

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: somatización de duelo no elaborado en una mujer de 37 años
atendida en la Asociación de Agrónomos de San Pablo**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Bryan Josué Castro Gómez

San Marcos, octubre 2018

**Estudio de caso: somatización de duelo no elaborado en una mujer de 37 años
atendida en la Asociación de Agrónomos de San Pablo**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Bryan Josué Castro Gómez

Lic. Carlos Grijalva Barrios (**Asesor**)

M.Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín (**Revisor**)

San Marcos, octubre 2018

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrector Académico	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaría General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M. Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín



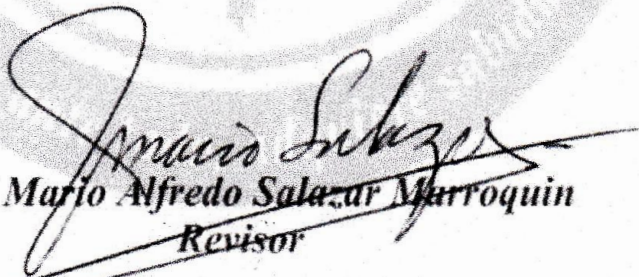
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Octubre 2018. -----

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: " Estudio de casos: Somatización de duelo no elaborado en una mujer de 37 años atendida en Asociación de Agrónomos de San Pablo, San Marcos". Presentada por el (la) estudiante: **Bryan Josué Castro Gómez**, 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.*


Lic. Carlos Grijalva
Asesor

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo 2018. ---**

*En virtud de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Mujer de 37 años somatiza un duelo no elaborado". Presentada por el estudiante: **Bryan Josué Castro Gómez**, 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.*


MSc. Mario Alfredo Salazar Marroquin
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala octubre del dos mil dieciocho. -----

En virtud que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: somatización de duelo no elaborado en una mujer de 37 años atendida en la Asociación de Agrónomos de San Pablo"**, presentado por el (la) estudiante **Bryan Josué Castro Gómez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar 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



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

Dedicatoria

Para Percival, un amigo incondicional hasta la muerte, o hasta que se aburra.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Descripción	3
1.3. Ubicación	3
1.4. Organización	4
1.5. Visión	4
1.6. Misión	5
1.7. Programas establecidos	5
1.8. Justificación de la investigación	5
Capítulo 2	
Marco Teórico	7
2.1. Duelo	7
2.1.1. Causas	10
2.1.2. Efectos	14
2.1.3. Consecuencias	16
2.1.4. Criterios diagnósticos	17
2.2. Características diagnósticas	19
2.2.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico	20
2.2.1.1. Prevalencia	20
2.2.1.2. Factores de riesgo y pronóstico	21
2.2.1.3. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura	21
2.2.1.4. Riesgo de suicidio	22
2.3. Diagnóstico diferencial	22

2.3.1. Comorbilidad	23
2.4. Terapias y tratamiento	23
2.4.1. Método catártico	23
2.5. El duelo no elaborado puede concluir en trastorno de conversión	26
2.5.1. Trastorno de conversión	26
2.6. Características diagnósticas	30
2.6.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico	31
2.6.1.1. Prevalencia	32
2.6.1.2. Desarrollo y curso	32
2.6.1.3. Factores de riesgo y pronóstico	33
2.6.1.4. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura	33
2.7. Diagnóstico diferencial	33

Capítulo 3

Marco Metodológico	36
3.1. Planteamiento del problema	36
3.2. Pregunta de investigación	37
3.3. Objetivos	37
3.3.1. Objetivo general	37
3.3.2. Objetivos específicos	38
3.4. Alcances y límites	38
3.4.1. Alcances	38
3.4.2. Límites	38
3.5. Metodología	39

Capítulo 4

Presentación de Resultados	40
4.1. Datos generales	40
4.2. Motivo de consulta	40
4.3. Historia del problema actual	40

