



Facultad de Humanidades

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Estudio de caso: Depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto

(Sistematización de la práctica profesional dirigida)

María Isabel Vargas Arriaza

Campus Naranjo, octubre 2020

Estudio de caso: Depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

María Isabel Vargas Arriaza

Lcda. Ruth de Mayen (Asesora)

Lcda. Iris Eunice Sabaján de C. (Revisora)

Campus Naranjo, octubre 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

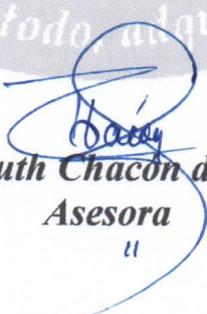
Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, abril 2020.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Estudio de caso: Depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto”**. Presentada por la estudiante: **María Isabel Vargas Arriaza** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lcda. Ruth Chacón de Mayen
Asesora

“

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre de 2020.

*En virtud de que la presente Sistematización de la práctica profesional dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto”**. Presentada por la estudiante: **María Isabel Vargas Arriaza**, previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



Lcda. Iris Eunice Sabaján Avila de C.
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre 2020. -----

En virtud que el presente informe de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "**Estudio de caso: Depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto**", presentado por el (la) estudiante: **María Isabel Vargas Arriaza** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



 1779

 upana.edu.gt

 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco Referencial	
1. Antecedentes	1
1.1 Descripción	1
1.2 Ubicación	2
1.3 Organización	2
1.4 Programas establecidos	3
1.5 Visión	4
1.6 Misión	4
1.7 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2 Marco Teórico	
2. Definición de duelo	6
2.1 Etapas del duelo	7
2.2 Tiempo y dimensión del duelo	11
2.3 Los tipos de duelo	16
2.4 Creencias acerca del duelo	17
2.5 Creencias religiosas en la cultura del duelo	18
2.6 Autoestima	20
2.7 Los componentes de la autoestima	21
2.8 Autoconcepto	22
2.9 Autoconocimiento	24
2.10 Autorespeto	24

2.11 Autocontrol	25
2.12 Las emociones	25

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1. Planteamiento del problema	28
3.2. Pregunta de investigación	29
3.3. Objetivo	29
3.3.1 Objetivo general	29
3.3.2 Objetivos específicos	29
3.5 Alcances	29
3.6 Límites	30
3.7 Metodología	30

Capítulo 4 Presentación de resultados

4.1. Sistematización	31
4.1.2 Motivo de consulta	31
4.1.3 Historia del problema actual	31
4.1.4 Estresores o factores precipitantes	32
4.1.5 Historia familiar	33
4.1.6 Estructura familiar	34
4.1.7 Examen del estado mental	34
4.1.8 Resultados de las pruebas	34
4.1.9 Impresión diagnóstica	37
4.1.10 Evaluación según DSM 5	38
4.1.11 Recomendaciones	38
4.1.12 Plan terapéutico	38
4.2 Análisis de resultados	40

Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Bibliografía	43
Anexos	45

Lista de Figuras

Figura 1 Organigrama	3
Figura 2 Genograma familiar	33

Lista de tablas

Tabla 1 Pruebas aplicadas	34
Tabla 2 Resultados cuantitativos y cualitativos	36
Tabla 3 Presentación de plan terapéutico	39

Resumen

Universidad Panamericana asiste a diferentes sectores de la sociedad, por medio de los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social brindado acompañamiento profesional para que lleven a cabo la aplicación de los conocimientos teóricos recibidos durante el transcurso de la carrera. La presente investigación es realizada en el Centro de Atención Social (CAS) con un caso real, donde acude una joven mujer quien se acerca buscando apoyo emocional. El estudio de caso inició el día 15 de julio del año 2019, donde fue evaluada en diferentes áreas las cuales contribuyeron a la realización del presente documento.

El capítulo uno, contiene los antecedentes y contexto del centro de práctica en donde se desarrolló el estudio de caso, siendo este el Centro de Asistencia Social (CAS), se incluye la descripción del centro, ubicación, los programas de atención que ofrece y su estructura organizacional basada en su visión y misión, estos elementos facilitan la comprensión del contexto en el cual se desarrolla el presente estudio.

En el capítulo dos, se expone el fundamento teórico relacionado con la génesis de la problemática y los objetivos planteados, los cuales han sido estructurados para conducir el presente estudio. Así mismo, se desglosan temas que soportan y avalan el presente trabajo.

En el capítulo tres, se presenta la descripción del proceso metodológico para el desarrollo del estudio de caso, compuesto por el planteamiento del problema que da origen a la investigación y la temática principal. Se presentan los objetivos generales y específicos, que contribuyen a delimitar los alcances y límites encontrados en el proceso de investigación.

Por último, en el capítulo cuatro se concluye el proceso de investigación mediante los hallazgos, se presenta la información del caso de estudio, en donde se exponen los resultados obtenidos por medio de las herramientas de investigación y que apoyan a responder la pregunta del presente estudio.

Introducción

“Cuando sucede la muerte de un ser querido, principia un proceso de aceptación de la nueva realidad a la pérdida de este. “No existe la muerte sin la vida”, es un dicotómico. Bowlby” (Pacheco, 2003, p. 27) llama la atención sobre el hecho de que: “en casi todas las sociedades se comparte la creencia de que, a pesar de la muerte física, la persona no sólo sigue viviendo, sino que además continúa su relación con los vivos, al menos durante un tiempo”. Sin embargo, este autor no da ninguna explicación de por qué esta experiencia es tan generalizada.

La muerte es universal, y la forma de morir es diferente según lo experimenta cada persona, familia y situación. Asimismo, dada la situación de muerte y siendo de un familiar cercano la población joven puede en algún momento de la vida vivir y experimentar la depresión debido a un duelo no resuelto por no contar con el acompañamiento adecuado en el momento oportuno.

En la presente investigación se dará a conocer la situación de una joven que está pasando por un proceso de duelo, cuyo duelo se volvió difícil de afrontar y asimilar. Por consiguiente, a través de la práctica, surge la necesidad de desarrollar un documento académico basado en el estudio de caso de un usuario joven que atraviesa depresión por duelo no resuelto, con el interés de aportar a la investigación psicológica.

Por otra parte, las experiencias a lo largo de la vida marcan considerablemente el comportamiento de las personas, sobre todo las vivencias durante la infancia o niñez sean estas positivas o negativas, pueden ser detonantes para promover la salud mental o bien para influir en la presencia de problemas emocionales.

Este estudio de caso se hace necesario, debido a que la paciente no estuvo consciente de la realidad que vivía en ese momento. En todas las etapas del desarrollo es fundamental contar con las condiciones óptimas para una buena salud mental, sin embargo, existe una íntima relación entre los problemas psicológicos y las experiencias pasadas, por lo que las personas expuestas a situaciones complicadas en la infancia poseen una mayor vulnerabilidad para experimentar problemas psíquicos, afectivos y sociales en las diferentes etapas de la vida.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1. Antecedentes

En el presente trabajo de sistematización se expone el estudio de caso de un usuario del sexo femenino de 20 años, quien busca ayuda psicológica en el Centro de Asistencia Social (CAS), quien acudió al proceso psicológico debido a que la progenitora falleció en febrero del 2019. La paciente se da cuenta que está sola, que necesita ayuda y que debe salir adelante. Le gusta estar sola cuando regresa de trabajar, y son pocas las veces que siente que le falta la progenitora, que descansa bien, que se despierta temprano a realizar las labores de la casa, para que al regresar del trabajo encontrar limpio. La paciente no ha convivido con el progenitor, con él solo se comunica vía celular.

Paciente tensa, y preocupada porque no se concentra en las actividades que realiza a diario en el trabajo, se fatiga con facilidad, y ha ganado peso, aunque trata de comer saludable. Paciente sin ánimo y falta de energía. A la usuaria se le ha intensificado el pensamiento de que al llegar a la casa no está la progenitora. La paciente ha evitado el duelo de la progenitora refugiándose en el trabajo. Realiza actividades que le asignan, trata de hacer bien el trabajo. Ha recibido tratamiento médico farmacológico por quistes en los ovarios.

1.1 Descripción

La implementación del Centro de Asistencia Social (CAS), surge como una proyección social, y como responsabilidad social universitaria. La Universidad Panamericana se proyecta en el entorno con el objetivo de procurar un impacto estructural. La labor del Centro de Asistencia Social (CAS), es ejecutada por los estudiantes de quinto año de la carrera de Licenciatura Clínica y Consejería Social, a través de la Práctica Profesional Supervisada en psicoterapia.

La práctica profesional supervisada se realiza en el Centro de Asistencia Social CAS, ubicado en una zona de la capital guatemalteca. El Centro de Asistencia Social fue creado con la finalidad de brindar ayuda psicológica a la población guatemalteca que lo solicite. El Centro de Asistencia Social está a cargo de una coordinadora y una auxiliar de coordinación, así como de un área de secretaría en la atención al usuario, la infraestructura cuenta con el área de ocho cubículos, en cada uno de los cuales se atiende al usuario una vez por semana, en un espacio de tiempo de 50 minutos, tiempo en el cual se le brinda acompañamiento psicoterapéutico, realizando todo el proceso de atención requerido por el centro.

1.2 Ubicación

El centro de atención social (CAS) está ubicado en 7ª. Ave. 3-71 Zona 9, Edificio Buonafina, tercer nivel.

