

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Estudio de caso: Duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Brenda Saraf Alvarez

Guatemala, mayo del 2019

Estudio de caso: Duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Brenda Saráí Alvarez

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic (Asesor)

M.A Mónica García Gaitán (Revisor)

Guatemala, mayo del 2019

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 Bosque

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 veintisiete de noviembre del dos mil dieciocho.

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)" Presentada por la estudiante: Brenda Sarai Alvarez, 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.



Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic
Psicóloga Clínica
Colegiado 7192

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic

Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de abril del año 2019.

*En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Estudio de caso: Duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)”**. Presentada por el (la) estudiante: **Brenda Sarai Alvarez** 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.*

Mónica García Gaitán

M.A Mónica García Gaitán
Revisor





UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de mayo del 2019. _____

En virtud de que el informe final de la Sistematización con el tema: **"Estudio de caso: Duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)"**. Presentado por el (la) estudiante: **Brenda Saraí Alvarez** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado 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



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	iii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación de la Investigación	4
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Duelo	5
2.1.1 Síntomas de Duelo	6
2.1.2 Modelos Explicativos	6
2.1.3 Etapas del Duelo	7
2.1.4 Tipos de Duelo	9
2.1.5 Duelo y Patología Asociada	10
2.1.6 Duelo No Resuelto	11
2.1.7 Abordaje Terapéutico	11
2.2 Funcionalidad	12
2.2.1 Salud Mental	13

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1	Planteamiento del problema	14
3.2	Pregunta de investigación	14
3.3	Objetivo General	14
3.4	Objetivos Específicos	14
3.5	Alcances y límites	15
3.6	Método	15

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1	Sistematización de Estudios de Caso	19
4.1.1	Datos Generales	19
4.1.2	Motivo de Consulta	19
4.1.3	Historia del Problema Actual	19
4.1.4	Historia Clínica	20
4.1.5	Historia Familiar	21
4.1.6	Examen Mental	22
4.1.7	Resultados de las Pruebas	22
4.1.8	Otros Estudios Diagnósticos	27
4.1.9	Impresión Diagnóstica	27
4.1.10	Diagnóstico Según DSM-5	27
4.1.11	Conclusiones	28
4.1.12	Recomendaciones	28
4.1.13	Plan Terapéutico	29
4.2	Análisis de Resultados	35

	Conclusiones	39
	Recomendaciones	40
	Referencias	41
	Anexo	44

Lista de Imágenes

Imagen No. 1 Organigrama	3
Imagen No. 2 Genograma	21
Imagen No. 3 Tabla de variables	44

Lista de Tablas

Tabla No. 1 Pruebas Aplicadas	22
Tabla No. 2 Test Proyectivos	23
Tabla No.3 Whodas	24
Tabla No.4 CAQ	25
Tabla No.5 Duelo	26
Tabla No.6 Plan Terapéutico	30
Tabla No.7 Desglose de objetivos	31

Resumen

El presente trabajo expone el estudio de caso clínico con el fin e interés de dar a conocer un aspecto e informe clínico basado con fines de investigación y prácticos el cual fue realizado como parte de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana Campus Álamos zona 6 San Miguel Petapa.

Dicha investigación se llevó a cabo como parte del proceso de práctica, la cual se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social (CAS) que Universidad Panamericana brinda a los estudiantes de la carrera de Psicología mismo que se encuentra ubicado en Zona 9, de la Ciudad Capital de Guatemala. Dicha práctica se llevó a cabo con un tiempo aproximado de 11 meses del año en curso.

En el capítulo 1, Marco de Referencia, se explica ampliamente todo lo relacionado sobre el centro de práctica iniciando con antecedentes, en donde se hace mención de la fecha en que se inauguró el centro, la descripción del lugar, mencionando cual fue el objetivo principal y el propósito de la organización, programas establecidos que brinda entre ellos principalmente la capacitación a los practicantes y el apoyo psicológico a niños, adolescentes y adultos y por último la justificación de esta investigación.

En el capítulo 2, Marco Teórico, donde se incluyen las variables de duelo y funcionalidad dando a conocer bases teóricas que sirven como un fundamento científico, entre ellas lo que es el duelo, síntomas del duelo, los modelos explicativos, las etapas del duelo que surgen en un duelo, tipos del duelo, duelo y patología asociada, duelo no resuelto, el abordaje terapéutico apropiado de trabajar en un caso de duelo, la funcionalidad que procede la persona en un proceso de duelo y la salud mental.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, expone el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, metodología, la cual es el estudio de caso el cual es

cualitativo descriptivo que incluye un sujeto de estudio siendo un paciente que llevo a cabo su proceso terapéutico, presentando el psicodiagnóstico, plan terapéutico y sesiones de seguimiento.

Finalmente, el capítulo 4 denominado como Presentación de Resultados, incluye la sistematización de caso en donde se presentan los datos generales del paciente, motivo de consulta por el cual decidió presentarse a terapia psicológica, historia clínica, familiar, el estado mental en el que se presentó, los resultados de pruebas proyectivas y psicométricas aplicadas, la impresión diagnóstica y diagnóstico del caso, resultados, caso de estudio, conclusiones y recomendaciones.

Introducción

El duelo es el proceso psicológico que se produce a través de haber experimentado una reacción a la pérdida material, personal física o económica que a su vez es difícil aceptar porque ya no se tiene lo que anteriormente sí. De igual forma el duelo no es más que la respuesta ante un proceso ocasionado de la pérdida de un ser querido o bien material es un proceso que se debe superar, el cual es sano debido a que busca reconfortar y aceptar la pérdida encontrando una forma de adaptarse y recordar al ser querido y a su presencia o bien a lo material este se caracteriza por distintas etapas como la negación en donde no se asimila la pérdida, ira una conducta agresiva que el doliente atraviesa en el duelo, negociación en donde se produce una conducta defensiva que trata de evitar lo inaceptable, depresión el cual se presentan estados emocionales de tristeza, dolor y llantos y aceptación que es la última etapa en donde asume la pérdida el ser que se atraviesa por el duelo.

El duelo puede llegar a ser significativo y difícil, creando problemas en la funcionalidad de quien lo experimenta dando como consecuencias problemas en todas las áreas donde se desempeña el sujeto. En la integración al estudio de caso se detectó la falta de funcionalidad que usuario de 45 años presentaba, en cuanto al nivel de actividades apropiadas y efectivas que realizaba en su entorno, esta surgió como una dificultad ante la pérdida que se ha convertido en un problema emocional y la deficiencia de funcionar apropiadamente debido a que se mostraba deteriorada.

El desarrollo del estudio de caso se inició con el planteamiento de la pregunta de investigación referente a ¿Qué impacto provocó el duelo en la funcionalidad de la paciente? Por lo que el trabajo de práctica Profesional Dirigida se llevó a cabo con una mujer de 45 años quien al evaluarla presentaba signos, síntomas de duelo y cierta disfuncionalidad ante la realización de actividades en su vida cotidiana. La paciente fue referida por un vecino al Centro de Asistencia Social CAS, lugar donde se le brindó apoyo psicológico; ante la observación y escucha activa en el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron distintas pruebas de evaluación estableciendo el diagnóstico para implementar el plan terapéutico apropiado para reincorporarle a una vida funcional.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Asistencia Social (CAS) de Universidad Panamericana surgió en abril del año 2015, con el propósito de generar y promover la salud mental integral, con un servicio social ético y profesional, como respuesta a cada necesidad tanto emocional como psicológica en la sociedad.

Desde el inicio de su fundación ha atendido con profesionales y practicantes de psicología a un extenso número de personas adultas, adolescentes y niños quienes han mejorado su calidad de vida debido a su compromiso en el desarrollo integral de la sociedad guatemalteca por medio del apoyo psicosocial y emocional.

1.2 Descripción

El objetivo que el Centro de Asistencia Social brinda es cumplir una responsabilidad universitaria en el practicante, y no solo un requisito más que solicitan al mismo practicante, sino que está proyectado a dar un impacto a nivel estructural, brindando un servicio social con un alto nivel a través de la responsabilidad y la eficiencia del trabajo que brinda el estudiante practicante de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social.

Esta responsabilidad y proyección se brinda por medio de la Práctica Profesional Dirigida de los estudiantes de la facultad de humanidades de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social. Brindando un apoyo psicológico y emocional tanto a las personas adultas, como adolescentes y niños, además proporcionando un apoyo y oportunidad de contribución a personas que no cuenten con los suficientes recursos económicos para adquirir este tipo de servicio.

El Centro de Asistencia Social además de brindar apoyo psicológico a diversidad de personas, cumple con la adquisición de una formación académica en cada uno de los estudiantes entre ellos: el acompañamiento y supervisión en cada fase práctica que la misma requiere, con el propósito de dar un seguimiento concreto a los casos que el mismo practicante de la carrera de psicología atiende. Busca generar un espacio para el desarrollo y perfeccionamiento de las capacidades profesionales de los estudiantes de la Universidad Panamericana de Guatemala, a través de una supervisión constante y protocolos que garantizan la calidad de la atención como el enriquecimiento personal y profesional para el desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida, así mismo fomentando en ellos el principio de ética y sus valores fundamentales y profesionales de psicología y contribuir de una forma eficiente.