4.4. Factores precipitantes	42
4.5. Impacto de la enfermedad	42
4.6. Historia clínica	42
4.7. Examen mental	43
4.8. Características diagnósticas	46
4.8.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico	47
4.8.1.1. Prevalencia	47
4.8.1.2. Desarrollo y curso	47
4.8.2. Factores de riesgo y pronóstico	48
4.9. Características diagnósticas	49
4.9.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico	50
4.9.1.1. Prevalencia	51
4.9.1.2. Desarrollo y curso	51
4.9.1.3. Factores de riesgo y pronóstico	51
4.9.1.4. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura	52
4.10. Diagnóstico diferencial	52
4.11. Diagnóstico semiológico	53
4.12. Diagnóstico psicodinámico	54
4.13. Evaluación multiaxial	54
4.14. Diagnóstico diferencial	55
4.15. Evaluación pronóstico	55
4.16. Plan terapéutico	55
4.17. Notas evolutivas	55
4.17.1. Sesión No.1	55
4.17.2. Sesión No.2	56
4.17.3. Sesión No.3	57
4.17.4. Sesión No.4	58
4.17.5. Sesión No.5	60

Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Referencias	64

Resumen

La investigación de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de Universidad Panamericana, del departamento de San Marcos fue elaborada durante los meses de abril a septiembre del dos mil diecisiete, en Asociación de Agrónomos de San Pablo (ADASP) ubicada en Aldea Tocache del municipio de San Pablo, el cual ofrece servicios médicos completos y atención odontológica a todos los usuarios.

En el Capítulo uno, se aborda información antecedente del caso estrella, descripción del lugar de práctica ADASP; su ubicación, organización, visión y misión y programas de desarrollo que ofrece. También se presenta la justificación de la investigación.

En el Segundo Capítulo, se elabora la información teórica del caso estrella, tomando los datos más importantes: definición de duelo y duelo no elaborado, sus causas y consecuencias; deterioro social, familiar, personal, laboral y sobre todo un deterioro en la salud física que se presenta como consecuente de una irresolución del duelo. Por último se abordan técnicas y terapias para abordar dentro del plan terapéutico.

El Tercer Capítulo, orientado en la metodología de trabajo utilizada en la investigación, describiendo el planteamiento del problema, los alcances que se obtuvieron, cuáles fueron las limitantes que existieron y los objetivos que se trabajan en la investigación.

En el último Capítulo, que es el cuatro, se abordan los resultados obtenidos en el caso estrella, las mejoras que se lograron con las terapias utilizadas en cada sesión.

Introducción

Investigar sobre las manifestaciones, causas y medidas de tratamiento del duelo no resuelto previene dentro del campo de la Psicología Clínica y Consejería Social todas aquellas consecuencias y efectos que se presentan con mayor posibilidad y en una intensidad más profunda, crónica y grave.

El duelo no resuelto o no elaborado se presenta de maneras diversas, pero en algunos casos de una manera muy parecida y frecuente en el Municipio de San Pablo. Al no elaborar todas aquellas pérdidas que a su vez provocan un proceso de duelo en la persona al perder aquellas situaciones que son subjetivamente importantes comienza a ocurrir algo característico debido a la baja resiliencia y falta de asertividad en la resolución de conflictos o frustraciones que hay en las familias de la comunidad de Tocache; comienzan a reprimir ese dolor emocional que provoca el duelo, llevándolos a ensimismarse en toda esa expresión de dolor y en toda esa alteración de neuroquímicos en su cuerpo encaminándolos a mantenerse en un círculo dirigido obsesivamente a la pérdida, por lo que el organismo, que es capaz de regularse por sí mismo, busca hacerlo liberándose de toda esa tensión emocional, lo que se manifiesta a través de enfermedades neuronales como adormecimiento de áreas del cuerpo, alteraciones respiratorias y digestivas.

En el proceso de Práctica Profesional Dirigida realizada en ADASP, se atendieron diversos casos de duelos no resueltos con manifestaciones somáticas, la mayoría de los casos comenzó a presentar los síntomas de somatización posterior a un evento traumático, que pudo poner en riesgo directamente la vida de las personas que se presentaron a la clínica o de las personas queridas para cada uno de ellos, lo cual se llegaba a confundir en un inicio con la posible presencia de un Trastorno de Estrés Postraumático, el cual también posee una sintomatología somática muy parecida a la del duelo no elaborado, razón por la que se quiso investigar a profundidad el caso.