1.3 Organización

El centro de atención CAS está conformado por Rectoría, Consejo Directivo, Decanatura Facultad de Humanidades Escuela de Ciencias Psicológicas; en atención del centro se encuentra la Coordinación de Centro de Asistencia Social (CAS) en quien recae la responsabilidad de coordinar y administrar el centro; en el área de recepción es donde se les da seguimiento a los pacientes, y se encarga del control de asistencia, cobro y asignación de usuarios para ser atendidos

Figura No.1

Organigrama del Centro Asistencial CAS



Fuente: Centro Asistencia Social CAS 2017.

1.4 Programas establecidos

Desde la fundación en el año 2015, CAS, ha atendido con profesionales de Psicología a más de 6 mil 200 adultos, 2 mil 800 adolescentes y 3 mil niños guatemaltecos. 12,000 mil pacientes guatemaltecos han recibido asistencia del centro. 7,586 casos se han concluido con éxito en los procesos terapéuticos. El centro de asistencia social (CAS) presta los servicios de:

- Psicoterapia individual a niños, adolescentes y adultos. Teniendo como enfoques principales las áreas emocionales, conductuales, interpersonales y cognitivas.
- Terapia de parejas que consiste en dar acompañamiento a las parejas, en el que se establece una relación terapéutica. En la cual se desarrolla un proceso de forma paralela con cada individuo. Ejecutando estrategias de evaluación, diagnóstico y tratamiento de todos los factores que afectan la relación de pareja.
- Talleres, estos son cursos impartidos de forma breve, implementados a nivel grupal, en el que se abordan diversas temáticas, como lo son escuela para padres y otros talleres en los que CAS pueda colaborar para centros educativos y otros que lo solicitan.

1.5 Visión

Una proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo integral de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de forma ética y eficiente.

1.6 Misión

Brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños, adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca.

1.7 Justificación de la investigación

El propósito para el desarrollo de la sistematización como trabajo de grado, es proporcionarle al estudiante la oportunidad de profesionalizarse, desarrollar competencias y habilidades que llevadas a la práctica consolidan el aprendizaje significativo adquiriendo herramientas de calidad para la atención psicológica profesional en Guatemala. La presente investigación y sistematización de estudio, tiene la finalidad de atender la problemática que atraviesa una mujer joven de 20 años, que asiste a CAS ante la pérdida de la progenitora.

La importancia de la investigación radica en que la paciente tratada, atendió el largo proceso de enfermedad de la madre hasta el momento del fallecimiento; no contó con apoyo de familiares cercanos para realizar tal labor. Cuando la madre falleció la paciente hizo consciencia de que estaba sola y que tenía que salir adelante sola; es allí donde empieza el choque de sentimientos de la paciente en relación a los abuelos, ya que por ser personas mayores debe respetarlos; pero a la vez esta el sentir de que no la apoyaron para atender a la madre.

La paciente empieza a estar mal físicamente al no poder resolver la situación de independizarse de los abuelos maternos por no contar con recursos económicos, ante la impotencia de resolver la situación actual en que se encuentra empieza a deprimirse, y prefiere no hablar con ninguna persona incluyendo amigos. El sentir que no contaba con un vínculo afectivo provoca en la paciente disminución de la autoestima, lo que le lleva a actuar de tal forma hasta perder el deseo de realizar la higiene personal, y apartarse de todos los que la rodean. Por lo tanto, la investigación aporta los conocimientos necesarios para quienes necesiten consultar sobre el caso y dar luz en el camino del tratamiento utilizado.

Capítulo 2

Marco Teórico

2. Definición de duelo

El duelo puede definirse como el dolor o sufrimiento que causa una pérdida. El ser humano por naturaleza no se prepara para la pérdida o separación de un ser querido, es más fácil vivir en alegría que afrontar, sufrir o sentir dolor. El duelo es el proceso por el que pasa una persona cuando ha perdido algo importante. Antón (2018) comenta; La palabra duelo proviene del latín y significa “*dolus*” que significaba literalmente “*dolor*”.

Barrantes (2001) refiere:

La muerte de un ser amado es, de por sí, la emergencia de un real que conmociona todo el Simbólico. Nuestra tesis es que si dicha muerte ocurre durante el período de la adolescencia (momento de franqueamiento fantasmático) justo cuando el sujeto debe replantearse a sí mismo como otro en el devenir, la conmoción será doblemente sentida. (p269)

Barrantes (2001) cita:

¿Por qué hablar de duelo? En su escrito de 1915, publicado en 1917, “Duelo y melancolía”, Freud deja entrever que su investigación está inconclusa.

Al definir el duelo no se duda lo importante de establecer que es una pérdida puesto que en todo duelo hay pérdidas y esta es precisamente el eje central del sufrimiento de la persona. Pérdida en psicología es aquel proceso normal de reacción interna y externa ante la ausencia de un ser querido, ya sea por muerte o por separación, enfermedad crónica

degenerativa, la pérdida de trabajo, un cambio de vivienda o de ciudad, extraviar algo muypreciado como pudiera ser una mascota u objeto valioso, etc. (p. 273)

Para que exista el duelo, debe darse un suceso de muerte, o de separación de un ser amado, de algo querido o significativo que es el signo de la finalización de la vida o de una relación. En la ciencia la muerte es considerada como un proceso natural de nacer, reproducir y morir. La muerte ha sido considerada como algo doloroso, razón por la cual ha sido evitada de conversar, convirtiéndose en un tema sobre el que definitivamente no se desea hablar. De esta manera, la muerte tiende a ser negada, no aceptada, provoca enojo ante la impotencia, representa lo contrario la de plenitud de vida.

Para acompañar en el proceso de duelo en ocasiones se tiene la idea de que todas las personas lo asimilan de igual manera, sin embargo, no es del todo cierto, cada persona realiza su propio proceso de duelo de forma individual. En la atención al paciente se le brinda acompañamiento personalizado en sesión semanal hasta obtener la respuesta de que el/la paciente tratado puede continuar con el ritmo de vida normal. Con este acompañamiento se obtiene como resultado del duelo, que el duelo mismo le pertenece solo a la persona doliente, el entorno lo experimenta, pero en ningún caso se compara el sentimiento de dolor de la persona directamente afectada.

Duelo para la Real Academia de Lengua tiene varios significados:

- Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
- Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
- Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales.

2.1 Etapas del duelo

Se entiende por etapas de duelo a los diferentes estadios que afronta el doliente, como un proceso que sigue unas fases que van desde el inicio a la resolución de este. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas, de manera que no reproduce un corte claro entre una y otra fase, y existen fluctuaciones entre ellas.

Descripción de las etapas del duelo:

Freud (1917) postula:

En esas depresiones de cuño obsesivo tras la muerte de personas amadas se nos pone por delante eso que el conflicto de ambivalencia opera por sí solo cuando no es acompañado por el recogimiento regresivo de la libido. Las ocasiones de la melancolía rebasan en más de las veces el claro acontecimiento de la pérdida por causa de muerte y abarcan todas las situaciones de afrenta, de menosprecio y de desengaño en virtud de las cuales puede instilarse en el vínculo una oposición entre amor y odio o reforzarse una ambivalencia preexistente. (p.5).

Desde estudios realizados por Freud se tiene una idea clara que toda persona que sufre la pérdida de un ser querido atraviesa por diferentes etapas de duelo. Según revista FMLC de forma breve se describen a continuación:

Fase de aturdimiento, confusión o etapa de shock

Es la fase del sentimiento de no creer, entender lo ocurrido, hay un gran desconcierto en la persona a quien le está afectando la pérdida. Depende de la persona que puede funcionar como si nada hubiera sucedido. Esta fase llamada también la fase de negación, el problema de esta etapa es el no poder afrontar el cambio traumático, así que la persona lo ignora como respuesta defensiva. Otros, en cambio, se paralizan, permanecen inmóviles y hasta inaccesibles. En esta fase el individuo experimenta sobre todo pena y dolor. El shock es un mecanismo protector

(defensa), esto da a las personas tiempo y oportunidad de asimilar la información recibida de la pérdida, es una situación de evitación de la realidad.

Fase de anhelo, enojo, desasosiego y búsqueda

En esta etapa se marca la urgencia de encontrar, recobrar y reunirse con la persona fallecida. En la medida en que se va tomando conciencia de la pérdida, se va produciendo la asimilación de la nueva situación. La persona puede aparecer inquieta e irritable. En este momento del duelo aparecen las interrogantes como: “si hubiera”, al no tener la respuesta aflora esa ira, agresividad que a veces se puede volver hacia sí mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima.

Fase de negociación, de entender el duelo propiamente dicho y desesperación

En esta etapa del duelo surge el periodo en el que el deudo atraviesa los marcados desajustes de sentimientos depresivos y la falta de ilusión por la vida. El deudo va tomando conciencia de que el ser querido no volverá. El doliente experimenta la tristeza profunda, que puede ir acompañada de accesos de llanto no controlado. La persona se siente vacía y con una gran soledad, aunque este rodeada de personas. Se experimenta apatía y desinterés.

Fase de depresión

El impacto de la pérdida de un ser amado puede derivar en llevar a la persona a vivir una situación de dolor profundo, y atravesar por una crisis existencial, que por ser tan marcada en el individuo conlleve a una depresión.

Fase de aceptar, reorganizar y retomar

En esta etapa la persona afectada por el duelo se va adaptando a nuevos patrones de conducta de vida sin la presencia de la persona fallecida; y se va poniendo en funcionamiento todos los recursos de la persona. El deudo comienza a establecer nuevos vínculos, empieza de nuevo a retomar relaciones de personas allegadas que se han dado cuenta de todas las vivencias que ha

atravesado, esto hace posible entablar temas acerca de la persona fallecida, de la repercusión que ha tenido esa pérdida en el núcleo familiar, de amigos, en el trabajo del entorno en general.