1.3 Ubicación

La ubicación del Centro de Asistencia Social se encuentra en: La 7ª Avenida 3-17 zona 9 en el Edificio Buonafina 3er. Nivel.

1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social (CAS) se instituye por la coordinadora del centro de práctica que es asignada por el consejo directivo de la Universidad Panamericana, como la encargada de organizar todo lo que integra al centro de práctica de forma eficiente. También se encuentran las secretarías con la función de velar por el almacenamiento óptimo de los expedientes, controlar el número de pacientes asignados a los estudiantes practicantes por turno, los horarios de atención a cada usuario y la confirmación de citas de los mismos con seguimiento y nuevos. El departamento de mantenimiento que se encarga de los servicios que el mismo centro requiere como lo es la limpieza de áreas entre ellas el de las clínicas, el cuidado de vasos, tazas o bien otros materiales dentro o fuera de los cubículos, seguido el centro cuenta con un elemento importante que es la seguridad y el bienestar de los practicantes y el personal que conforma a CAS, como de los usuarios que solicitan del servicio de psicología.

1.5 Organigrama

Imagen No. 1 Organigrama



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS, (2018).

1.6 Visión

Proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca. Por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética.

1.7 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 y mejorar así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

Los servicios que pone a disposición CAS son: Capacitación a practicantes, apoyo psicosocial y emocional a niños, adolescentes y adultos, y así mismo escuela para padres de forma gratuita.

1.9 Justificación de la Investigación

El objetivo en que se realizó y desarrollo dicha sistematización como trabajo de campo surgió con dos propósitos iniciando con proporcionar al practicante de salud mental la oportunidad de desarrollar habilidades terapéuticas, las cuales llevadas por la práctica consolidan un aprendizaje eficiente permitiéndole desarrollar herramientas significativas para la atención psicológica profesional. Por lo que surge la necesidad de desarrollar el estudio sobre el duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años atendida en el Centro de Asistencia social, así mismo con el segundo propósito que es de optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana, realizando el proceso de Práctica Profesional Dirigida en el Centro de Asistencia Social CAS.

Es de suma importancia la formación del profesional de la salud mental el diagnóstico oportuno para un abordaje funcional para los pacientes. Sumado a esto todo psicólogo debe trabajar en el campo de la investigación ya que es un campo en el cual los profesionales de la psicología pueden optar por temas de interés social y apoyo a las problemáticas que aquejan a nuestras comunidades para lograr el fomento de la salud mental.

Capítulo 2 Marco Teórico

2.1 Duelo

El duelo es un proceso de adaptación natural y esperable que un individuo atraviesa es por ello que Rojas (2005) explica que el duelo es un sentimiento que se presenta ante la tristeza de la pérdida de un ser querido y amado, mediante una respuesta psicológica integrada por un sentimiento y pensamiento, en el que irá surgiendo de una manera parcial, dependiendo de la persona quien la vive a un orden emocional y mentalmente confirmando si conlleva signos físicos dentro de ello.

Siendo importante comprender que el duelo es un proceso psicológico en donde la persona sufre un desprendimiento y pérdida de un ser querido, siendo este también amplio en donde surgen cambios de manera espontánea, suponiéndose un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación, en un conjunto de reacciones emocionales y ante un método de solucionar la pérdida de curación y recuperación.

El duelo es la dimensión o reacción física, cognitiva o fisiológica ante el evento de una pérdida, por lo que Fauré (2004) sostiene que el duelo surge en diferentes ocasiones iniciando desde el duelo por una ruptura en la vida personal, conllevado por emociones y sentimientos como lo es una relación de pareja, la pérdida en un ámbito significativo de pérdida de bienes materiales entre ellos un ahorro, casa, el duelo por pérdida de un empleo y el que comúnmente acontece que es la pérdida de afecto de un ser cercano o pariente que desaparece o fallece.

Mientras que Martín (2008) define el duelo como “luto” siendo una forma cultural en donde se puede optar no solo pensamientos y sentimientos sino una conducta posiblemente negativa es manifiesta, debido a que el duelo dependerá del valor que una persona mostró hacia alguien de muy alto estima por lo que de forma social surge un grupo de personas allegadas a las personas que sufren por la pérdida de un ser querido acudiendo y brindando un apoyo moral por la pena. Así mismo clarificando en que el duelo no será resuelto instantáneamente sino conlleva a un proceso

resuelto durante un año de forma normal o prolongándose más de cuatro años o más, considerándose en que se deberá establecer un tipo de conciencia y creencia consciente ante cómo será la vida sin ese ser querido que no se verá más en la vida.

2.1.1 Síntomas de Duelo

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) puntualiza que el duelo es una reacción común ante la pérdida de un ser amado, en donde el que atraviesa la pérdida exterioriza síntomas de un acontecimiento de depresión mayor. Entre ellos emociones de tristeza, culpa, angustia, sensaciones físicas como dolores estomacales, falta de energía, cogniciones de confusión, dificultad en atención y concentrarse y conductas alteradas de sueño, alimentación y aislamiento social.

Sarason y Sarason (2006) refieren que cuando una persona que atraviesa un duelo puede cursar síntomas o signos a causa de la pérdida entre ellos la evitación de recuerdos que conlleva a la pérdida, desesperanza, aislamiento, tristeza, enojo e irritabilidad. Así mismo aclaran que cuando surge la persona doliente un duelo anormal presenta síntomas mayores como lo es la ansiedad de manera constante y un estado depresivo.

2.1.2 Modelos Explicativos

Cruz, Reyes y Corona (2017) especifican que dentro del modelo explicativo en el duelo se atraviesa por series de reacciones en curso iniciando con las etapas de duelo, siendo indispensables para hacer frente a la pérdida, dando una importancia casi única al componente emocional del duelo y seguido de clasificar la categoría del duelo si es o no patológica. Debido a que estos contemplan el duelo como un modelo de proceso lineal en donde irán surgiendo las fases y el doliente atravesaría cada una de ellas en una secuencia determinada.

Dentro del modelo de procesamiento dual del duelo se aclara estimar el desarrollo del duelo en la vida del doliente, en donde no solo se enfoca en el dolor sino en inquirir actividades y relaciones interpersonales nuevas para suprimir el dolor o bien vacío que aún muestra. Por lo que así mismo

realiza una auto-percepción de las consecuencias negativas mediante la pérdida optando así dos puntos primera; una actitud de acercamiento hacia alguien o algo nuevo y segunda; la evitación de los sentimientos de tristeza y frustración concentrándose hacia un nuevo rumbo.

Por otro lado Elminger (2016) afirma que “El duelo es el agujero en lo real y moviliza el significante ofreciendo un lugar de vacío donde proyectar el significante que falta, y así el mecanismo tiene un fenómeno similar al delirio, dándose un conjunto simbólico y se sigue una solución al desorden creado por la insuficiencia de los elementos significantes para hacer frente al agujero creado en la existencia, no es fácil la operación de separación en la subjetivación del duelo, el lazo entre el sujeto y su muerto, el desprendimiento requiere tiempo que es planteado como la necesidad de lo privado” (Pág. 181).

Por su lado Ellis (2004) detalla que las tendencias conductuales y cognitivas indican que el duelo puede explicarse por génesis de entorno, personalidad y factores que lo precipitan como aislamiento social, pérdida inesperada, dificultades sociales y demasiados estresores aunados a la pérdida, antecedentes de depresión, ansiedad o trastornos de estrés, perfil de personalidad que se caracterice por esquemas de pensamientos irracionales, imitación de conductas inapropiadas ante pérdidas y ganancias implícitas que refuercen la conducta y la mantengan por más tiempo de lo normal o esperado.

2.1.3 Etapas del Duelo

Existen distintas facetas por las que atraviesa un doliente por lo que O'Connor, (2007) detalla que cada ser humano es único compuesto por múltiples genéticas, desarrollo cultural, experiencias personales y un historial familiar por lo que la forma de enfrentar una situación es única. Por lo que enlista cuatro etapas del duelo de forma en que el mismo proceda su curso de una forma natural. La etapa de ruptura de antiguos hábitos; en donde surge un rompimiento y se manifiestan emociones de angustia, e impotencia, experimentando cambios drásticos durante la vida cotidiana. En la segunda etapa inicio de reconstrucción de la vida; indica que la persona que sufre la pérdida enfrenta

los sentimientos de culpa, se perdona así mismo y toma la decisión de continuar con su vida de forma en que busca medios para desarrollarse y apoyarse en sí mismo.

En la tercera etapa la búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos; refiere que la salud vuelve a ser la misma e inclusive mejora mayormente y las emociones intensas se desvanecen como un proceso de cicatrización en donde el pensamiento del que sufre la pérdida es más claro. Y por último la cuarta etapa en donde explica la terminación del reajuste; en el que considera una etapa final en donde la persona inicia una nueva etapa por la unión de patrones antiguos y nuevos creando un pensamiento constructivo.

Kübler (2006) enlista cinco etapas de duelo las cuales experimentan diversidad de personas entre las principales deben surgir incondicionalmente para que de esta forma surja la quinta. A continuación, se describe cada etapa del duelo:

La primera es la negación, que consiste en una incredulidad en donde el individuo que sufre de la pérdida muestra culpabilidad al no idealizar que han perdido algo o a alguien, considerando el entorno como enemigo en donde no hay un sentido de vida y se niega el hecho.