El presenciar nuevamente el riesgo a una pérdida de algún ser querido provoca y potencializa el recuerdo inhibido y las emociones reprimidas ante la pérdida ocurrida con anterioridad al evento traumático.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Antecedentes

M.O. de 37 años, de sexo femenino, residente del municipio de San Pablo, del departamento de San Marcos; acudió a la Asociación de Agrónomos de San Pablo (ADASP) buscando al Médico Internista a causa de un problema que ella describía como grave en su pie izquierdo, que comenzó tres semanas antes de asistir a clínica a causa aparente de fuerte sismo en el lugar, según lo manifestado por la paciente.

M.O. se presentó con un estado de ánimo ansioso y melancólico, manifestaba de manera verbal y sin ninguna dificultad los acontecimientos traumáticos del sismo, lo cual asistió y complementó a que en la impresión clínica se descartara un posible TEPT (Trastorno de estrés postraumático) ya que no cumplía con los criterios diagnósticos requeridos en el (DSM V, 2013) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

No presentaba recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, sueños recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño estuviera relacionado con el suceso traumático, tampoco presentaba reacciones disociativas, en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, no habían expresiones de malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizarán o se parecieran a un aspecto del suceso traumático, y sobre todo, no había ninguna alteración al nivel límbico, donde la persona no se es capaz de traducir a través de la función de simbolización del hipocampo las experiencias vividas y sentidas en experiencias narradas.

M.O. no manifestaba ningún malestar al hablar del suceso traumático; su lenguaje era de una intensidad baja y tono normal, era coherente aunque angustiado en algunas narraciones. A través

de la primera entrevista que se le hizo a la paciente, se indagó sobre cualquier evento que pudo haberle ocasionado el malestar físico que no pudo ser explicado mediante exploración médica.

Se observó que sus malestares físicos concomitantes a su motivo de consulta (sudoración en las manos, inquietud motora, sequedad de la boca) y síntoma de lo que ella describía como “miedo en el pie” aumentaban en la medida que se hablaba sobre la muerte de su hijo tres años antes del sismo; lo cual facilitó desde ese punto a evaluar y analizar la posible presencia de un problema que se ve expuesto y codificado en el DSM V como V62.82 (Z63.4) Duelo no complicado.

El diagnóstico diferencial existente en el caso “Estoy enferma” de M.O. formó interés en el campo de investigación profesional debido a que ciertos aspectos que parecieran ser desestimables en un examen mental pueden modificar por completo y con una gran repercusión en el tratamiento con el que se abordará cualquier situación clínica similar a esta.

Casos de un duelo no complicado o un duelo no resuelto podrían ser mal abordados por su diagnóstico, como la situación de M.O. donde su sintomatología tenía una etiopatogenia en la pérdida de un ser querido, y en la formación de respuestas aprendidas desde su infancia donde daba uso frecuente de mecanismos de represión ante cualquier situación estresante, la cual ocasionó un tipo de duelo silente, donde tuvo que enmudecer ese dolor profundo ante la pérdida por los mecanismos de afrontamiento (huida o evasión) que utilizaba desde niña, provocando lo que en el psicoanálisis se denomina Histeria de Conversión Laplanche, Jean, Pontalis, & Bertrand, 1996, y lo que en el DSM V, 2013 se expone como trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

Según (Tovar, O 2015, p. 67) el duelo, no solo ocurre ante la muerte de un ser querido, se presentará ante cualquier pérdida significativa y subjetiva (pérdidas de elementos abstractos o intangibles, por falta de reconocimiento social, por dificultad o imposibilidad de realización, rupturas amorosas y cualquier situación que represente una renuncia en la vida). Lo cual no se ha tomado en cuenta dentro del municipio al momento de afrontar una pérdida, únicamente se

intenta eludir ese profundo dolor, lo cual concluye en una variedad de afectaciones físicas/médicas.