El conocer las fases del duelo tiene una utilidad valiosa y práctica para el terapeuta. Pérez et al. (2000), refieren “El duelo es un proceso, y no un estado, natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso”. Aunque estas no son del conocimiento general, se manejan de forma cotidiana y sin darles un ordenamiento de los tiempos de cada una. Si se entiende que las fases del duelo son un esquema orientador, no rígido, y que puede servir de guía a la hora de saber en qué situación se encuentra la persona en su proceso de duelo, lo más seguro es que esta se supere en buen final. La mayoría de los seres humanos tienen un potencial de la psique que permite que en su propia dinámica interna se cure a sí mismo, pero esto ocurre sólo si se enfrenta el dolor del duelo en vez de negarlo.

El duelo por muy doloroso y complicado que parezca puede ser la oportunidad para el crecimiento personal y realización del doliente; siempre y cuando la persona sea capaz de afrontarlo y de asimilar la correspondiente pérdida. La persona que quiere sanar el dolor del duelo es aquella que no escapa, sino que sabe que entre más ponga de su parte para resolver, lo sabrá manejar de mejor forma, sin dejar de lado sus sentimientos.

Encarar la pérdida por duelo, ha de ser una actitud flexible y equilibrada, que le permita a la persona guardar sus propios valores y realizarse en la medida compatible a sus circunstancias, y sin descompensarse. El vivir el duelo de forma sana, no es el olvido del ser querido. El reprimir los sentimientos hacia la persona fallecida no es liberador, el alejarse del sufrir pareciera que se consigue sepultarlo, pero el recuerdo de la persona permanece y sigue influyendo en cada instante de la vida. Pensar en el dolor sin negarlo, ayuda a vencer y sin reducirlo a una fase o experiencia teórica y sin salida, esa es la clave para salir airoso de la prueba.

El duelo se asimila de forma sana, según se aprende a recordar e integrar lo mejor de la relación con la persona fallecida, y se invierte la energía en nuevos afectos y el ser querido queda en el espacio interior del deudo para siempre, en algún lugar del corazón en el que predomina más la alegría de lo sucedido o vivido con la persona, que la pena de pensar porque terminó. No se

puede amar sin experimentar el dolor, ya que ambos se corresponden. El duelo es un indicador de amor. Si hemos amado intensamente, no se puede morir sin dejar a alguien dolido. Para vivir el sufrimiento de la pérdida se ha tenido primero que gozar del contacto, es la dialéctica de la vida. El dolor al igual que el amor, tiene sus tiempos, sus ritmos y sus periodos.

2.2 Tiempo y dimensión del duelo

Castro (2013) refiere:

El duelo emocional es el más difícil de procesar, porque los sentimientos que se viven son desagradables y nos obligan a enfrentar la verdad; por eso preferimos no ver y buscar la manera de hacerlos a un lado. Se nos olvida que las emociones y sentimientos necesitan ser liberadas; si las retenemos, nos oprimen. Si logramos recuperar nuestras emociones y sentimientos, podremos recobrar nuestra libertad, ya que, si podemos manejarlas sin negarlas y sin que se salgan de control, nos proporcionarán autonomía. (p.88)

Las emociones reprimidas actúan generando tensión permanente, y son el resultado de la tensión crónica en el que puede surgir un síntoma físico, el doloroso e improductivo recordatorio de que se está ignorando alguna emoción importante. En efecto, cuando no se es consciente de las emociones, ni reconocen los procesos por los que se atraviesa en el tiempo del duelo, y de cierta manera se aliena la atmosfera del doliente, el presentara algún síntoma de patología es el único medio de expresión que le queda al organismo para expresar el malestar.

En general en todos los duelos existen características y tiempos comunes, que parten de información básica heredada en íntima relación con la supervivencia. Sin embargo, la experiencia, el aprendizaje, la personalidad, y otra serie de factores externos como pueden ser otros vínculos, moldearan de forma individual la respuesta de duelo en cada individuo.

Las emociones en sus distintas dimensiones son parte del legado genético de la especie humana. Aunque las personas sean todo interdependientes, se puede distinguir las distintas dimensiones

del ser que se verán afectadas de diferente manera ante la experiencia de duelo. Las manifestaciones que a continuación se señalan de forma breve deben ser matizadas por el hecho de que la expresión de duelo no es universal, ni uniforme, ni homogénea, y posee diferentes matices, expresiones, ritos y comprensiones desde variables socioculturales.

La vivencia de perder un ser querido es una de las principales razones por las que se solicita ayuda terapéutica. La concienciación de las habilidades y objetivos terapéuticos de intervención utilizados universalmente en el acompañamiento y psicoterapia de duelo son un objetivo planteado. Las Dimensiones del duelo permiten determinar los objetivos terapéuticos y la selección de herramientas específicas en cada caso, para la integración de los conceptos teóricos y las prácticas de intervención. De las manifestaciones externas del duelo, veamos las vivencias más comunes en nuestro medio.

Dimensión física

Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecer en la persona en duelo. Sequedad de boca, dolor o sensación de vacío en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso, mareos, etc. Algunas investigaciones han demostrado que las situaciones de estrés están íntimamente relacionadas con la inmunodepresión y, por tanto, el organismo humano es más vulnerable a enfermar. Por consiguiente, es obvio, que la muerte de un ser querido es una de las experiencias más estresantes. Payás (2010) refiere: “Una situación traumática produce a la persona que la sufre una ruptura del edificio interno de creencias nucleares acerca de la vida y acerca de ella misma. El proceso de recuperación implica necesariamente la reconstrucción de este mundo interno”. (p. 30)

Dimensión emocional

Bisquerra (2000). Refiere: “Una emoción depende de lo que es importante. Si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión)”. (P. 63)

En esta dimensión destaca los sentimientos que el deudo percibe en su interior. Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Entre los más habituales están los sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza.

Al profundizar un poco más en alguno de estos sentimientos, se dirá con respecto a la tristeza que antes de morir la relación con el ser querido se ha sanado y se ha podido expresar el afecto, el manejo de la tristeza será menos complejo. Si no se ha podido expresar, todavía está a tiempo de aliviar la pena mediante técnicas de visualización. Generalmente las penas compartidas en un grupo de personas en duelo con situaciones parecidas es un alivio. El remedio más eficaz para la tristeza es el consuelo que habrá que buscarlo en el interior del ser de sí mismo, sin menospreciar el que se recibe del exterior por otros seres queridos.

Carretero (2010) define a la resiliencia como:

La capacidad, fruto de la interacción de diferentes variables personales con factores ambientales que permite al individuo enfrentarse y resolver, de manera adecuada e integrada en su entorno cultural, diferentes situaciones de adversidad, riesgo o traumáticas por diferentes motivos, permitiéndole alcanzar una situación normalizada y adaptada a su medio cultural.

El origen de la tristeza en la mayoría de los casos es porque no dio tiempo a despedirse, o a manifestarle a la persona difunta todo lo que significaba para el deudo, se le puede sugerir a este que escriba una carta de despedida, una carta sincera, escrita desde el corazón. El sentimiento de culpa suele aparecer con cierta frecuencia. Si la causa de la culpa puede subsanarse en alguna medida mediante actos físicos o materiales, es buena idea estimular al deudo para que los realice.

Realizar algún tipo de ritual en el que se solicite el perdón del ser querido pueda aliviar. Relacionado con esta estrategia, si la persona es creyente pedir perdón mediante rituales,

sabiendo que la persona difunta puede escuchar desde otra dimensión, puede tener buen resultado. En el trabajo de duelo esta la posibilidad que aparezca la culpabilidad, el intentar objetivar los comportamientos ya que en muchas ocasiones son más fruto de las autoexigencias que de la realidad.

Cuando el sentimiento predominante es la rabia, se debe entender que se trata de un mecanismo de compensación del dolor sentido. La mejor herramienta es canalizar y expresar la rabia. La actividad física con gran esfuerzo suele ser un buen remedio para calmar esa rabia que oprime, así como el romper papeles, o golpear un cojín o quizás el gritar en un lugar seguro.

Dimensión cognitiva

Esta dimensión se refiere a los pensamientos. La dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, generalmente relacionadas con la persona fallecida, sensación de presencia, olvidos frecuentes.

Dimensión conductual

Ardila (2011). Refiere:

Inteligencia es un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales que permite la adaptación eficiente al ambiente físico y social. Incluye la capacidad de resolver problemas, planear, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender de la experiencia. No se identifica con conocimientos específicos ni con habilidades específicas, sino que se trata de habilidad cognitiva general, de la cual forman parte las capacidades específicas (p. 100).

Esta dimensión se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. El aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto,

aumento del consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas, en este caso es necesario que haya algún familiar que indique lo que pasa, ya que de forma indirecta está en autolesión.

Dimensión social

En esta dimensión prevalece el resentimiento hacia los demás, aislamiento social, se culpa a todos sin que haya una razón concreta.

Bisquerra (2000). Refiere:

Proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con el objeto de capacitarle para la vida. Todo tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (p. 243)

Dimensión espiritual

En esta dimensión se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida.