La segunda etapa es el enojo, siendo esta la expresión de rabia ante el temor y miedo a no lograr ser capaz de sobresalir sin lo que ha perdido. La tercera denominada como negociación, que es la que prosigue en la mente como un trato de ayuda en obtener tiempo antes de aceptar la pérdida extendiéndose a familia, amigos, médicos e inclusive Dios. La cuarta etapa recibe el nombre de depresión, mostrándose como un sentimiento de desesperanza acompañado de sentimientos de decepción, soledad y tristeza.

Y por último la quinta etapa denominada como aceptación, siendo la apropiada y deseada es la más difícil pero alcanzable y esta consiste cuando se decide vivir el presente realizando planes en el futuro y pensar en la pérdida de forma tranquila sin sentimientos intensos de tristeza.

Por su lado Papalia (2012) refiere tres etapas en las que el doliente logra aceptar la realidad de la pérdida, adaptándose a un nuevo inicio sin esa persona y desenvolviéndose con nuevos intereses y nuevas relaciones interpersonales entre ellas:

- Choque e incredulidad; en la cual el que sufre la pérdida se encuentra en un deterioro cognitivo en el que se percibe confundido y desubicado por el tiempo de algunas semanas.
- Preocupación por la memoria de la persona fallecida; en esta etapa informa que es la más prolongada debido al proceso en que el doliente intenta aceptar la muerte del ser querido, pero le es difícil y su proceso es de meses hasta dos años.
- Resolución; en la que surge una reestructuración cognitiva en donde el doliente logra encontrar interés nuevamente en sus actividades incluyendo las que abarcan un recuerdo del fallecido manejando sentimientos encontrados mismos que son afrontados positivamente.

2.1.4 Tipos de Duelo

Un duelo es un proceso que requiere de tiempo necesario para aceptarlo y aprender a sobrevivirlo plenamente por lo que Rojas (2005) enlista ciertos tipos de duelos entre ellos duelos normales que se encuentran dentro de un estipulado tiempo de un año y anormal considerado “patológico” conllevado por la intensidad del tiempo prolongado mayor a 2 años. Entre los enlistados que el autor detalla se encuentran:

- Duelo deformado o crónico: en donde la persona que vivió la pérdida años después no logra integrarse en su entorno y vida social y continúa viviendo la pérdida como si fuera reciente.
- Duelo ausente o retardado: indicando que este tipo de duelo surge en personas que durante el inicio del mismo no manifiesta ningún signo de dolor o sufrimiento, que conllevado el tiempo es decir años después mediante recuerdos se enfrentan con sentimientos que no se les dio una solución anteriormente.
- Duelo Eufórico: en el que explica dos puntos en el que el doliente niega la realidad de la pérdida creyendo en que continúa con vida y el reconocimiento que la persona fallecida murió con un propósito y mejoría para el doliente.

- Duelo patológico del cual surge en una persona que muestra una conducta de aislamiento, agotamiento físico y emocional. Por lo que requiere de un acompañamiento profesional debido a la magnitud que observaba la pérdida y no lograr manejarla por sí misma ni por sus cercanos.

Conviene resaltar que la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) detalla que el duelo no complicado es una repulsión normal ante la pérdida de un ser amado, en donde el que sufre de la pérdida presentan manifestaciones de un suceso de depresión mayor. Manejando en sí sentimientos de tristeza, insomnio, pérdida de peso aceptando de los mismos como una actitud normal.

2.1.5 Duelo y Patología Asociada

La tristeza es uno de los principales síntomas no patológicos que atraviesa un doliente, sin embargo, Gómez (2018) sostiene que un duelo es conllevado a ser patológico cuando existe una a gran intensidad juntamente con signos que el doliente no puede sobrellevar rechazando la atención de sus vivientes amados, así alternando realizar sus responsabilidades y el retraimiento de pensar en el fallecido.

Mientras que por otro lado Ospina (2014) detalla que durante ciertas facetas del duelo el doliente manifiesta una patología asociada, con la pérdida y el manejo de la incredulidad a no aceptar lo que sucede invadiéndole la tristeza profunda el enojo y sentimientos de culpa, siendo una fase aguda del duelo mediante los llantos recurrentes, las sensaciones de irrealidad y una ansiedad extrema presentando en sí problemas en el manejo de emociones siendo vulnerable a estas a un corto y largo plazo. Pudiéndose encontrar estados depresivos, ansiedad, exacerbación de cuadros bipolares e incluso cuadros psicóticos, todo esto dependerá del grado de salud mental de quien presenta una pérdida.

2.1.6 Duelo no resuelto

Un duelo no resuelto es el que se da cuando surgen alteraciones de gran intensidad no aceptadas durante el duelo por lo que Gómez (2018) detalla que un duelo no resuelto en una persona es cuando evade sus relaciones sociales, familiares y actividades que en algún transcurso genere recuerdos vivenciados con el fallecido, procreando así cambios drásticos y repentinos en el doliente conllevado por la euforia inexistente dentro de él.

El autor Gómez (2007) indica sobre el duelo no resuelto lo siguiente: Es aquel tipo de duelo donde se intensifica el proceso y produce que la persona se descompense en su totalidad, generándole conductas desadaptativas sin conseguir resolver dicho proceso, es decir el duelo, se evidencia que la persona no consigue asimilar la nueva situación que enfrenta y difícilmente logra volverse funcional, el duelo no resuelto o complicado se divide en crónico o prolongado y duelo retrasado o suprimido. Siendo el primero el que tiene una duración excesiva sin llegar a una conclusión del mismo satisfactoria, mientras que el retrasado la persona posiblemente tuvo una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida y posteriormente experimenta síntomas de un duelo siendo una reacción excesiva

2.1.7 Abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico es indispensable en un proceso terapéutico, siendo este útil para hacer frente a las situaciones perturbadoras que se vive consigo mismo, con los demás o con el mundo es por ello que Rodríguez y Vetere (2011) definen la terapia cognitivo-conductual como un hecho en que el hombre establece su realidad y la construye mediante una estructura que den un significado y sentido a través de técnicas como los son la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos, el entrenamiento en solución de problemas, desensibilización sistemática y entrenamiento en auto instrucciones. Por lo que la Terapia Cognitiva Conductual conlleva a un aprendizaje por una toma de experiencia con el único fin en que el que atraviesa una situación difícil de sobre llevar, desarrolle ciertas virtudes y habilidades de afrontamiento a superar su situación y dirigirse de una forma vital y satisfactoria.

Higy y Gellman (2007) explican la terapia Gestalt como el proceso que guía a la acción de una liberación y de forma de pensamiento en lo que sucede en el presente concentrándose y sobreponiéndose en lo que se siente aquí y ahora. Además de ser un hábito del futuro mediante un acompañamiento de técnicas como lo son técnicas de diálogo, cartas de despedida, la silla vacía, técnica de proyecciones entre otras permitiendo en que el paciente se de en movimiento dentro de su entorno surgiendo una magnitud espiritual, creada en la visión de sí mismo y de su mundo mediante la importancia del tiempo presente, el lugar, el valor de los sentimientos, el desarrollo de una responsabilidad y crecimiento personal.

Sherr (1989) refiere que la psicoterapia es de gran beneficio por el enfoque que va orientado a la actuación en crisis, además de brindar un apoyo y guía apropiado. Así mismo de una forma dirigida es necesario que se retome a la persona que sufre de la pérdida conduciéndole por la sensación del dolor siendo esta cambiante por medio de la expresión de emociones, llantos etc.

Sin embargo Romero (2013) define que el tratamiento para abordar el duelo es el uso de técnicas dentro de la terapia interpersonal y terapia cognitiva conductual, debido a que se contempla y trabaja a un nivel del sistema nervioso central y el círculo afectivo del apego que surge de la memoria, y así el implemento de técnicas de exposición en imaginación, recordar y relatar acontecimientos relacionados con el fallecido con el acompañamiento de fotografías, objetos personales y conversaciones integrando role-playing como una transición de roles con el fallecido de forma constructiva.

2.2 Funcionalidad

Ibáñez, et alt. (2004) refieren la funcionalidad como una convicción que dentro de un grupo se actúa a ciertas actitudes dentro de las que se emiten sin relación a necesidades personales, por lo que la funcionalidad se puede dividir en algún lapso de la vida diaria como motivaciones y cognitivas. Así mismo detallan ciertos tipos de funcionalidad como: funcionalidad adaptativa; en lo que la persona se permite funcionar acercándose a lo que le es agradable, y un alejamiento a lo que

no le es, funcionalidad defensiva del yo; que consiste en aceptarse a sí mismo y al entorno en que se encuentra y por último la funcionalidad de valores; en la cual le permite a la persona que en dad circunstancias de encontrarse en un momento desfavorable logre expresar de forma positiva sus creencias y emociones.

2.2.1 Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar no solo físico, mental y social, sino en donde una persona es consciente de sus propias capacidades afrontando las situaciones anormales de la vida de forma positiva. Según la Organización Mundial de la Salud (2013) determina la salud mental como un estado de conforten donde un ser es cuidadoso ante sus capacidades propias, laborando de una manera efectiva y productiva contribuyendo hacia su sociedad de forma eficiente. Siendo así un estado de conveniencia no solo mental sino físico y social.