1.2. Descripción

ADASP es una organización privada de desarrollo civil, no lucrativa, con personalidad jurídica, patrimonio propio, sin finalidad política.

Se fundó en 1994 por caficultores visionarios y es el brazo social institucionalizado de la caficultura nacional. Trabaja para mejorar el nivel de desarrollo humano de la población rural, incrementando la cobertura y la calidad de los servicios sociales, principalmente en las áreas de Salud, Educación y Seguridad Alimentaria y Nutricional, para tener una actividad económica más competitiva.

ADASP ofrece a la población atención médica primaria, atención materno-infantil, atención odontológica, atención a enfermedades prevalentes, capacitaciones y conserjería en planificación familiar.

La institución cuenta con edificio propio desde su fundación, la cual aún conserva en perfectas condiciones para el servicio de la población.

1.3. Ubicación

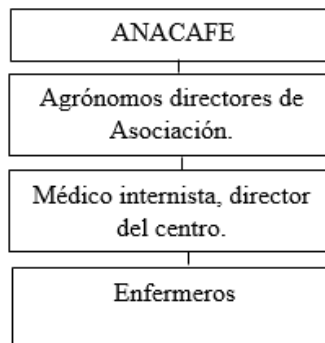
Ubicada a 61/2 km. por la carretera departamental San Marcos 9 al noreste de la cabecera 910 mts Latitud de 14°57'40", y longitud de 91°57'40".

1.4. Organización

La asociación ADASP es financiada por FUNCAFE (Fundación de la caficultora para el desarrollo rural), misma fundación que promueve a través de capacitaciones al personal (médico y enfermeros) La asociación es coordinada por el director de ADASP Ing. Luis Alberto de León, seguido por el Dr. Jose Sosa Paiz, mismos quienes están calificados para aspectos administrativos.

La institución funciona de acuerdo al siguiente organigrama:

Figura No. 1
Organigrama



Fuente: Elaboración propia.

1.5. Visión

Guiar, organizar y/o respaldar una respuesta ampliada y dirigida a integrar, fortalecer, extender y diversificar los servicios y programas de salud públicos de la comunidad cafetalera.

1.6. Misión

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes de la comunidad cafetalera, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad.

1.7. Programas establecidos

- Atención primaria.
- Atención materno-infantil.
- Atención odontológica.
- Atención a enfermedades prevalentes.
- Capacitaciones.
- Conserjería en planificación familiar.

1.8. Justificación de la investigación

El conocimiento que como clínicos se está comprometido a enriquecer, debe ser abordado y desarrollado como tal, desde un punto clínico y ecléctico al momento de elaborar el diagnóstico y el plan terapéutico de los diferentes casos a los que se les brinde el servicio profesional.

Investigar sobre las consecuencias somáticas que provocan las pérdidas, resulta importante en la Práctica Profesional clínica debido a la diversidad de afectaciones neurológicas que tiene este proceso psicológico y que muchas veces se desconocen o se ignoran. La idea principal de la investigación fue mostrar el alto porcentaje de probabilidades que existe de padecer algún trastorno de tipo somático al no poder elaborar un duelo, o incluso, demostrar la relación que

puede haber entre algunos trastornos en su sintomatología, pero la diferencia que guardan en su tratamiento es muy amplio.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Duelo

Freud, en 1917 se refirió a la experiencia de duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad y un ideal.

Con la explicación o definición de Freud, se puede entender que el término “duelo” no solamente es válido para la pérdida a través de la muerte de un ser querido, sino que también, se puede referir a una experiencia de duelo con la pérdida de objetos abstractos o etéreos y situaciones que en ocasiones no pueden ser valoradas como reales, como las metas, los sueños o propósitos que tenga la persona sobre su vida; pueden provocar el mismo impacto que una muerte al sentir que se ha perdido o que se es imposible retomar o tomar el camino para la realización de estas aspiraciones.