Además de las dimensiones del duelo, es necesario considerar los factores de riesgo en el duelo. Hay circunstancias que harán más difícil la elaboración del duelo, la muerte repentina o la pérdida inesperada. Muertes traumáticas (suicidio, asesinato, etc.). Las pérdidas múltiples. La relación ambivalente con la persona fallecida. La relación simbiótica. Relación de gran dependencia. La personalidad, antecedentes y características del deudo. Pérdidas previas no resueltas, deudo niño o adolescente, antecedentes de depresión y otros trastornos psicológicos, falta de habilidades sociales, baja autoestima.

En el contexto social familiar la ausencia de red de apoyo, problemas económicos, hijos pequeños que cuidar, es cierto que no todo proceso de duelo requiere de una intervención profesional y que la gran mayoría de las personas pueden adaptarse a la vida de nuevo a pesar de

la pérdida, numerosos acontecimientos han relacionado la muerte cercana con alteraciones de la salud de quienes la sufren. Hay un elevado número de personas que presenta reacciones de tristeza de muy diversa intensidad, y que las reacciones más profundas de duelo deberían recibir atención antes de que el deterioro del doliente muestre sintomatología depresiva, y ello conlleve a un diagnóstico de depresión.

2.3 Los tipos de duelo

El duelo es el proceso psicológico por el que atraviesan las personas ante la pérdida de un ser querido. El tipo de duelo puede ser normal, o complicado / patológico, esta relacionado con la emocionalidad del doliente y el tiempo que lleve afrontar y aceptar la pérdida. El tiempo puede ser de seis meses a dos años, y según el estado anímico de la persona puede convertirse en crónico.

Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (Volumen VI Número 2 septiembre 2016). Cada persona es única e irrepetible, de igual manera va a ser el abordaje en tiempo que cada uno le dé a su propio proceso de duelo.

- Duelo crónico: es aquel que tiene una duración excesiva, que nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es consciente de que no consigue acabarlo.
- Duelo retrasado: También llamado pospuesto. La persona que lo vive tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que puede deberse a la falta de apoyo, a la necesidad de ser fuerte, o sentirse abrumada por la cantidad de pérdidas. A futuro la persona puede experimentar síntomas del duelo desproporcionados con respecto a la pérdida.
- Duelo exagerado: La persona experimenta lo intenso de un duelo normal, se desborda y recurre a conductas desadaptativas, depresión posterior a la pérdida, ansiedad en forma de

ataques de pánico conducta fóbica. El abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés postraumático.

- Duelo enmascarado: La persona experimenta síntomas y conductas que le causan dificultad, pero no se da cuenta ni reconocen que está relacionado con la pérdida. El duelo enmascarado puede manifestar síntomas físicos (psicosomáticas), o conductas desadaptativas, (depresión inexplicable, hiperactividad).

2.4 Creencias acerca del duelo

Barrantes (2001) comenta:

No es la pérdida del objeto amado lo que nos introduce en el duelo, sino la posibilidad psíquica de declarar esta pérdida. Esto es un sujeto que no inicia un duelo hasta que haya declarado muerto a ese otro término de la relación. (p.272)

Se piensa que las creencias son propias de determinada población de los territorios. Con la tecnología actual, documentales bien enfocados destacan que todas las personas alrededor del mundo manejan diversas creencias, pero todas estas enfocadas en el sentimiento de amor y sus derivados para los seres queridos. Es propio de las diferentes sociedades manejar aspectos que se relacionan con las vivencias y la individuación característica de cada cultura. Frente a esa individuación se observan sociedades agrupadas de tal manera que el duelo es social y pertenece a la colectividad.

También hay que prestar atención de cómo influye la culturización, en una sociedad globalizada, donde creencias y conceptos significativos propios de la cultura predominante se mezclan con los de las culturas tecnológicamente migradas. Cierta número de personas nunca asume la pérdida con serenidad, aunque haya transcurrido mucho tiempo desde la muerte de su ser querido, y compatibiliza sus sentimientos sobre la pérdida con una vida normal. Esto se observa con más frecuencia en los casos de muerte repentina, accidental o violenta, la cual se observa en las

diferentes creencias del duelo y de cómo lo afrontan las personas. En los cuales se suscitan sentimientos de injusticia, y es una reacción que no hay que asociar necesariamente a una patología, pero si a creencias de aceptación de algunos comportamientos.

El afrontamiento de la pérdida de un ser querido presenta un carácter complejo de las creencias en absoluto, puede verse reducido a la consecución de un desligamiento afectivo y mental con respecto a la persona desaparecida. Es un hecho constatado que muchas personas, aunque nieguen o no nieguen la muerte de la persona fallecida, continúan hablando con ella durante mucho tiempo, incluso en ocasiones a lo largo de toda la vida, sin que ello indique necesariamente la existencia de una patología psíquica ni la detención de la recuperación. Por el contrario, en la mayoría de estos casos, tales manifestaciones de su vínculo con esa persona parecen reconfortarlas y alentarlas a seguir viviendo.

2.5 Creencia religiosa en la cultura del duelo

Barrantes (2001) comenta:

Jacques Lacan ha acentuado el papel de los ritos culturales del duelo y la función en la recomposición de la “locura del duelo”. Tales rituales ayudan a componer la relación del sujeto con un universo simbólico agujereado y posibilitan la relación del luto con el lazo social. (p.271)

En el DSM5 aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, por ejemplo, los juicios sobre el funcionamiento de la personalidad deben tener en cuenta la etnia y el origen cultural y social del individuo. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con los problemas relacionados con la aculturación tras la inmigración o con la expresión de los hábitos, las costumbres o los valores religiosos y políticos que se profesen en la cultura originaria del individuo. Es útil para los clínicos, sobre todo en la evaluación de las personas con una procedencia diferente, obtener datos adicionales de informantes que estén familiarizados con las peculiaridades culturales de la persona.

La cultura religiosa del duelo se vincula a la dimensión del duelo donde prevalecen las creencias religiosas y la trascendencia del alma. Al verificar la metodología del duelo es necesario tener tanto el conocimiento propio de las leyes, de las Constelaciones Familiares, como una actitud facilitadora por parte del terapeuta. En cuanto actitud se hace referencia a la que debería tener el terapeuta frente al hecho de la muerte. Es decir, frente al miedo o angustia a la muerte. En el transcurso de la preparación del trabajo terapéutico, el profesional se puede dar a la tarea de indagar sobre aspectos culturales del duelo.

Se entiende que el terapeuta no está obligado a conocer todo lo relacionado con cultura religiosa del duelo, ya que es un campo de mucha controversia, pero entre más preparado esté en este aspecto, mejor va a ser el resultado obtenido en la intervención de casos en situaciones de duelo. No se descarta que el terapeuta también practica su propia religiosidad, pero en el campo profesional debe prepararse bien para no caer en transferencia y/o contratransferencia por desconocimiento, y que las actitudes y reacciones del paciente se dirijan hacia el terapeuta en solicitud de acompañamiento considerando que también el terapeuta tiene una vida personal con temas solucionados y otros inconclusos.

Un número considerable de personas necesita más tiempo para recuperarse del duelo en la cultura religiosa del duelo, aunque este se defina como normal. Por consiguiente, el afrontamiento de la pérdida de un ser querido parece requerir un lapso temporal más variado y, en consecuencia, más flexible del que ha venido estipulándose; hay personas necesitan realizar el ritual de hablar y expresar sus sentimientos sobre la pérdida en mayor medida y durante más tiempo que otras.

La regla social de que es inapropiado manifestar sentimientos negativos fuera del periodo acotado del duelo, en tal situación se priva a estas personas de satisfacer la necesidad de manifestar sus sentimientos y tratan de ocultar su malestar para no verse rechazadas o para no sentirse incomprendidas por las demás personas y no lo logran, pueden llegar a pensar que no son normales o incluso que están desarrollando una enfermedad mental.

2.6 Autoestima

Branden, en de Mézerville (2004) manifiesta que:

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entiendo por factores internos, los factores que radican o son creados por el individuo-ideas, creencias, prácticas o conductas. Entiendo por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura. (p. 25)

La autoestima se concreta que es el valor, la confianza y el respeto que cada persona tiene para sí misma. La autoestima puede ser considerada de acuerdo con la edad, y madurez de las personas. En la niñez y sus diferentes etapas, es cuando el cuidador/a contribuye a fomentar ese valor y seguridad en este periodo de formación. En la adolescencia los jóvenes suelen presentar problemas de autoestima, por ser una etapa de cambio controversial. En la adultez las personas manifiestan la autoestima en el grupo que se desenvuelve, aunque es de considerar que no por ser adultas tienen autoestima, ya que esta va a estar influenciada en la valoración propia de cada persona.

La autoestima no debe confundirse con las capacidades, destrezas y/o habilidades que posee cada persona, la autoestima en ningún momento se trata del valor de la apariencia física, las propias capacidades y habilidades, ya que la autoestima es el valor de seguridad que tiene el individuo de sí mismo. La autoestima que la persona tenga de si, no busca compararse con otros referentes que estén a su alrededor; aunque hoy día el bombardeo propagandístico de imagen y apariencia puede en algún momento confundir, y restar seguridad a las personas, si no están bien afianzadas en sus propios valores.

Por el contrario, las personas con baja autoestima se sienten inseguras, insatisfechas y sensibles a las críticas, con dificultad para ser asertivas, en ocasiones no saben ni cómo hacer valer sus derechos de buena forma. La baja autoestima puede disminuir la valorización que cada persona tiene de sí misma, la propia opinión de la personalidad, creencias y lo que perciba del propio entorno. En ocasiones de forma equivocada pueden tratar de ser agradables a los demás para recibir un refuerzo positivo, y de esta manera, aumentar su autoestima.