Novel, Luch, y López (2000) explican que la salud mental es el estado de equilibrio psíquico de la persona en donde conlleva a cumplir con su funcionalidad en aspectos cotidianos entre los cuales se encuentra la satisfacción de los intereses de realizar actividades dándole un sentido a la vida, segundo el autoconocimiento de sí mismo que conlleva a conocer sus limitaciones que es lo que sí o no puede hacer.

El establecimiento afectivo de forma positiva hacia los demás, un equilibrio emocional, manejar el contacto con la realidad orientada en hacerle frente, el estímulo y deseo creativo en la vida cotidiana y poseer un propósito de vida con el esclarecimiento de objetivos, metas y necesidades conocidas como intereses personales.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El duelo es la consecuencia ante la pérdida inherente de una persona, objeto circunstancia o incluso status social, se consideran normales ciertas conductas como la tristeza o angustia ante esta pérdida, y todo ser humano reacciona diferente ante un duelo, sin embargo cuando este proceso se convierte en un factor que altera la vida de quien lo experimenta e inicia a convertirse en un factor precipitante que genera disfuncionalidad, es decir deteriora al sujeto en todos sus ámbitos donde se desempeña, entonces es necesario que se intervenga para poder restablecer la salud mental de la persona. Siendo esto la labor principal de todo psicólogo, el restablecimiento de la salud mental en sus pacientes.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué impacto provocó el duelo en la funcionalidad de la paciente?

3.3 Objetivo general

Evaluar el impacto que provocó el duelo en la funcionalidad de la paciente.

3.4 Objetivos específicos

- Analizar los principales síntomas del duelo.
- Establecer la funcionalidad de la paciente al inicio del proceso terapéutico.
- Medir el duelo y la relación con la funcionalidad.
- Reforzar por medio de estrategias terapéuticas el fortalecimiento de la seguridad de la paciente.
- Operacionalizar la funcionalidad y superación del duelo.

3.5 Alcances y límites

Durante el proceso terapéutico se logró alcanzar el compromiso y cooperación de la paciente hacia su proceso psicológico, la superación del duelo, la integración del vínculo familiar en el proceso de la paciente y el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan terapéutico.

De igual forma surgieron límites durante el proceso entre ellos, la contaminación auditiva dentro y fuera del centro de práctica la cual desconectaba a la paciente durante la sesión y la implementación de técnicas relajantes por el exceso de ruido, el espacio de la clínica limitado para cuando el terapeuta desea aplicar técnicas de relajación ya que no existe el espacio suficiente para recostar al paciente.

3.6 Metodología

La investigación cualitativa busca un concepto en donde pueda abarcar una parte de la realidad, hablando con exactitud y tratando de obtener con entendimiento lo más profundo posible de lo que se investiga por lo que Sampieri (2006) explica que la investigación cualitativa es un proceso centralizado en un entorno natural, en donde a través de la recolección de datos se dispone una amplia relación entre las personas que participan dentro de la investigación sustrayendo su práctica de la ocupación de una mediación de un instrumento anticipado. Analizando una realidad subjetiva y la búsqueda de una dispersión de la información en desigualdad con el enfoque cuantitativo que le delimita.

Bajo el enfoque cualitativo se expone el caso de la paciente de 45 años que asistió a terapia psicológica por problemas de un estado de ánimo hipotímico, por lo que se desglosó el motivo de consulta, seguido de la lectura y firma de consentimiento informado, para respaldar el compromiso que la paciente adquiriría consigo misma, luego se realizó examen mental con el propósito de conocer más sobre su estado mental actual, seguido la realización de entrevista clínica que se dio en tres fases y la realización de genograma junto con la paciente.

Por consiguiente se inició la fase de evaluación por medio de aplicación de pruebas proyectivas y psicométricas, seguido de obtener dichos resultados de las pruebas aplicadas se dio a conocer un informe de devolución de resultados de forma verbal con la paciente informando los aspectos clínicos a trabajar y por último se dio a conocer la presentación de un plan terapéutico en donde se expuso los problemas clínicos a trabajar por lo que se dio el inicio del mismo trabajando por medio de enfoques terapéuticos como lo son la Gestalt para abordar el duelo, siendo el problema clínico principal y la inseguridad que se trabajó desde la perspectiva del enfoque cognitivo conductual y concluyendo con el cierre del proceso terapéutico.

Por lo que se realizaron distintas pruebas proyectivas siendo esta parte fundamental dentro del proceso de atención psicológica a la paciente, las cuales se describen a continuación:

Test del Árbol: indica que la paciente se encuentra en un estado consciente del presente, mostrando encaminarse al pasado, reflejando delicadez y debilidad de energía hacia su contacto con la realidad. Así mismo denotando ser apacible, con deseo de superación al sentimiento de tristeza e inferioridad encaminándose al futuro de forma constante y perseverante.

El test del árbol es una prueba proyectiva que refleja si el evaluado presenta conflictos internos, la personalidad y la estabilidad del evaluado, por lo que Koch (1980) define este test es una prueba proyectiva que consiste en analizar la personalidad y la estructuración del propio “Yo” en donde relaciona por las zonas, la calidad de los trazos y la ubicación del dibujo en la hoja.

Test de La Familia: Paciente denota ser noble, protege la fidelidad y la confiabilidad hacia las personas que se encuentran en su entorno, indicando así sentimientos de delicadeza, sensibilidad e inferioridad, con dificultad en aceptar lo que pasa a su alrededor y tomar decisiones dentro del entorno a quien muestra gran afecto.

El test de la familia es un test proyectivo que mide el estado emocional en el que se encuentra un niño en su vínculo familiar en donde Coman (2008) define el test de la familia como la percepción que tiene el paciente de su familia, el lugar que ocupa dentro ella, las relaciones que percibe dentro

de los miembros que le integran, su valor y adaptación mediante su medio de expresión libre en donde se estudia la relación con su identificación consciente y sus relaciones objetivas.

Test Persona Bajo la Lluvia: denota confiabilidad de la paciente hacia su futuro por medio de la perseverancia de un proyecto por su porvenir, en el que muestra de igual forma hostilidad del medio al cual actualmente se encuentra optando una postura de depresión como refugio con expresiones de inseguridad ante la falta de límites que atraen un ambiente de tristeza en el que se encuentra, sin embargo refleja ser sana, adaptada, colaboradora, emprendedora y alcanzadora de metas con disposición de enfrentar al mundo.

La prueba proyectiva persona bajo la lluvia evalúa los conflictos internos que presenta el evaluado, los mecanismos de defensa más utilizados y su estructura psicológica, sin embargo Querol y Chávez (2005) sostienen que este test de persona bajo la lluvia tiene como objetivo la búsqueda de las condiciones ambientales de las que la paciente se encuentre siendo desagradables, tensas según como la lluvia las representa, así mismo evalúa los conflictos, ansiedades, temores y mecanismos de defensa que opta el paciente dentro del entorno en que se encuentra.

Así mismo se aplicaron Test psicométricos entre ellos: Test Whodas en el que la paciente mostró discapacidad en comprensión y comunicación, es decir refleja dificultad de comprender ciertos sucesos ante su entorno y la falta de comunicación ante los mismos, así mismo la discapacidad en relacionarse con otras personas dentro y fuera de vínculo de confianza de manera abierta y sociable lo que le genera un vínculo social pequeño.

El cuestionario Whodas es un instrumento que brinda la oportunidad de medir la salud mental y si se obtiene cierto tipo de discapacidad entre culturas, por lo que Según la Organización Mundial de la Salud (2010) define que Whodas es un instrumento de evaluación que consiste en evaluar la discapacidad en seis dominios, entre ellos la comprensión y la comunicación, la capacidad para moverse en su alrededor (entorno) el cuidado personal, la capacidad de relacionarse con otras personas, las actividades de la vida diaria y la participación en la sociedad.

En el Test de Duelo aplicado a la paciente, en donde refleja que en los resultados obtenidos la paciente muestra encontrarse en 3 etapas del proceso de duelo, siendo estas las más altas como lo son la negación ante el proceso en que se sitúa, la ira ante la falta de presencia del fallecido y la negociación ante defender su estado propenso en asimilar la ruptura ante la persona que actualmente ya no se encuentra.

Las etapas de duelo son parte fundamental del proceso, debido a que permiten asimilar poco a poco el proceso de manera en que no se presente una sensación de desorientación la que de forma normal se presenta ante una pérdida, por lo que Kübler (2006) sostiene la importancia de identificar en qué etapa del duelo se encuentra una persona debido al mundo interno y externo del duelo por las circunstancias en que las que se encuentra el evaluado.

Y por último se aplicó el Test de CAQ, en donde denota ser agradable, honesta, emprendedora con la deficiencia de la preocupación por la salud, evitando contactos interpersonales y la falta de confortabilidad hacia con su medio sin embargo evidenció ser una persona sensata evitando implicarse en algo ilegal o rompimiento de normas poseyendo un sueño profundo. Krug (1985) indica la importancia de la evaluación del test CAQ debido a que su único propósito es el de identificar y analizar conductas psicopatológicas al evaluado.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

4.1.1 Datos Generales

Nombre: J.A.G

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 10 de marzo de 1973

Edad: 45 años

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: No recibió educación.