(Kroen, W. 2002, p. 34) refiere que la palabra “duelo”, proviene del latín Dolos, que significa “sentir un profundo dolor”.

Este profundo dolor que describe Kroen puede surgir ante cualquier tipo de pérdida en la vida de cada uno, por ejemplo la pérdida de un empleo, la pérdida de una vivienda por algún desastre natural, la desilusión sobre un ser querido, la venta de un automóvil o una casa, el mudarse de ciudad, la muerte de un ser querido (ya sea una persona o una mascota), la incapacidad de realización, pérdidas corporales, la tala de un árbol, y en resumen, todo lo que signifique una renuncia, una ausencia o un cambio drástico o sistemático ya sea físico y emocional se conoce como duelo.

(Bucay, 2004, p. 21) expuso que el duelo es un proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de la situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Todos en algún momento sufren un cambio y se siguen teniendo, en ocasiones leves, ocasionales, graduales, sucesivos o drásticos, pero al final, han sido y serán cambios, estos de alguna forma cambiarán algo, habrá un final y con ello un inicio. Bucay, explicó que el duelo es un proceso normal, pero antes que todo hay que tener claro que el término “normalidad” se debe analizar desde un punto cultural, dado que dentro de cada cultura existen creencias, prácticas, tradiciones y sobre todo una manera característica y particular de afrontar las pérdidas y ausencias, lo cual obviamente, podría tomarse como una patología o anormalidad dentro de otro contexto, tal y como lo describe el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V (2013) que la duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales.

Para complementar lo que dice Bucay y el DSM V, se podría mencionar material de (Tovar, O. 2015, p. 34) donde expone, como la intensidad de los vínculos afectivos, la manera de relacionarse con las demás personas, las creencias, los aspectos culturales, la personalidad, las condiciones en las que se vivieron anterior, durante y después de la pérdida influyen de manera considerable la duración, forma e intensidad como se vive una ausencia. Todo esto contribuye entonces a la normalidad de la experiencia, tomándolo como necesario para la adaptación al cambio que provoca una pérdida o ausencia.

(La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, 1997, p. 219) expone que el duelo se conforma por las siguientes etapas:

- Negación, ocurre en el momento de recibir una noticia significativa e impactante. Se expresa rechazo y negación al hecho o la noticia recibida. Por ejemplo, al momento de recibir la noticia de que se padece una enfermedad terminal o la noticia de la muerte de un

ser querido; se utilizan frases como “no es cierto”, “no puede ser”, “es mentira”, “eso no puede estar sucediendo”.

- Ira, sucede cuando se admite que la ausencia, la pérdida o el cambio es un hecho. En esta etapa posiblemente se expresa ira, coraje y se comienza a protestar y reclamar a quien se considera como responsable de la situación. Por ejemplo, el reclamo a un médico, algún amigo o familiar, enfermeros, Dios, y en ocasiones, a lo que está ausente (persona, mascota, objeto o situación).
- Negociación, aquí ocurre el primer intento de revertir o cambiar la sensación de ausencia con las mismas personas que se consideran como responsables de la situación (médicos, Dios, amigos, familiares, enfermeros). Mostrando una propuesta para comenzar a realizar algo o para dejar de hacerlo (dejar de discutir, de fumar, de comer, de llegar tarde a casa) con el objetivo de recuperar aquello que se ha perdido.
- Depresión, posiblemente ocurra cuando se haya logrado el objetivo de la negociación o puede que suceda como consecuencia de la ira no expresado en su momento. Esta etapa es una de las más difíciles, sin embargo, su manifestación apunta a que la aceptación de la pérdida se pueda dar, ya que aquí se está rindiendo a una lucha contra lo inevitable.
- Aceptación, en esta etapa se reconoce y se da lugar a la ausencia, se empieza a actuar de manera más armónica y cordial consigo mismo, con el ambiente (familiares, amigos, trabajo).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, 2013 describe que la persona que está atravesando un duelo, se siente triste, vacía y sin esperanza lo cual la lleva a ensimismarse en su dolor y sistemática o de repentinamente comienza a perder el interés y el placer por las actividades la mayor parte del día. Algunas personas manifiestan problemas de sueño en esta etapa (insomnio o hipersomnia), sentimientos de inutilidad o culpabilidad y una disminución para pensar o concentrarse y tomar decisiones, rumiación acerca de la pérdida.