El manejo no adecuado de los principios, valores y creencias, pueden ser el principal enemigo del individuo, porque en la búsqueda de aprobación en alguna situación se priva salir airoso/a. Es necesario considerar a la persona con la autoestima muy elevada que es incapaz de escuchar a los demás, mucho menos de aceptar o reconocer que se equivocó. La percepción de sí mismos está tan por arriba de los demás que creen mejor que el resto de los individuos. Cuando las cosas se complican, no reconocen los errores, y culpan a los demás; este tipo de actitud genera conductas negativas y no se permiten la autocrítica para corregir los errores.

Branden (1997). Refiere: “Admitir que somos responsables de nosotros mismos. Darse cuenta de los soportes que utilizamos y las trampas que nos ponemos para evitar la autorresponsabilidad”.

2.7 Los componentes de la autoestima

Conocer cada uno de los componentes de la autoestima permite entender mejor su desarrollo y reconocer la importancia de esta en la vida cotidiana. Puesto que la autoestima, afecta a todo el comportamiento humano y recibe influencias desde la infancia hasta el último momento de la existencia, es importante identificar sus componentes, y elaborar estrategia que lleve a fortalecerla y mantenerla en estado elevado. Con esto se busca abordar el núcleo de la autoestima y su influencia trascendente en el desarrollo personal; a partir de la identificación de sus componentes, con el fin de que la persona avance en la comprensión del conocimiento de sí mismo.

De acuerdo con Gastón de Mézerville (2004) existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima. A partir de esta concepción, presenta un modelo propio al que ha denominado proceso de la autoestima. En este, se considera a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

2.8 Autoconcepto

El autoconcepto es la opinión o impresión que cada persona tiene de sí misma, es la hipótesis de identidad que cada individuo desarrolla a lo largo de los años. El autoconcepto, es el conjunto de percepciones cognoscitivas y comportamientos que el individuo tiene acerca de sí mismo.

De acuerdo con Rice (2000), el autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de sí mismas. Señala que según Wayment y Zetlin, el autoconcepto es la identidad autohipotetizada de la persona y que Erikson se refiere a él como la identidad del yo o el yo autopercebido, la individualidad consistente. Debería describirse como un sistema de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, supone la suma total de sus autodefiniciones o autoimágenes.

El auto concepto se define como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Así, es posible diferenciar dos componentes o dimensiones en el auto concepto: los cognitivos (pensamientos) y los evaluativos (sentimientos).

El primero se refiere a las creencias sobre uno mismo tales como la imagen corporal o apariencia física, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. El segundo es la autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que cada persona posee.

El autoconcepto tiene niveles básicos, un componente es definido como un elemento importante que debe actuar acorde al resto de elementos para garantizar un funcionamiento adecuado. De la misma manera sucede con la autoestima. Estos niveles, que son las percepciones, sentimientos y comportamientos están íntimamente relacionados entre sí. Cualquier desorden de estos puede generar conflicto en la autoestima del individuo. Los niveles del auto concepto son:

El nivel cognitivo

El nivel cognitivo se refiere a la percepción, creencias e información que el individuo tiene de sí mismo. Existe la autoimagen errónea, que es la percepción equivocada de la imagen de sí mismo, que proviene de interpretaciones confusas desde la niñez. Se manifiesta con creencias negativas de sentirse inadecuado, o merecedor de lo bueno. Muchas personas se conocen bien y saben cuáles son sus virtudes, sin embargo, siente que no son suficientes. Es decir, no se acepta, sin esta aceptación la autoestima se verá disminuida y se cae en la frustración que afecta que la persona pueda alcanzar sus propósitos.

El nivel emocional

El nivel emocional es el sentimiento de lo favorable o desfavorable que siente la persona de sí misma. Esta emocionalidad se aprende de los padres, maestros y la sociedad en general. Algunos de los componentes incluyen, en muchos casos la depresión como es el resultado de una baja autoestima. Esta depresión se manifiesta en diferentes situaciones vivenciales. El componente emocional de la autoestima es la gestión de emociones y el amor propio. Con el conocimiento de sí mismo se forma el auto concepto, una base esencial para la autoestima. Se trata de la imagen que la persona tiene de sí misma, y cuanto más se conoce, más se aproxima a la realidad, de no ser así, tanto para lo bueno como lo malo, la autoestima se ve dañada.

El nivel conductual

El nivel conductual de la autoestima está relacionado como su propio nombre indica con el comportamiento de la persona. La conducta está relacionada con la confianza. Tanto a nivel personal como profesional, la autoconfianza es fundamental, si se piensa que no se puede hacer algo, seguramente ni se intentará. También sirve para llevar de la forma mejor posible, las diferentes situaciones de vida. Por eso, confiar en poder salir adelante pase lo que pase, es una parte fundamental de la autoestima.

El nivel afectivo

El nivel afectivo de la autoestima se relaciona con la forma en que la persona percibe lo afecto en sí misma. La inseguridad del físico, también la inseguridad en cuanto a lo que la persona cree que es capaz de hacer o no hacer; Sea como sea, lo importante es trabajar la imagen, el amor propio, porque la autoestima si afecta el éxito y la felicidad de vida.

2.9 Autoconocimiento

El autoconocimiento es conocerse a sí mismo, saber cuáles son las cualidades, evaluar las buenas y cambiar las negativas. Es el conocimiento propio, supone la madurez de conocer cualidades y defectos y apoyarte en los primeros y luchar contra los segundos. El autoconocimiento está basado en aprender a conocerse, quererse, y a aceptarse. Es el proceso reflexivo por el cual el individuo adquiere noción del yo y de las propias cualidades y características que le individualizan como persona.

Como todo proceso, puede ser desglosado en diversas fases, como: autopercepción, autoobservación, autoestima, auto aceptación. No puede haber, autoestima sin autoconocimiento. De ahí la importancia del autoconocimiento para el desarrollo y crecimiento personal.

2.10 Autorrespeto

El Autorrespeto es el entendimiento del ser que actúa en la persona inconscientemente. Parece complejo, pero en realidad es muy sencillo. Adquirir autorrespeto, es cuestión de conocerse a sí mismo, y luego aceptarse con los errores que se tienen, comprometerse a mejorarlos y amarse cada día más. Esto sin duda alguna supone una mejora sustancial a la autoestima.

2.11 Autocontrol

El autocontrol es la capacidad para poder dirigir la propia conducta en el sentido deseado, y desde este punto de vista se relaciona con prácticamente cualquier cualidad humana. Se necesita varias adquisiciones en el desarrollo del proceso psíquico para que el niño logre controlar la conducta de forma voluntaria, el comprender el lenguaje adulto le ha de facilitar la regulación del comportamiento. El desarrollo de la voluntad y moldeamiento del autocontrol se inicia desde la niñez. Hace que se produzca una adquisición importante, el niño aprende a subordinar motivos.

El autocontrol es un proceso de aprendizaje, en el que primero el niño cumple lo que el adulto le dice por agradarlo, pero en realidad no hay ninguna interiorización de la necesidad de hacerlo por el beneficio que esto le reporta a él y a los demás. Con una educación adecuada finalmente el niño logra esta interiorización, entonces si es posible hablar de que existe un autocontrol el cual es elemental en la formación del individuo. El inicio del autocontrol es aprender a manejar reglas de comportamiento en todos los ámbitos donde una persona se desenvuelva.

2.12 Las emociones

Goleman, (2000) refiere:

“La herencia genética nos ha dotado de un bagaje emocional que determina nuestro temperamento, pero los circuitos cerebrales implicados en la actividad emocional son tan

extraordinariamente maleables que no podemos afirmar que el carácter determine nuestro destino”.

Las emociones en el ser humano son tan susceptibles que ante cualquier situación de cambio como es el duelo por un ser querido, modifica todo un estado conductual al punto que la persona pierde todo deseo y alegría de seguir adelante. Conforme pasa el tiempo del duelo la persona vuelve a retomar las actividades de la vida diaria con normalidad.

Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (Volumen VI Número 2 septiembre 2016):

En el DSM IV no se diagnosticaba trastorno depresivo mayor si existían síntomas depresivos que duraban menos de dos meses después de la muerte de un ser querido. Se ha quitado esta exclusión por duelo del DSM 5 por varios motivos. Primero eliminar la idea de que el duelo dura dos meses cuando la mayoría de los profesionales reconocen que la duración del duelo puede durar varios meses y hasta 1 o 2 años. Segundo se reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida.

Cuando ocurre trastorno depresivo durante un proceso de duelo, se incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir Trastorno por duelo persistente (duelo patológico), que se incluye en el DSM5 dentro de “Trastornos para el estudio futuro “con criterios específicos. Tercero, la depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos.

Según lo enfocado en el artículo, las personas con antecedentes familiares depresivos son más propensas a desarrollar cuadros depresivos durante las diferentes etapas de la vida, por lo que es necesario que siempre sean sujetos de atención psicológica.

La emocionalidad y el duelo están vinculados, ya que es el sentir de cada individuo para sobrellevar el proceso de pérdida de un ser querido y adaptarse al tiempo que este conlleve para superarlo. El mantener el equilibrio en situación de duelo va a depender en gran manera del carácter y el temperamento de cada persona ante una pérdida. Las emociones están relacionadas de forma implícita con la persona, hay factores que interfieren de forma directa como son el parentesco, el tiempo de relación, la intensidad y las circunstancias de la relación.