Profesión: -----

Ocupación: Ama de casa

Religión: Evangélica Cristiana Dirección:

Villa Canales

Referido por: M.S. vecino

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 19 de abril de 2018.

4.1.2 Motivo de Consulta

Paciente indica asistir a terapia refiriendo “últimamente me he sentido triste por la muerte de mi madre por lo que he logrado sentirme insegura y con desánimo” (SIC).

4.1.3 Historia del Problema Actual

Paciente presenta hace 6 meses estado de ánimo hipotímico debido al fallecimiento de su madre hace un mes. Provocando en ella hipersomnio nocturno, hipoproxia, anergia, anhedonia, inseguridad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Siendo el factor precipitante el fallecimiento de la madre un mes atrás y así mismo el del padre años atrás con quien no logró despedirse lo que provoca de igual forma un estado hipotímico. Debido a la pérdida de la madre, la paciente ha presentado impactos emocionales, por lo que muestra poco interés al realizar actividades en su vida religiosa, familiar, social, así mismo manejando, poca ingesta de alimentos, y baja capacidad de tomar decisiones siendo antes premórbidamente funcional en todas sus actividades.

4.1.4 Historia Clínica

- Historia prenatal: Consultante no refiere mayor información únicamente recuerda que madre le comento que ambos padres mostraban alegría al saber de su embarazo.
- Nacimiento: Paciente refiere que madre en una ocasión le informó que el nacimiento de ella como el de sus hermanos fue normal y que no mostro ningún tipo de complicación durante el parto.
- Evolución de lenguaje: No se dio ningún tipo de información relevante a la evolución de su lenguaje.
- Desarrollo escolar: Paciente refirió que su padre fue muy machista por lo que nunca le brindó la oportunidad de asistir a la escuela, sin embargo, gracias a la ayuda de uno de sus hermanos aprendió a leer y escribir.
- Desarrollo social: No se brindó mayor información únicamente que la relación con vecinos era regular debido a que padre no les aprobaba salir a compartir con ellos. Así mismo refiere que en el transcurso laboral la relación con sus compañeros era distante por lo que se le dificultaba hacerse amistades.
- Adolescencia: Durante su niñez y adolescencia su padre le rechazaba mucho por lo que prefería obedecer en todo y ser sumisa con él.

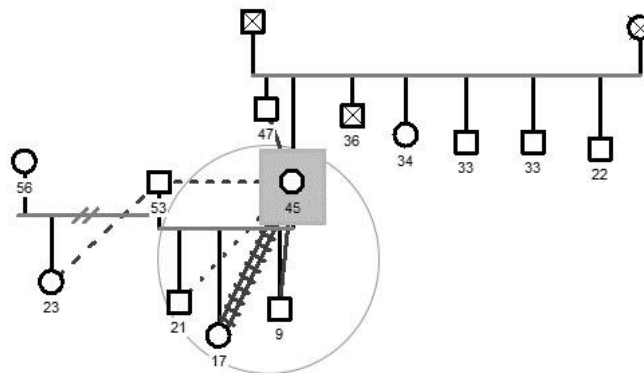
- **Adulthood:** Patient began working at the age of 12 years in a bakery for 2 years, his second job was domestic worker at 14 years for 1 year, and finally in a house as a cook and nanny for 5 years. Refers not showing great job satisfaction although when he did it he did so with tranquility and gratitude.
- **Sexual and marital history:** Consultant refers that his first sexual act occurred at 17 years, which arose from experimenting in a relationship because his father was bothered by touching that subject, indicating that later it arose with his spouse in the marriage and was normal at the moment in which he found himself living in the city since he has been there for 7 years.

Personas patológicas

- **Medical history:** Patient indicates that during his childhood he suffered from colds, cough and stomach problems and from adulthood he suffers from hypertension and migraines.
- **Previous emotional or mental disorders:** No type of psychiatric or psychological condition was found.

4.1.5 Historia Familiar

Imagen No. 2
Genograma



Fuente: elaboración propia,(2018).

Estructura familiar: Paciente vive únicamente con tres de sus hijos entre ellos dos hijas de 21 y 17 años y su hijo de 9 años con quien su relación es distante y cuentan con el apoyo económico que esposo y les envía para el sustento de la vivienda y comida.

Antecedentes familiares: Ambos padres murieron por problemas de salud entre esto riñones y aparato respiratorio. El padre falleció a los 63 años y la madre a los 70 años. Paciente mantiene una relación distante con sus hermanos debido a la distancia en la que viven entre ellos se encuentran dos hermanas de 47 y 38 años, sus hermanos de 40 y 35 años y dos fallecidos uno por accidente a los 18 y el segundo perdido a los 22 años.

4.1.6 Examen Mental

La paciente presenta aspecto general en peso, arreglo, higiene, postura y en vestuario adecuado a su edad, mostrando una conducta hacia el entrevistador cooperadora, abierta, tensa, atenta y amable. Su conducta motora es lenta, está orientada en espacio y tiempo, tiene poca fluidez del pensamiento y comprensión, evidencia problemas en la memoria inmediata y muestra dificultad para comprender y responder lo que se le pregunta. En su afectividad muestra tristeza, aflicción culpa, ansiedad, aislamiento e inseguridad, presenta insight, es paciente confiable, no presenta delirios ni alucinaciones.

4.1.7 Resultados de la pruebas

Tomando en cuenta el problema de la paciente se tomó la decisión de aplicar las siguientes pruebas para tener un mejor diagnóstico y aborde terapéutico efectivo.

Tabla No. 1
Pruebas aplicadas

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
------------------------	----------------------------

Test Proyectivo del Árbol	7/6/2018
Test Proyectivo de la Familia	7/6/2018
Test Whodas	14/6/2018
Test Psicométrico Duelo	21/6/2018
Test Psicométrico CAQ	5/7/2018

Fuente: elaboración propia, (2018).

**Tabla No.2 Test
Proyectivos**

Prueba aplicada y fecha de aplicación:	Resultados
Test proyectivo Árbol Fecha: 7-06-2018	<p>En la interpretación del Test aplicado a la paciente se encuentra en un estado consciente del presente, encaminada al futuro, perseverante y en ocasiones reservada. Sin embargo, muestra encaminarse a su pasado en donde refleja delicadeza, y debilidad de energía hacia su contacto con la realidad, mostrando signos depresivos y comunicabilidad reducida y sociabilidad.</p> <p>Además, denota ser una persona con calma, deseosa de superación al sentimiento de tristeza e inferioridad, indica ser muy dulce con su medio en especial su vínculo que le fortalece como persona y así mismo toma tiempo en sí misma a la meditación para una efectiva resolución de conflictos o bien límites que se le interponen.</p>

<p>Test proyectivo Familia Facha: 7-6-2018</p>	<p>La prueba del test aplicado a la paciente denota que se encuentra ubicada y en contacto con la realidad, es una persona noble, honesta, alguien que protege la fidelidad y se muestra amigable y confiable hacia las personas que se encuentran en su entorno, tanto familiar y social.</p> <p>Así mismo muestra delicadeza de sentimientos, suele asociarse consentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez con un retraimiento o depresión. Indica una preocupación por rendimiento académico intelectual por lo que en ocasiones se le dificulta mantener un contacto con los demás debido a su inseguridad y desvalimiento, de esta manera demuestra dificultad en aceptar lo que pasa a su alrededor y escuchar lo que su instinto no le permite y esto puede surgir al miedo de afrontar algo que dará un cambio a su vida y familia.</p> <p>Sin embargo, denota flexibilidad de comunicación con un personaje de</p>
	<p>su vínculo familiar a quien admira derivado a que siente apoyada por la misma.</p>
<p>Test proyectivo Persona bajo la Lluvia Fecha: 7-06-2018</p>	<p>Según la prueba aplicada a la paciente denota ser una persona extrovertida, denota facilidad en la comunicación con otros, se refleja confiada en el futuro, donde se inclina en la perseverancia de un proyecto por su porvenir.</p> <p>Sin embargo, muestra hostilidad del medio al cual actualmente se encuentra, refugiándose ante una postura de depresión reflejando tristeza, resignación, inseguridad donde suele actuar por inconsciente con una inmadurez emocional.</p> <p>Además de una emocionalidad variante está se observó una línea armónica que representa ser una persona sana, equilibrada, adaptada, elaboradora, emprendedora y alcanzadora de metas debido a su perseverancia constante. Denota ser armoniosa, dispuesta a enfrentar al mundo esto conllevado a su comportamiento presente.</p>

Fuente: elaboración propia, (2018).

Tabla No. 3**Whodas**

Dominio	Puntaje	Porcentaje	Evaluación cualitativa
Comprensión y Comunicación	17	57 %	Si evidencia discapacidad
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)	8	32 %	No evidencia discapacidad
Cuidado Personal	5	25 %	No evidencia discapacidad
Relaciones con otras personas	17	68 %	Si evidencia discapacidad
Actividades de la vida diaria	15	38 %	No evidencia discapacidad
Participación en Sociedad	16	40 %	No evidencia discapacidad

Fuente: elaboración propia, (2018).

Resultados Cualitativos: Paciente evidencia discapacidad en comprensión ante ciertos sucesos de su entorno y la falta de comunicación ante los mismos, inclusive en sus relaciones con otras personas dentro y fuera del vínculo a quien tiene por alto estigma y de confianza, sin embargo, denota capacidad de participar con esmero esfuerzo en sociedad, actividades diarias, cuidado personal, y para moverse en su entorno.