Al no resolver o elaborar cada una de estas etapas descritas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross la persona comienza a atravesar un “Trastorno de duelo complejo persistente” que se encuentra en el DSM V, como una pérdida que no ha sido aceptada o reconocida y donde los síntomas del dolor profundo superan los 12 meses (6 en niños); anhelo persistente de persona, objeto o situación pérdida, pena y malestar emocional intensos en respuesta a la pérdida, preocupación en relación a la persona, objeto o situación pérdida, preocupación acerca de las circunstancias que provocaron la pérdida, dificultad para aceptar la muerte, experimentar negación o incredulidad en relación a la pérdida, amargura o rabia acerca de la pérdida, valoraciones desadaptativas acerca de sí mismo y de la pérdida.

Todos esos síntomas se presentan en las etapas del duelo, el cual anteriormente se describen como normales ante una pérdida, pero se exponen como un trastorno persistente superando los 12 meses y siguiendo la evaluación del tiempo o las características que presenta una cultura ante las pérdidas.

Una de las características principales del trastorno de duelo complejo persistente, es la alteración que provoca malestar clínicamente significativo, la disfunción en áreas sociales, laborales y otras áreas importantes del funcionamiento.

2.1.1. Causas

(Tovar, O. 2015, p. 33) expuso que la educación y las reglas de comportamiento son una de las circunstancias o causas que propician un duelo no resuelto, no complicado o no elaborado. Expuso que desde los primeros años de vida, la mayoría de las personas reciben una serie de expresiones y ejemplos encaminados a controlar algunas de las manifestaciones relacionadas con el dolor sentimental, tristeza y coraje, por lo cual, en diferentes circunstancias de la vida, es posible que se llegue a sentir confusión por no saber cómo atender los sentimientos, pensamientos y emociones, que surgen como consecuencia de ausencias importantes, lo que dificulta la atención del duelo.

Un elemento esencial en la vida de cada ser humano es la resiliencia, esta capacidad que se fomenta y desarrolla desde la infancia, la cual permite adaptarse a las adversidades y sobreponerse a ellas. Esta capacidad se logra gracias a la experiencia y aprendizaje de las personas que tienen la oportunidad de educarse desde la infancia; padres o alguien cercano a un modelo de resiliencia, brinda herramientas con las respuestas que ellos les dan a los distintos eventos de conflicto o adversidad que se presenten en la vida, los cuales comienzan por imitar o utilizar como modelo desde pequeños; otra de las reacciones que se puede dar; como expresar el dolor sentimental, es que estos mismos modelos procuren tranquilizar e invitar y en ocasiones, presionar con expresiones como las que menciona Oscar Tovar:

- “Ya no llores”.
- “Si sigues llorando ya no te voy a querer”.
- “Con llorar no vas a resolver nada”.
- “Los hombres no lloran”.
- “Contrólate, cálmate”.
- “No seas débil”.
- “La gente te está viendo llorar; que vergüenza”.

Con este tipo de frases o intentos de calmar el dolor lo único que se logra es que interrumpa la expresión de los sentimientos, para ocuparse en temas que no estén relacionados a la pérdida o ausencia. La represión de las emociones, es una de las causantes de que un duelo no se logre elaborar.

El no poder expresar el profundo dolor que provoca la pérdida o ausencia aumenta esa posibilidad de atravesar un trastorno de duelo complejo persistente porque no se contará con un medio saludable para lograr esa descarga emocional que se produce, teniendo que evadir cada una de las fases del duelo por la misma presión de las personas con las que convive para que se salte esa negación, ese coraje o ira, esa tristeza y ensimismamiento dentro de la depresión y la negociación existente en el duelo no patológico.