A pesar del sufrimiento que causa el duelo le ayuda a la persona a crecer emocionalmente. La duración de la intensidad de la emocionalidad es variable en cada persona, pero se puede considerar que los dos primeros meses son los más difíciles de afrontar. El dar acompañamiento en terapia a la persona doliente, y dotarle de herramientas, para que aprenda a conocer los distintos estadios del ánimo es de gran beneficio, además ayuda al paciente para que comprenda que durante los años de vida le tocara afrontar diferentes tipos de pérdida; que si no aprende a manejarlos se pueden convertir en duelo y peor aún ser motivo para gestar de depresión.

Capítulo 3

Marco de Metodológico

3.1 Planteamiento del Problema

La paciente que genera la presente investigación es una persona de 20 años que aparenta tener más edad. Desde la niñez asumió la responsabilidad cuidar de la madre, quien constantemente se la pasaba enferma. La paciente se presenta a la consulta tensa, y preocupada porque no se concentra en las actividades que realiza a diario en el trabajo, se fatiga con facilidad, y ha ganado peso, aunque trata de comer saludable. También se siente desganada, sin ánimo y falta de energía. A la usuaria se le ha intensificado el pensamiento de que al llegar a la casa no está la progenitora y es la ausencia la que le afecta. La paciente ha evitado el duelo de la progenitora refugiándose en el trabajo. Realiza actividades que le asignan, trata de hacer bien el trabajo. Ha recibido tratamiento médico farmacológico por quistes en los ovarios.

La ausencia de la madre por fallecimiento y del padre por no compartir con la paciente en la edad temprana impide que obtenga el vínculo afectivo o apego emocional necesario para el desarrollo de las diferentes etapas del desarrollo. La falta de apego repercute en carencias de seguridad y desarrollo emocional equilibrado, incrementando a futuro la posibilidad de desarrollar discapacidad biopsicosocial para relacionarse con personas estables y seguras. El trabajo de esta investigación es para dejar una referencia para tratar de ayudar en casos parecidos que se conviertan en una patología a futuro, al no saber la persona como afrontar alguna situación difícil como es el duelo, y derivar en depresión. Existen vínculos tempranos que es fundamental que estén bien cimentados para que la persona forme una autoestima temprana de acuerdo con la seguridad que le brinda un buen apego emocional el cual le ayudara a futuro. Si hay una desvinculación del padre o de la madre la persona puede manifestar situaciones de miedo, ansiedad, ira, inseguridad, entre otras.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué causa depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Analizar el conflicto emocional y psicológico que provoca la situación de duelo no resuelto en mujer joven de 20 años.

3.3.2 Objetivos específicos

- Detallar el proceso del duelo ante la muerte de la madre
- Identificar los sentimientos y creencias que causan baja autoestima en joven mujer
- Describir diferentes psico-patologías que presentan las personas por duelo no resuelto

3.5 Alcances

En el proceso terapéutico se logró brindar atención psicológica a A.I.A.H. quien superó el duelo de la madre de forma incluyente, contribuyendo así con la ideología del centro de dar acompañamiento a la población atendida, brindándole herramientas de afrontamiento ante diferentes problemáticas observadas, y lograr el alcance del equilibrio emocional y crear para la paciente atendida un ambiente agradable.

3.6 Límites

Durante el proceso con la paciente se presentaron dificultades tales como inasistencia e impuntualidad por parte de la paciente por razones de trabajo, según expresa. Las sesiones se realizaron en cubículo, y en ocasiones el ruido distraía a la usuaria. Con la paciente se trabajó terapia breve a sugerencia de Coordinación del centro de práctica; el total de sesiones con la paciente fue de ocho con duración de 50 minutos cada una.

3.7 Metodología

El estudio de caso se realizó en el Centro de Atención Social donde se brindó atención psicológica. La investigación se elaboró a través del método científico y la técnica inductiva, para concluir en hechos objetivos particulares aceptados como válidos, para la elaboración de la hipótesis que fundamenta el estudio del caso clínico centrado en la serie de hechos que rodean el caso estudiado.

Así mismo se utilizó el tipo de investigación cualitativa descriptiva, que permite comprender a la persona de estudio a través de las experiencias pasadas. Para la recolección de datos fue necesario utilizar el estudio de casos y la sistematización además de empleo del método observacional en la recogida y registro de los datos obtenidos de la entrevista clínica, examen mental y pruebas proyectivas menores, escalas y cuestionarios con el objetivo de analizar los datos, interpretar los resultados y así tener las bases para elaborar el reporte de devolución de resultados.

A través de la secuencia de estos pasos se logró plantear el problema, pregunta de investigación, y poder fundamentar la teoría con el apoyo de la literatura y brindar herramientas de afrontamiento a la paciente.

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

4.1.1. Datos generales

Nombre :	A.I.A.H.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	31 de diciembre de 1998
Edad:	20 años
Estado civil:	soltera
Escolaridad:	media
Profesión:	Perito Contador
Ocupación:	Operador en centro de atención telefónica

4.1.2. Motivo de consulta

La paciente refiere: “Me pongo ansiosa” (SIC).

4.1.3. Historia del problema actual

La paciente se responsabilizó de cuidar y acompañar a la madre en la larga etapa de enfermedad de diabetes, hasta que la madre falleció en febrero del 2019. La usuaria se presenta a la sesión de forma apropiada a la edad, se muestra accesible, y con criterio amplio, manifiesta deseos para resolver la situación que la aqueja. Indica que de febrero cuando falleció la progenitora a la fecha se ha dado cuenta que está sola, y que debe salir adelante. La usuaria refiere que le gusta estar sola cuando regresa de trabajar, y que son pocas las veces que siente que le falta la progenitora, que descansa bien, que se despierta temprano a realizar las labores de la casa, y al regresar del

trabajo encontrar limpia como lo hacía con la madre. Indica que se ha comunicado por celular con el progenitor, y que lo va a ver pronto.

La usuaria refiere que en la sesión anterior cuando se habló del número de horas de descanso afirmó dormir bien, pero admite que no está descansando como debiera desde hace meses. La usuaria lo comprobó contando las horas de sueño efectivo según se le indicó que lo hiciera. La paciente se siente tensa, y preocupada porque no se está concentrando en las actividades que realiza a diario en el trabajo. La usuaria refiere que se fatiga con facilidad, y que ha ganado peso, aunque trata de comer saludable. La usuaria indica que se siente sin ánimo y falta de energía. La usuaria refiere que se ha intensificado el pensamiento de que, al llegar a la casa, no está la progenitora. Refiere que estos días ha dedicado tiempo al cuidado personal para sentirse mejor. En el trabajo está mejor, la toman en cuenta y la felicitan por la forma en que se está desempeñando en el mismo.

La paciente ha evitado el duelo de la progenitora refugiándose en el trabajo. Realiza actividades que le asignan, trata de hacer bien el trabajo que le asignan. En algún momento estuvo preocupada por quistes en los ovarios, pero ahora se muestra optimista debido a que recibió tratamiento médico farmacológico. En lo que se refiere a la relación con el progenitor la usuaria esta anuente que quiere comunicarse con el progenitor, sin embargo, manifiesta que por motivo de trabajo le cuesta hacerlo. La paciente refiere que recién fallecida la progenitora realizaron un viaje al Petén con el padre.

4.1.4. Estresores o factores precipitantes

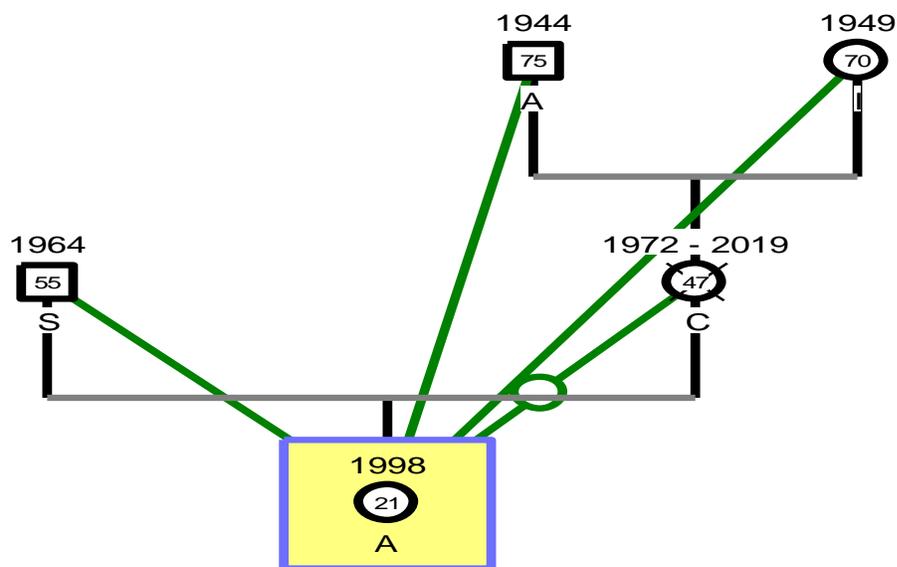
La paciente inicia el proceso de estrés en su cuerpo antes del fallecimiento de la madre, empieza a tener dolor abdominal en el bajo vientre, al realizarse un chequeo médico surge el quiste ovárico. La paciente tiene que afrontar al mismo tiempo dos situaciones que le causan estrés, que son la enfermedad de la madre y el padecimiento de quiste ovárico, de esto acumula tanta tensión que se refleja en la conducta al empezar a separarse de amigos, no rinde igual en el trabajo, a tal

punto que al momento de fallecer la madre todo el pensamiento de la paciente explota al entender que está sola y que tiene que cuidar de sí misma.