Tabla No.4**Test CAQ**

Escala	Puntuación directa	Decatipo
D1	13	10
D2	3	7

D3	12	7
D4	10	7
D5	12	8
D6	12	7
D7	17	10
Pa	11	8
Pp	7	2
Sc	13	10
As	15	8
Ps	9	8

Fuente: elaboración propia, (2018).

Resultados Cualitativos: A nivel de la estructura básica de la personalidad, la paciente denota ser una persona agradable, honesta, respetuosa, humilde y emprendedora. Sin embargo, manifiesta preocuparse por la salud, los desarreglos y las funciones corporales, evita contactos interpersonales, no se siente comfortable con los demás, y con impulsos repentinos o incontrolados se aleja de la realidad. Además, la paciente evidencia ser una persona sensata, evita implicarse en algo ilegal o romper las normas, no le ofenden las críticas, acepta lo antisocial en sí mismo o en otros, se evidencia enérgica mostrando entusiasmo por el trabajo y posee un sueño profundo.

Tabla No.5
Test del Duelo

Total	Etapas
2	Negación
2	Ira
2	Negociación
1	Depresión
1	Aceptación

Fuente: elaboración propia, (2018).

Según los índices de la interpretación del test psicométrico aplicado, la paciente se encuentra en 3 etapas las cuales son: Negación: Se trata básicamente de un mecanismo de defensa frente a la pérdida, deberá durar poco tiempo en lo que se tome adaptarse a la nueva realidad. Ira: La negación será sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento, implícitamente comienza a aceptar el hecho, aunque todavía no está lista para asumir su responsabilidad de ruptura. Negociación: Se inicia un debate interno en que una parte de si empieza a reclamar que tome acción frente a la situación, mientras la otra ofrece resistencia porque aún conserva esperanzas de recuperar

4.1.8 Otros estudios diagnósticos (no aplica)

4.1.9 Impresión Diagnóstica

Mediante la observación, escucha activa y la aplicación de evaluaciones se determina que la paciente se encuentra en tres etapas del duelo que son negación, ira y negociación debido a la muerte de su madre con quien antes de su fallecimiento surgió una relación estrecha en donde se involucraron sentimientos, comunicación y una relación muy cercana y amistosa. La paciente sufrió antes la pérdida de la figura paterna, la cual dejó muchos asuntos inconclusos con la paciente ya que se caracterizó por ser un hombre duro e intransigente, lo que generó en la paciente problemas en su estima propia, evidenciándose esto por problemas en su personalidad como la sumisión. Es evidente que la recurrencia de las muertes de los progenitores le generaron disfuncionalidad y el revivir la pérdida con el fallecimiento de la madre sirvió para exacerbar los síntomas que no había logrado expresar por el fallecimiento de su padre. Expresando así la pérdida con ira, negación y negociación inapropiada, evidenciados en la paciente problemas significativos en la comunicación y relaciones sociales.

4.1.10 Diagnóstico según DSM-5

V62.82 (Z63.4) Duelo No Complicado (716)

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, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo se le considera su ánimo deprimido como “normal”, si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio o anorexia. 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 Conclusiones

El proceso de duelo debe ser abordado no solamente de una manera eficiente, sino acompañado de paciencia y delicadeza, debido al acontecimiento que está atravesando el doliente.

El duelo es una etapa normal que puede atravesar un individuo el cual conlleva de un tiempo en sobrellevarlo, por lo que se debe entender que se manifiesta de modos distintos y especiales según el peso de la pérdida de quien le atraviesa.

Un acompañamiento interpersonal o familiar hacia la persona que atraviesa un duelo le permitirá afrontar las etapas de duelo de una manera sana y positiva, aceptando la realidad en la que se encuentra y tomándole como una experiencia personal.

Se logró cumplir cada uno de los objetivos planteados en el proceso terapéutico de la paciente mediante lo que se obtuvo no solo la superación del duelo y la afrontación de las etapas del mismo, sino así la funcionalidad que la paciente no mostraba al inicio de su proceso.

4.1.12 Recomendaciones

Abordar diagnóstico de Duelo no complicado con paciente y sus principales síntomas. Investigar actividades lúdicas y de interés a paciente para mejorar sus relaciones interpersonales y establecer

su funcionalidad. Abordar terapia familiar, reforzando la seguridad de paciente por medio de estrategias terapéuticas.

4.1.13 Plan terapéutico

Tomando en cuenta las necesidades de la paciente se implementa el plan terapéutico apropiado para la misma con el fin de reestructurar su salud mental y generar funcionalidad en la consultante.

Teoría Gestalt: se puede encuadrar dentro del marco más amplio de la psicología humanista, ya que pone énfasis en las vivencias subjetivas de cada persona, da importancia a aspectos positivos de la psicología tales como la autorrealización y la búsqueda de decisiones acertadas, y trabaja con una concepción del ser humano como agente capaz de desarrollarse de forma libre y autónoma, la teoría de la Gestalt acerca a una concepción del ser humano caracterizado por su papel activo a la hora de percibir la realidad y tomar decisiones.

El enfoque Gestalt parte de la base de que los seres humanos rigen su actividad mental por un principio de organización que permite interpretar los estímulos del medioambiente como un todo y no como asociaciones entre estímulos y respuestas. Así mismo la importancia del presente de un individuo, específicamente en la autopercepción inmediata de su medio, focalizando en el presente en el cual se expresan posibles Gestalt o situaciones incompletas o no resueltas.

Teoría cognitiva-conductual: ya que postula que los pensamientos y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que esa persona interpreta la situación. Esta perspectiva sostiene que la persona depresiva exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsistente de él, el mundo y el futuro. Se supone que estos procesos y contenidos de pensamiento subyacen a los síntomas motivacionales, afectivos y conductuales de la depresión. La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa 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.

Para complementar la perspectiva conductista y del aprendizaje social, declara que los trastornos son aprendidos del mismo modo que cualquier otra conducta. Puesto que la conducta se aprende se puede explicar que el trastorno depresivo se debe a que ella ha aprendido de manera inadecuada a percibir el mundo y se ha mantenido mediante una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos.

Perspectiva Cognitiva, ya que esta perspectiva sostiene que las personas 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 en sí.

El tiempo estimado de la terapia es de 2 meses, aproximadamente 10 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Tabla No. 6
Plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Duración	Recursos
Duelo No Complicado	Manejar el ciclo del duelo y Fortalecer los sentimientos de valía personal (amor propio, merecimiento y respeto)	1. Silla Vacía (Gestalt) 2. Psicoeducación de las etapas del duelo (cognitiva) 3. Psicoeducación Afrontando el duelo 4. De la Ausencia a la presencia (reestructuración cognitiva) 5. Carta de Despedida (Gestalt) 6. El frasco de la Felicidad	10 sesiones	<input type="checkbox"/> Sillas <input type="checkbox"/> Video reflexivo <input type="checkbox"/> Hojas blancas <input type="checkbox"/> Lapiceros <input type="checkbox"/> Música de fondo <input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> Música de relajación <input type="checkbox"/> Hojas y lápiz <input type="checkbox"/>
Inseguridad	Reforzar la capacidad que favorezcan el aumento de seguridad y éxito en la vida. Mejorar la relación en el vínculo familiar mediante la comunicación asertiva.	7. Entrenamiento en auto instrucciones) 8. Auto registro de Pensamientos Automáticos 9. Un viaje a la vida (desensibilización sistemática) 10. Juego de Roles (Entrenamientos en solución de problemas)	2 sesiones	Video <input type="checkbox"/> Bote <input type="checkbox"/> Hojas <input type="checkbox"/>

Fuente: Elaboración propia, (2018).

**Tabla No. 7 Desglose
de objetivos**

Objetivo: Manejar el ciclo del duelo y Fortalecer los sentimientos de valía personal (amor propio, merecimiento y respeto)	
No. Sesiones	Técnicas
1	<p>Silla Vacía: Para iniciar la técnica se le indicará al paciente sentarse, que cierre los ojos y que respire profundamente. Antes de que cierre los ojos ella observará una silla vacía frente a ella, en ésta se sentará la persona con quien la paciente dejó algo inconcluso.</p> <p>Cuando en la silla vacía se imagina una persona, se pide a paciente que describa con todo lujo de detalles el aspecto físico de la persona imaginada, lo que le da fuerza a la presencia. Posteriormente la paciente establece un diálogo con la persona imaginada, mientras el terapeuta le sigue muy de cerca y reconduce dicho diálogo para que el paciente no evite ningún asunto. Una vez terminado el diálogo el terapeuta le pide que coloque a esa persona en un lugar de su cuerpo que no sea la cabeza, le pregunta por cómo se siente y da por finalizada la sesión acompañada de una retroalimentación de la técnica implementada.</p>
2	<p>Psicoeducación: En esta técnica se dará una psicoeducación abordando las etapas del duelo en las que la paciente se encuentra negación, ira y negociación con el que se acompañará de un video reflexivo del duelo.</p>
3	<p>Psicoeducación: En esta sesión se dará psicoeducación enfocada en la afrontación el duelo basándonos en 5 puntos importantes en afrontar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación de Pérdida 2. Hablar la pérdida 3. Identificar emociones en acto en el duelo 4. Adaptación a un nuevo entorno 5. Recordar emocionalmente al fallecido