Freud, S. en 1967, escribió una serie de trabajos bajo el título de Metapsicología y en uno de ellos, el dedicado a la “represión”. Definiendo este término importantísimo en la investigación como: “Represión, tiene como objetivo exclusivo el rechazar y mantener alejado de lo consciente a determinados elementos.”

A través del análisis de lo que Freud expone se puede deducir que la represión actúa como resultado de una pulsión (la pulsión del placer), que al permitir que este contenido emocional entrara a al consciente produciría displacer al estar en disonancia con las presiones o exigencias del medio exterior, por lo que, las ideas y emociones no placenteras o conflictivas son expulsadas de la conciencia pasando a estar dentro del contenido inconsciente. Tomando este análisis como una de las causas más importantes donde la educación que han brindado los modelos de la infancia influyen de gran forma en los aspectos de afrontamiento y resolución de las pérdidas, presentando una conducta de evitación cuando estas sucedan llevando a eludir el proceso de adaptación que conlleva las etapas del duelo.

La falta de tiempo, puede funcionar como una justificación para la recuperación de una ausencia, dedicándole poco tiempo a la atención del dolor sentimental provocado por pérdida importante. Puede ser que a veces no se cuente con el tiempo adecuado o suficiente para atender el duelo, pero ocurre que también pueda ser por decisión de continuar lo más rápido posible o de una manera tan breve con la vida para pretender que la adversidad no ha sucedido.

Como lo menciona Oscar Tovar el dolor sentimental no es algo agradable, por lo cual no es de extrañar que se intente evitar en la vida lo más rápido posible, incluso, en la cultura se está acostumbrado a creer que la única emoción saludable para el ser humano es la felicidad, dentro de sus intentos por ayudar, promueven la represión de las emociones y la expresión de cualquier acontecimiento importante como una pérdida significativa.

Muchas veces ante un dolor emocional tan fuerte como el que provoca una pérdida se intenta eludir a través de actividades que se cree que pueden distraer y hacer olvidar la ausencia y

cambiar el estado de ánimo de manera precipitada; refugiándose en actividades como el trabajo o el consumo de sustancias.

(D'Angelico, 1990, p. 82), expone que las heridas sentimentales son equivalentes a las heridas físicas, por lo tanto, es necesario tocarlas para iniciar su curación, así como también es importante un periodo de convalecencia, hasta lograr un estado de salud suficiente para volver a las actividades cotidianas.

Otro causante o factor importante de un duelo no elaborado es la falta de modelos de apoyo, tal y como lo explica Oscar T. un modelo de apoyo ofrece ayuda a quien sufre la pérdida, preguntarle sobre las circunstancias de la misma y por su estado emocional; expresarle palabras de aliento, llamarle por teléfono ocasionalmente durante las siguientes semanas, para saber cómo va asimilando su nueva situación.

En Lecciones Introdutorias al Psicoanálisis de Freud, S. 1915-1917, se introdujo un concepto importante de la determinación subjetiva que tiene cada uno sobre una misma situación, en la Serie Complementaria de Freud, se exponen tres series que no actúan independientemente; en realidad, lo que actúa es el resultante de su interacción:

- Factor de constitución
- Factor disposición
- Factor desencadenante

Estas tres series expuestas por Freud demuestran que la reacción de cada persona está de algún modo connotada a su factor de constitución (todo lo innato o lo que se trae) predispuesto genéticamente a tener un tipo de respuesta a las ausencias o pérdidas, según como lo hayan hecho los padres o ancestros; complementándose con su factor de disposición (las experiencias que haya tenido en su infancia) todos aquellos acontecimientos que hayan dejado huella en el psique, la educación que hayan brindado la red primaria de apoyo; implicado al tercer factor, que es el desencadenante (Situaciones actuales que rompen o perturban el equilibrio) la pérdida o ausencia

y como fue vivida, un ejemplo sería: El asesinato del padre frente a los ojos y de un modo muy perturbador (tortura, sangre, palabras) y todo lo que haya sucedido en el momento, suma una gran cantidad de posibilidad a los genes de un padre o una madre depresiva y un ambiente conflictivo, hostil y displacentero en la infancia (donde todas las emociones se vieron presionadas a eludirse) aumentan la probabilidad de un Trastorno de duelo complejo persistente.