4.1.5. Historia familiar

La usuaria refirió que hay buena armonía con los miembros que integran la familia. La paciente comparte vivienda con los abuelos maternos, y refiere que siente cariño y respeto por ellos. La paciente sobrellevó la atención de cuidado de la madre, la familia incluidos los abuelos acompañaron a la usuaria de forma indirecta ante el padecimiento de la enfermedad de la progenitora. La situación económica de la usuaria es estable, el salario que devenga cubre los gastos necesarios, por esa razón se esfuerza por conservar el empleo. No tiene realizar gastos de vivienda ya que los abuelos maternos cubren esta parte. La paciente refirió sentir amor para el padre, aunque nunca había convivido con él lo respeta y lo quiere como tal, ya que la madre nunca le habló mal de él, pero no propició la oportunidad para que la paciente compartiera tiempo o conversación con el padre.

Figura 2
Genograma



Fuente: elaboración propia, agosto, 2019.

4.1.6. Estructura familiar

La madre de la paciente fallece en febrero del 2019 de diabetes. El padre de la paciente no ha vivido con ella, el aún vive en la casa con los padres. La usuaria refirió que comparte vivienda con los abuelos maternos, No tiene gastos de vivienda debido a que la vivienda es propiedad de los abuelos, y ellos son los que cubren los gastos de la vivienda.

4.1.7 Examen del estado mental

La usuaria presenta higiene deficiente, mal aliento, descuido de higiene corporal. La paciente presenta contacto visual, la postura es cómoda, muestra ansiedad. El vestuario es sencillo, adecuado a la edad. La usuaria es de conducta abierta y cooperadora, muestra movimientos rápidos, estado sensorio, y de cognición adecuado. Discurso fluido, vocabulario adecuado. Denota ansiedad, tristeza, afectividad, calmada, nostálgica. Orientada en tiempo y persona. Estados de memoria adecuados.

4.1.8. Resultados de las pruebas

Tabla 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Prueba aplicada	fecha de aplicación
Figura Humana	19-08-2019
Familia	19-08-2019
Persona bajo la lluvia	19-08-2019
Whodas 2.0	26-08-2019
EADG ansiedad depresión	26-08-2019
Frases Incompletas de Sacks	26-08-2019

Fuente: elaboración propia (2019).

El resultado global de las pruebas realizadas es, baja autoestima, inseguridad, muestra descompensa emocional. Así como desinterés en las actividades de la vida diaria, falta de deseo de compartir tiempo y conversación con familia y amigos. La finalidad de las pruebas realizadas era enfocar el grado de complejidad emocional de la paciente, que sabiendo cuál era su condición patológica, le tocó vivir sola a la paciente muchas situaciones que en la mayoría de los momentos no sabía cómo afrontar. A continuación, se detalla cada prueba realizada:

Prueba proyectiva de la Figura Humana

En la prueba de la figura humana puede describirse que muestra signos de inconformidad corporal, y pensamientos de inferioridad física. Sentimientos de inadecuación, sentimiento de inferioridad, retraimiento al sentirse rechazada, persona insegura. En actitud defensiva, rasgos marcados de depresión, negativismo, emociones en conflicto, con ansiedad, falta de certeza al actuar, aislada de las presiones externas por no poderlas enfrentar. Persona falta de autoconfianza. Realiza sobre esfuerzos en la fantasía no en la realidad, inmadura, y sin guía. Experiencia sexual insatisfecha, y frustrada utiliza mecanismos de racionalización.

Prueba proyectiva de la Familia

La paciente trabajó en familia real, en esta prueba la paciente muestra la necesidad de tener una familia verdadera. Pulsiones fuertes, persona replegada, la usuaria no se incluye en el dibujo; pero indica que le gustaría ser el niño, tiene más tiempo para jugar, niñez insatisfecha. Persona con necesidad de aprobación, sistema nervioso inestable. Inmadura e impulsiva, con sentimiento de inferioridad, pese a no vivir nunca con él le da valor jerárquico al padre. Notoria falta de comunicación con familia, no se involucra con nadie, rehúye a las relaciones interpersonales, sin deseo de comunicarse. Persona de imagen y controles pobres, con dificultad para enfrentar.

Prueba proyectiva la persona bajo la lluvia

En esta prueba la paciente muestra inseguridad, desvalorización, persona encerrada, falta de vitalidad, inhibida, inadecuada percepción de sí misma. Persona ubicada en espacio; pero no ubicada en la realidad. Persona con defensas pobres, rasgos psicóticos, con estrechez de ideas y

criterio para resolver. Persona ansiosa e insegura, tensa, con dispersión de pensamiento, excesiva reacción emocional, descontrolada, con bloqueo afectivo. Persona con bloqueo emocional, pobreza intelectual, sin imaginación. Persona indefensa, angustiada, presionada por el medio, y sin apoyo de figuras parentales.

Prueba aplicada: Whodas

La usuaria presenta dificultad de 15 días para interactuar en actividad diaria.

Tabla 2
Resultados cuantitativo y cualitativo

Cuantitativo

	PORCENTAJE %	INTERPRETACIÓN
D1	25	No se evidencia
D2	10	No se evidencia
D3	25	No se evidencia
D4	45	No se evidencia
D5	37	No se evidencia
D6	41	No se evidencia

Fuente: elaboración propia, agosto, 2019.

Cualitativo

D4	45%	No se evidencia	Relacionarse con otras personas
D6	41%	No se evidencia	Participación en sociedad
D5	37%	No se evidencia	Actividades de la vida diaria
D1	25%	No se evidencia	Comprensión y comunicación
D3	25%	No se evidencia	Cuidado personal
D2	10%	No se evidencia	Capacidad de moverse en su alrededor

Fuente: elaboración propia, agosto, 2019.

Paciente generalmente afectada en las relaciones interpersonales, lo que conlleva a un descuido personal, mala comprensión y comunicación.

Prueba aplicada: EADG ansiedad depresión

En la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg la usuaria en ansiedad en un rango de atención estándar del 72%, aparece con 89% lo cual indica cuadro ansioso considerable. En la Escala de Depresión de un rango estándar de 42% la usuaria aparece con 56%, lo cual significa cuadro depresivo considerable.

Prueba aplicada: Test de Frases Incompletas de Sacks

En esta prueba la paciente se proyecta en el área de la falta de la madre (muerte), tranquila y satisfecha de la relación sostenida cuando la madre vivía. Proyecta área de conflicto en la relación con el progenitor, se encuentra deseosa de afecto y apoyo. En el área familiar la usuaria se enfoca en la carencia de unión y comunicación con la familia, lo que ocasiona en ella sensación de vacío. En el área sexual la usuaria refleja alguna dificultad de acercamiento, desea relacionarse (autoestima baja). Niñez de recuerdos positivos, en el área emocional afectada por duelo, lo maneja con tranquilidad y aceptación.

4.1.9 Impresión diagnóstica

De acuerdo con los antecedentes de la paciente, lo observado y las pruebas proyectivas y psicológicas se concluye que la misma presenta baja autoestima, ánimo decaído, la mayor parte del día. Se infiere en la usuaria inseguridad, tristeza, tensión, falta de interés en las actividades que realiza, desanimo para interrelacionarse con amigos, descuido del régimen de dieta que realiza, ha ganado peso en los últimos meses. Padece de insomnio, desde hace más de dos meses. Se fatiga con facilidad, se siente débil, falta de concentración; así mismo muestra la tristeza de haber perdido a la progenitora en febrero del año 2019. La paciente se observa intranquila y no satisfecha con los cuidados brindados a la progenitora durante la enfermedad. Presenta ansiedad con relación al problema de salud física relacionado a quistes en los ovarios por lo que se infiere en la paciente fuerte carga emocional que requiere atención terapéutica.

4.1.10. Evaluación según DSM5

V62.82 (Z63.4) Duelo no complicado. Según el DSM5 esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como, por ejemplo, sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como "normal", si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio, falta de interés en las actividades diarias, fatiga, falta de energía. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. En los criterios de un episodio depresivo mayor se ofrece más información para distinguirlo del duelo.

4.1.11. Recomendaciones

Se recomienda que la paciente inicie proceso terapéutico con técnicas estratégicas para reforzar el comportamiento en el hogar y en el trabajo acorde a la terapia conductual.

Apoyar a la paciente en el área psicológica alimenticia para que continúe el avance en el proceso de dieta iniciado durante la consulta, implementando un registro semanal de la actividad alimenticia.

En el proceso terapéutico promover el desarrollo de habilidades y destrezas cognitivas, conductuales y sociales que contribuyan a mejorar la calidad de vida y afrontamiento de las diferentes situaciones cotidianas.

4.1.12. Plan terapéutico

Tomando en cuenta la problemática presentada por la paciente fue necesaria la implementación de la teoría Cognitiva Conductual, que se propone para cambiar los pensamientos negativos causados por una pérdida, que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo y los pueda convertir en pensamientos positivos.

La perspectiva cognitiva sostiene que las personas deprimidas tienden a:

- (1) pensar negativamente sobre sí mismas,
- (2) interpretar sus experiencias de forma negativa y
- (3) tener una visión pesimista del futuro. Lo que se denomina “tríada cognitiva”.

Parte del tratamiento es para los pensamientos negativos automáticos que interfieren en el estado de ánimo de la persona. La terapia cognitiva trabaja con las barreras psicológicas al tratamiento adecuado reemplazando pensamientos negativos automáticos con pensamientos realistas, valiéndose de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva aplicadas para este caso en particular.