4	<p>De la Ausencia a la presencia: Esta técnica consiste en aminorar el dolor por la pérdida mediante el recuerdo de las vivencias positivas, en donde será necesario que el paciente considere la riqueza de lo que vivió con la persona que partió, el objetivo será que tenga presente esas vivencias y las disfrute siempre, pero sin dolor.</p> <p>Esta técnica iniciará con un ejercicio de respiración profunda, seguido se le irá indicando que imagine a la persona que se ha ido, características así mismo se le dará el seguimiento por medio de 7 pasos hasta que el sentimiento de pérdida sea remplazado por el de presencia y agradecimiento.</p>
5	<p>Carta de Despedida: Se le entregará a paciente una hoja en blanco en donde se le indicará elaborar una carta al fallecido donde se exprese tanto pensamientos como sentimientos que ha supuesto la pérdida de esa persona, le guiaremos en informarle que se permita liberar sus emociones y que las escriba sin la importancia de que sean positivas o negativas, así mismo indicándole que hoy se despide de esa persona no porque no significando en renunciar u olvidarla sino porque desea continuar con su vida. Para finalizar la técnica se le indica a paciente cerrar los ojos y llevarla a imaginar que esa carta está llegando a las manos de esa persona y que imagine una sonrisa llena de paz en ella lo que le dará fuerzas y continuar con su vida.</p>
6	<p>El Frasco de la Felicidad: En esta técnica se le entregará un frasco a paciente acompañado de material para decoración, el cual ella decorará según su creatividad. Seguido de haberlo culminado se le explicará a la paciente que cada día escribirá algo que la hizo feliz por muy pequeño que haya sido y lo depositará en el frasco.</p> <p>Esta técnica ira acompañada de un video motivacional llamado “Ser Feliz”.</p> <p>Así mismo esta técnica se retroalimentará en la última sesión del plan terapéutico para llevar a paciente a un momento de reflexión y satisfacción por la vida.</p>

Objetivos: Reforzar la capacidad que favorezcan el aumento de seguridad y éxito en la vida.

No. Sesiones	Técnicas
7	<p>Aprende a tratarte con respeto y consideración: En esta técnica la paciente debe de tomar aleatoriamente de un bote llamado el bote de problemas un papel, leerlo y luego realizar la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados.</p> <p>Se trata de saber enfocar las situaciones complicadas del modo más constructivo posible, sin dejarse llevar por los miedos y la ansiedad.</p> <p>Repetir la técnica según capacidad del paciente.</p>
8	<p>Autorregistro de Pensamientos Automáticos: Esta técnica consiste en identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos que generan malestar, para sustituirlos por otros más apropiados y se reduzca o elimine. Se le entregará una hoja en donde paciente auto registra una situación en donde se produce un conflicto, la respuesta cognitiva que es decir el pensamiento, la respuesta fisiológica que son las reacciones físicas que aparecen en sus cuerpos y el resultado que es lo que hacen.</p>
9	<p>Un viaje a la vida: Escuchar el video para luego comentarlo acerca de la reflexión.</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=lrQT5ipKEcY</p>
10	<p>Juego de Roles: En esta sesión se indica a paciente e hijos dramatizar una situación en donde mostraron sentimientos bien sean positivos o negativos, seguido por medio de unos papelitos en ellos escritos sus nombres se les indica que realicen el pequeño drama dentro de la clínica en donde terapeuta estará observando la situación y poder sustraer los sentimientos y la forma de solucionar el problema. Luego de dramatizar por diferentes roles se hace una pequeña reflexión mediante la importancia de la comunicación asertiva y la solución de problemas.</p>

Fuente: Elaboración propia, (2018)

4.2 Análisis de Resultados

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) puntualiza que el duelo es una reacción común ante la pérdida de un ser amado, en donde el que atraviesa la pérdida exterioriza síntomas de un acontecimiento de depresión mayor. Entre ellos emociones de tristeza, culpa, angustia, sensaciones físicas como dolores estomacales, falta de energía, cogniciones de confusión, dificultad en atención y concentrarse y conductas alteradas de sueño, alimentación y aislamiento social.

La paciente al llegar a la clínica relata que tuvo una pérdida de la madre hace un mes, en donde ha venido presentando cierta sintomatología como lo es un estado de ánimo hipotímico, hipersomnio nocturno, hipoprosexia, anergia, anhedonia, inseguridad y sentimientos de desesperanza en consecuencia a la pérdida de la madre.

Ibáñez, et al. (2004) refieren la funcionalidad como una convicción que dentro de un grupo se actúa a ciertas actitudes dentro de las que se emiten sin relación a necesidades personales, por lo que la funcionalidad se puede dividir en algún lapso de la vida diaria como motivaciones y cognitivas. Así mismo detallan ciertos tipos de funcionalidad como: funcionalidad adaptativa; en lo que la persona se permite funcionar acercándose a lo que le es agradable, y un alejamiento a lo que no le es, funcionalidad defensiva del yo; que consiste en aceptarse a sí mismo y al entorno en que se encuentra y por último la funcionalidad de valores; en la cual le permite a la persona que en dadas circunstancias de encontrarse en un momento desfavorable logre expresar de forma positiva sus creencias y emociones.

Previamente a la intervención y al proceso terapéutico la paciente reflejaba una disfuncionalidad en su entorno familiar y en sus actividades generales, debido a que no mostraba interés de tomar tiempos recreativos con familia ni de retomar las ocupaciones que anteriormente frecuentaba realizar con entusiasmo y placer, incluyendo de igual forma sus relaciones interpersonales por las que solía rechazarles y optar una actitud de aislamiento.

Kübler (2006) enlista cinco etapas de duelo las cuales experimentan diversidad de personas entre las principales deben surgir incondicionalmente para que de esta forma surja la quinta, la primera que se da en una etapa de duelo es la Negación, que consiste en una incredulidad en donde el individuo que sufre de la pérdida muestra culpabilidad al no idealizar que han perdido algo o a alguien, considerando el entorno como enemigo en donde no hay un sentido de vida y se niega el hecho. La segunda etapa es del enojo, consisten en la expresión de rabia ante el temor y miedo a no lograr ser capaz de sobrellevar lo que ha perdido.

Luego se encuentra la tercera etapa llamada como negociación, que es la que prosigue en la mente como un trato de ayuda en obtener tiempo antes de aceptar la pérdida extendiéndose a familia, amigos, médicos e inclusive Dios. La cuarta etapa consiste en la depresión, mostrándose como un sentimiento de desesperanza acompañado de sentimientos de decepción, soledad y tristeza y por último la Aceptación: que siendo la apropiada y deseada es la más difícil pero alcanzable y esta consiste cuando se decide vivir el presente realizando planes en el futuro y pensar en la pérdida de forma tranquila sin sentimientos intensos de tristeza.

Durante el proceso de evaluación se aplicó a la paciente La prueba psicométrica que fue “Etapas de duelo” cuyo objetivo es medir cada una de las etapas del duelo. Los resultados de la prueba psicométrica determinaron que la paciente se encontraba en las etapas de negación, ira y negociación.

Rodríguez y Vetere (2011) definen la terapia cognitivo-conductual como un hecho en que el hombre establece su realidad y la construye mediante una estructura que den un significado y sentido a través de técnicas como los son la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos, el entrenamiento en solución de problemas, desensibilización sistemática y entrenamiento en auto instrucciones. Por lo que la Terapia Cognitiva Conductual conlleva a un aprendizaje por una toma de experiencia con el único fin en que el que atraviesa una situación difícil de sobre llevar, desarrolle ciertas virtudes y habilidades de afrontamiento a superar su situación y dirigirse de una forma vital y satisfactoria.

Higy y Gellman (2007) explican la terapia Gestalt como el proceso que guía a la acción de una liberación y de forma de pensamiento en lo que sucede en el presente concentrándose y sobreponiéndose en lo que se siente aquí y ahora. Además de ser un hábito del futuro mediante un acompañamiento de técnicas como lo son técnicas de diálogo, cartas de despedida, la silla vacía, técnica de proyecciones entre otras permitiendo que el paciente se de en movimiento dentro de su entorno surgiendo una magnitud espiritual, creada en la visión de sí mismo y de su mundo mediante la importancia del tiempo presente, el lugar, el valor de los sentimientos, el desarrollo de una responsabilidad y crecimiento personal.

Al indagar cada aspecto evaluado a paciente mediante herramientas se concretó abordar el proceso terapéutico en base al modelo de terapia Cognitivo-Conductual mediante técnicas de reestructuración cognitiva, registro de pensamientos automáticos, entrenamiento en solución de problemas, desensibilización sistemática y el entrenamiento en auto instrucciones, así mismo abordando técnicas de la terapia Gestalt las cuales fueron silla vacía, técnicas de diálogo y proyecciones y técnica carta de despedida.

Con el objetivo de trabajar en sus pensamientos, que postulan una conducta negativa influida por la percepción del evento de la pérdida de la madre en que se encuentra, haciendo énfasis en alcanzar la autorrealización y la integración de decisiones acertadas percibiendo, aceptando la realidad y focalizarse en el presente y el porvenir.

