), 293–300. Recuperada el 14 de Julio de 2025, de <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v46n4/art07.pdf>
- Spagnolo, R.; Northoff, G. (2022). *The Dynamic Self in Psychoanalysis. Neuroscientific Foundations and Clinical Cases*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Stone, L. (1986). Psychoanalytic observations on the pathology of depressive illness: selected spheres of ambiguity or disagreement. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34:329-362.

Vales, L. (2020). Neuropsicoanálisis: el “nuevo paso”, diálogo fructífero entre el psicoanálisis y las neurociencias. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1).

Vales, L., (2019). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Ejemplo de un plan de rehabilitación neuropsicológica. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(3), 63-79.

Worden, J. W. (2009). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia (G. S. Barberán, Trad.; 4.ª ed. rev. y amp.). Paidós.