Tabla 3
Plan Terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración
Duelo	Erradicar rasgos depresivos por ciclo de duelo.	Técnica de la silla vacía, técnica de relajación, técnica narrativa: carta de despedida, línea del tiempo: álbum de fotos, diario ABC	Dicha técnica se presentará en 6 sesiones, se ensayará en consulta y se asignará como tarea para casa.

Conflicto Intrafamiliar	Brindar información para la resolución de conflicto familiar	Psicoeducación, dinámica familiar de convivencia con los abuelos... ensayo en sesión	Se realizará ensayo de convivencia con los abuelos (1 sesión) “preparar cena para tres”
Baja autoestima o valía personal	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: autocontrol, autorrespeto, autoconocimiento Autoconcepto, Autoaceptación	Técnica del espejo, técnica de autoconcepto	La autoestima depende de la autopercepción y la estima de sí mismo. La duración será de 3 sesiones.

4.2 Análisis de resultado

Los objetivos proyectados con la paciente fueron positivos. Se alcanzó en gran porcentaje trabajar la depresión que denotaba la paciente. La paciente en el cúmulo de situaciones que estaba atravesando no se daba cuenta de la problemática que afrontaba. De las pruebas realizadas se comprobó que la paciente si atravesó por estado depresivo. A la paciente se le aplicó plan terapéutico con terapia breve. Afortunadamente la empatía y la alianza terapéutica establecida con la paciente, hizo posible lograr que se restableciera en gran porcentaje la vivencia traumática de dolor de enfermedad y fallecimiento de la madre.

Actuando con criterio positivo se hizo necesario el acompañamiento de la paciente. En el caso de la paciente atendida fue posible detectar la depresión. En las pruebas realizadas a la misma se pudo detectar por la pérdida de la madre, el duelo no resuelto lo cual fue posible tratarla a través de la psicoterapia.

Si se pudo corroborar la interrogante que generó esta investigación, los resultados obtenidos en la observación en sesiones, y las pruebas aplicadas a la paciente dieron como resultado lo intuido desde el inicio del caso. El principal obstáculo encontrado en el caso de la paciente fue el no contar con el tiempo necesario para continuar con más sesiones, por lo que se trabajo lo que fue

posible. Para futuros casos de esta índole se recomienda que se de seguimiento con un numero mínimo de 15 sesiones o mas de ser posible, por tratarse de paciente que debido a la corta edad y estar en un proceso de madurez, es posible que el tratamiento requiera de más tiempo invertido, para evitar recaídas posteriores.

Conclusiones

Se concluye a través de la observación de la metodología utilizada y del criterio clínico, que la paciente vivenció el duelo de forma represiva. Puesto que se refugió directamente en actividades, cuyo fin era evitar cualquier dolor y sufrimiento que le pudiese generar el afrontar el duelo. De tal forma, que al ocuparse de actividades laborales distraía la mente acerca de los pensamientos que el duelo pudiese generar. Por lo que no desahogó el sentimiento y las emociones que la acompañaban y aquejaban, a tal punto de desencadenar una serie de síntomas (insomnio, poca preocupación por la higiene y aspecto, pensamientos negativos, alimentación no adecuada, entre otras) que fueron los detonantes para acudir a terapia.

Se llega a la conclusión, que la paciente generó sentimientos y distorsiones cognitivas acerca del duelo, puesto que, al responsabilizarse directamente de la madre tras la enfermedad, desarrolló después de la muerte emociones como; ira, enojo y ansiedad, acompañadas de pensamientos distorsionados que solo perjudicaron su estima, provocando un grado bajo de autoestima. Debido a que, el proceso de enfermedad de la madre fue largo, y el tiempo que podría haber invertido en fortalecer el apego con la hija no se dio por las mismas molestias que le aquejaban; al fallecer la madre, la paciente queda con ese vacío de haber compartido más momentos o tiempo con la progenitora.

La emocionalidad de las personas se ve afectada de sobremanera ante una situación de duelo. En el caso de la paciente tratada la resiliencia fue el principal factor de logro en el poco tiempo de la terapia. Las probabilidades de que cada persona pueda superar el duelo son amplias siempre y cuando en las etapas del duelo no haya manifestaciones de psicopatologías por duelo no resuelto como impotencia, ira, culpa, represión, apego inseguro, que puedan derivar en un pronóstico depresivo. Se concluye que las etapas vivenciales serán menos marcadas si la persona doliente esta rodeada de un grupo de apoyo, ya sea de familia o amigos que le ayuden a sobrellevar la pérdida.

Recomendaciones

Se sugiere, que la paciente establezca vínculos con el progenitor, puesto que, es uno de los factores de apoyo que mejor pronóstico podría evidenciar para el caso, debido a que no logró establecer un apego seguro con la madre. Por consiguiente, de esa forma lograría la compañía y apoyo que necesita para dejar de sentirse sola y afrontar el duelo y la vida de una mejor forma con el apoyo adecuado.

Se recomienda, trabajar las distorsiones cognitivas en el curso de un duelo, tanto en el caso expuesto en ese trabajo como en cualquier otro. Debido a que, las personas al experimentar un duelo desarrollan pensamientos negativos en relación a la pérdida o la persona fallecida, que solo afecta de manera significativa la autoestima. Por consiguiente, se propone un plan de tratamiento en el cual se abarque las distorsiones cognitivas tanto del duelo como de las experiencias adversas a lo largo de la vida de la paciente, con el fin de que la paciente interprete de mejor forma cada situación que experimente a futuro.

Es válida la recomendación que a nivel educacional se fomente en los lugares de estudio el verdadero acompañamiento a los niños y adolescentes, en relación al manejo de las emociones para que los alumnos comprendan de la importancia estar preparados psicológicamente para afrontar situaciones difíciles como es el duelo por la pérdida de un ser querido, y motivar el aprendizaje de la buena salud mental en caso de pérdida para que tal confusión no ocasione al educando depresión o cualquier otro tipo de psicopatología por no saber enfocar un duelo.

Referencias

- Antón Bravo Sandra (2018) *El duelo: aprender a vivir con sentido tras una pérdida importante*. recuperado de <https://allumelx.com/duelo-vivir-con-sentido-tras-una-perdida/>
- Ardila, R. (2011). *Inteligencia. ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar?* *Revista Academia Colombiana de Ciencias Exactas y Naturales*, 35 (134), 97-103.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014) *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5. (5ª Ed.)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (2012) *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico: Versión revisada*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorario delgado – Hideyo Noguchi”
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis
- Bisquerra, R. (s.f.) “*Psicopedagogía de las emociones*”, En. España, (ed) Síntesis.
- Branden, Nathaniel. (1997). *Como llegar a ser autorresponsable*. México, Buenos Aires, Barcelona: Paidós.
- Burak, S. (2001) *Compilador; Adolescencia y juventud en América Latina / Cartago: Libro Universitario Regional*.
- Carretero Bermejo, R. (2010). *Resiliencia: Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. Nómadas, 27*. Madrid. España.
- Castro, M. (s.f.) *Tanatología la inteligencia emocional y el proceso de duelo: 2a. edición; pág. 88*.

- De Mézerville, Gastón. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- El Manual Moderno, S.A. de C.V. (2017) *Duelo: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* D.R. por Editorial ISBN: 978-607-448-635-3
- Fletcher, L. Y Hayes, S.C. (2005) *Relational Frame Theory, Acceptance and commitment therapy and a functional analytic definition of mindfulness*. *Journal of rational- emotive and cognitive behavioral therapy*, 23(4), 315-336. recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Recuperado de [https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Freud,%20Sigmund%20\(18561939\)/Freud,%20Sigmund%20-%20Duelo%20y%20melancolia.pdf](https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Freud,%20Sigmund%20(18561939)/Freud,%20Sigmund%20-%20Duelo%20y%20melancolia.pdf)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY, US: Guilford Press
- Nancy O'Connor. (2012) *“Dejarlos ir con amor: La aceptación del duelo”*: 2da. edición; México: Ed. Trillas
- Philip, R. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Puigarnau, A. (2010) *Las tareas del duelo*. Editorial Paidós; p. 30
- Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* (s.f.) (Volumen VI Número 2 septiembre 2016)

Willian Worden. (2013) *“El tratamiento del duelo”*; Ed. Paidós Ibérica; p. 286.

Anexos

Anexo 1

Tabla de variables

Caso Metodología

Nombre completo: María Isabel Vargas Arriaza

Título de la Investigación: Estudio de caso: “Depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto”

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos	Instrumentos a utilizar	Sujetos de Estudio
-Duelo no resuelto -Baja autoestima -Aumento de peso -Falta de interés en actividades diarias -Fatiga - Concentración disminuida -Agitación -Insomnio	Depresión en joven de 20 años por Duelo no resuelto	- duelo -Baja autoestima - Agotamiento emocional	¿Qué causa depresión en joven de 20 años por duelo no resuelto?	Analizar el conflicto emocional y psicológico que provoca la situación de duelo no resuelto en mujer joven de 20 años	1. Detallar el proceso del duelo ante la muerte de la madre 2. Identificar los sentimientos y creencias que causan baja autoestima en joven mujer 3. describir diferentes psicopatologías que presentan las personas por duelo no resuelto	Test proyectivos -Figura Humana -Familia -Persona bajo la lluvia Cuestionario -Whodas 2-0 Escala -Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg Test -Test Frases Incompletas de Sacks	paciente asistida en CAS 2019