Novel, Luch, y López (2000) explican que la salud mental es el estado de equilibrio psíquico de la persona en donde conlleva a cumplir con su funcionalidad en aspectos cotidianos entre los cuales se encuentra la satisfacción de los intereses de realizar actividades dándole un sentido a la vida, segundo el autoconocimiento de sí mismo que conlleva a conocer sus limitaciones que es lo que sí o no puede hacer.

El establecimiento afectivo de forma positiva hacia los demás, un equilibrio emocional, manejar el contacto con la realidad orientada en hacerle frente, el estímulo y deseo creativo en la vida cotidiana

y poseer un propósito de vida con el esclarecimiento de objetivos, metas y necesidades conocidas como intereses personales.

Posteriormente al concluir con el proceso terapéutico en la paciente se analizaron los objetivos alcanzados entre los cuales se observó la superación del duelo debido a que logró salir de las etapas del duelo en las que se encontraba, así mismo la mejoría en su salud mental y su funcionalidad por lo que obtuvo la capacidad de seguridad en sí misma mediante la toma de decisiones, comunicación asertiva en su entorno familiar, integración en las relaciones sociales e interpersonales y retomando sus actividades, tanto laborales como personales de manera efectiva y productiva.

Conclusiones

Mediante la aplicación de la entrevista clínica y evaluaciones se detectaron síntomas de un estado hipotímico, hipersomnio nocturno, anhedonia, entre otros siendo así un cuadro de síntomas de duelo mismos que se trabajaron dentro del proceso terapéutico y se alcanzaron eliminar.

Debido al proceso de duelo en el que la paciente se encontraba, mostraba inapropiada funcionalidad debido a su desequilibrio emocional, el interés en actividades diarias y la inseguridad de sí misma, sin embargo, a través de técnicas terapéuticas apropiadas a sus necesidades se logró el equilibrio en las emociones y la seguridad de sí misma, las cuales al inicio del proceso eran ineficientes y escasas.

Se logró identificar cada una de las etapas de duelo en las que paciente se enfrentaba a través del test psicométrico “etapas de duelo”, en las cuales se trabajó a través de psicoeducación de las etapas del mismo y el afrontamiento apropiado del mismo con el acompañamiento de técnicas terapéuticas con el fin de hacer frente asertivamente a la pérdida.

Luego del diagnóstico se implementaron estrategias terapéuticas basadas en la terapia cognitiva conductual, donde se abordó el registro de pensamientos automáticos, logando el cambio y la modificación de ideas, fortaleciendo la seguridad para la toma de decisiones en la paciente, y así mismo se abordaron técnicas gestálticas para trabajar el duelo.

Se logró definir la funcionalidad en la paciente y la superación de duelo al finalizar el plan terapéutico debido a que logró determinar y establecer límites en el ámbito familiar y social, así mismo retomó la realización de actividades diarias dentro y fuera de su entorno las cuales anteriormente cedió por falta de placer a realizarlas.

Recomendaciones

Es necesario que la paciente aprenda a reconocer y auto evaluarse para reconocer si observa o presenta algunos de los síntomas del duelo con el único propósito en que puedan trabajarse de forma inmediata, de modo que no pueda presentarse un cuadro sobre sí de síntomas patológicos que conlleve a la paciente a un estado depresivo.

Se propone buscar actividades que sean de interés a la paciente y que se encuentren dentro de sus alcances, con el objetivo en que pueda realizarlas e incorporarlas incorporarse a sus actividades diarias, para aportar emociones positivas en su diario vivir y ante su vínculo familiar, social y laboral optando una funcionalidad positiva.

Se le solicita incluir la práctica de técnicas y estrategias flexibles en casa, si en dado momento surge cierto tipo de recaída en las que anteriormente se trabajaron, con el propósito y objetivo de lograr una seguridad y convicción de haber superado cada una de las etapas de duelo en sí misma optando una estabilidad emocional que le generen su salud mental y la capacidad de afianzar ante sus relaciones personales.

Fomentar a paciente la estrategia de técnicas terapéuticas cognitivas, como lo es llevar un registro de pensamientos e ideas automáticas semanal, el cual le permitirá fortalecer el crecimiento de sus propias ideas y optar por decisiones que causen un grado de seguridad y satisfacción.

Impulsar a la paciente en la integración de actividades que considera inalcanzables, logrando determinar y extender su funcionalidad, así mismo retomar un proceso terapéutico familiar con el fin de determinar la superación de duelo en todo el núcleo familiar y mejorar la relación de madre hacia hijos reforzando la comunicación, el respeto e integración de cooperar en las responsabilidades del hogar.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría 2014 *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM (5)* (5ª. Ed.) Arlington, V.A.
- Corman, L. (2008). *El test del dibujo de la Familia*. Segunda Edición. Buenos Aires. Centro Editor Argentino.
- Cruz, J., Reyes, M., Coroza, Z. (2017). *Duelo: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. México, D.F. Manual Moderno.
- Ellis, A. (2004). *Convivir con un neurótico en casa o en el trabajo*. Ediciones Obelisco.
- Elminger, M. (2016). *Duelo*. Buenos Aires. Editorial Artes y Humanidades.
- Fauré, C. (2004). *Vivir el Duelo. La pérdida de un ser querido*. Primera edición. Barcelona. Kairos.
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido: El duelo y el Luto*. Segunda Edición. Madrid. Editorial ARÁN.
- Gómez, M. (2018). *El duelo y el Luto*. México: Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Higy, C. y Gellman, C. (2007). *Terapia Gestalt: Inteligencia Relacional para vivir mejor*. Barcelona. Editorial Amat.
- Ibáñez, T., Botella, M., Doméneche, M., Feliu, J., Martínez, L., Pallí, C., Pujal, M. y Tirado, F. (2004). *Introducción a la psicología social*. Primera Edición. Barcelona. Editorial UOC.
- Karl, K. (1980). *El test del árbol: el dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar*.

- Buenos Aires. Karelusz.
- Koch, K. (1980). *El test del árbol: el dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar*. Buenos Aires. Editorial Karelusz
- Krug, S. (1985). CAQ. *Madrid*. TEA Ediciones S.A.
- Kübler, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. (1ª. ed.). Barcelona. Editorial Luciérnaga.
- Martín, L. (2008). *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Novel, G., Luch, T. y López, D. (2000). *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Primera Edición. Barcelona. Editorial Massoy.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos Ir Con Amor, la aceptación del Duelo*. México: (2ª.ed). Editorial Trillas.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS*. Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud. (2013, noviembre). Salud Mental: Un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ospina, A. (2014). *Cuando Muere un Ser Amado: cómo comprender y afrontar el duelo por muerte*. Primera Edición. Colombia. Programa Editorial Universidad del Valle.
- Papalia, D. (2012). *Desarrollo Humano*. Duodécima Edición. México, D.F.. Mc Graw Hill Education.
- Querol, S. y Chávez, M. (2005). *Test persona bajo la lluvia*. Primera Edición. Buenos Aires.

Lugar Editorial S.A.

Rodríguez, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitivo-Conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Primera Edición. Buenos Aires. Editorial Polemos.

Rojas, S. (2005). *El manejo del duelo*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Romero, V. (2013). *Tratamiento del Duelo: Exploración y perspectivas*. *Psicooncología*, 10, 383.

Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. McGraw-Hill.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta*. Undécima Edición. México. Pearson educación.

Sher, L. (1989). *Agonía, muerte y duelo*. México, D.F.: Editorial Manual Moderno, S.A.

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre Completo: Brenda Saraí Alvarez

Título: “Estudio de caso: Duelo y su relación con la funcionalidad en paciente de 45 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)”

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Problemática	Variable de Estudio (Tema a Investigar)	Indicadores de la variable (Subtemas de la variable de estudio)	Pregunta de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos
Animo hipotímico, hipersomnio diurno, insomnio nocturno, hipoprosexia, anergia, anhedonia, inseguridad y desesperanza.	1. Duelo y Funcionalidad	1.Síntomas de duelo	¿Qué impacto provocó el duelo en la funcionalidad de la paciente?	Evaluar el impacto que provocó el duelo en la funcionalidad de la paciente.	1. Analizar los principales síntomas del duelo.
El desequilibrio e inseguridad de toma de decisiones y la falta de placer en actividades ante su entorno demostraban la poca funcionalidad de la paciente al inicio del proceso terapéutico		Funcionalidad			2. Establecer la funcionalidad de la paciente al inicio del proceso terapéutico.
Aplicación de test psicométrico para determinar la etapa en la que se encontraba la paciente, dando por resultado tres etapas negación, ira y negociación.		Etapas de duelo			3. Medir el duelo y la relación con la funcionalidad.
Técnicas cognitivas-conductuales para el cambio y modificación de ideas de inseguridad a través de toma de decisiones.		Terapia Cognitiva Conductual Y Gestalt			4. Reforzar por medio de estrategias terapéuticas el fortalecimiento de la seguridad de la paciente.
La paciente mejoró su funcionalidad mediante el establecimiento de límites, toma de decisiones y la realización de actividades lúdicas familiares y sociales. Mostrando mejora en su salud mental.		Funcionalidad y Salud mental			5. Operacion-alizar la funcionalidad y superación del duelo.

Fuente: Elaboración propia, (2018).