Si se cuenta con personas que son capaces de escuchar con empatía, aun sin haber tenido en la infancia una buena educación emocional se tendrá la oportunidad de compartir y sanar el dolor profundo, ya que se cuenta con un espacio saludable para lograr la elaboración y el desarrollo de las cinco etapas con una orientación adecuada.

2.1.2. Efectos

Según (Oscar T. 2015, p. 128) las adicciones, son uno de los principales efectos que tiene un duelo no resuelto o trastorno de duelo complejo persistente. Con la intención, consciente o inconsciente, de matizar o sentir que se puede manejar fácilmente el dolor sentimental generado por una pérdida importante, es posible que se inicie o incremente, entre otras opciones, el consumo de bebidas alcohólicas, drogas, cigarrillos, algunos medicamentos, dulces y bebidas no alcohólicas. Realizar actividades en exceso (trabajo, deporte, actividades sociales, estudio y viajes) también se pueden considerar como adicciones.

Las adicciones como lo apunta Oscar Tovar, se presentan no solo en el consumo excesivo de alguna sustancia, sino que también, como lo explica al final del párrafo se consideran adicciones todo aquello que se realice en exceso con el objetivo de calmar el dolor emocional que provoca la ausencia o pérdida, tal y como se mencionó en el punto anterior (2.1.1 Causas - reglas de comportamiento) se intenta aliviar o eludir el duelo de una manera tan afanosa y precipitada que todas las emociones se llegan a reprimir, lo cual desemboca en lo que posteriormente se explicará como la manifestación del cuerpo al reprimir las emociones.

(Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand, 1996, p. 92) definían a los trastornos de conversión a los síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida ni se pueden explicar por ella.

Los trastornos de conversión son otros de los efectos del duelo no resuelto (reprimido), estos trastornos con manifestaciones somáticas (orgánicas - físicas) no pueden ser explicadas al nivel anatómico ya que solo ocurre al nivel neurológico (elevación de neurotransmisores o algunas hormonas relacionadas); ocurriendo a través del proceso de represión, donde el ego intenta defender al cuerpo sacando o expulsando de la conciencia todo recuerdo sobre la pérdida y que le produzca malestar.

Como lo explica Celedonio, C., 2008, en su libro “Seis enfoques”, en el primer capítulo sobre psicoanálisis, expone que cuando hay represión de emociones se da una concentración de toda la energía y se obstaculiza en el cuerpo, interrumpiendo el libre curso de ideas hasta que se produzca una descarga de la excitación a través de acciones motrices. Pero si la descarga de la excitación no se lleva, entonces se producen reacciones anómalas, una de las cuales es la conversión histérica o trastorno de conversión.

Las manifestaciones somáticas de una pérdida, ocurren en el momento que una persona no ha tenido la oportunidad de expresar y manifestar su dolor por la misma presión de su ambiente y por el tipo de educación que ha tenido desde su infancia sobre la expresión de emociones. Las emociones reprimidas enferman el cuerpo ya que en un constante y exceso de alguna de ellas ocurre que se está en una constante elevación de ciertos neurotransmisores, hormonas o una sobre activación de determinadas áreas del cerebro o del organismo, poniéndose en desequilibrio al cuerpo.

Los efectos corporales que pueden llegar a manifestarse en la represión de emociones de un duelo según Longaker, 1988, podrían ser: respiración corta, mareos, arritmias, sensación de calor o frío repentinos, sensación de pesadez y dolores musculares.

(Worden, 1997, p. 51) menciona que otra de las formas en las que el cuerpo puede expresar el duelo es con una sensación de vacío en el estómago, sensación de opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y resequedad de la boca.

2.1.3. Consecuencias

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, 2013, el trastorno de duelo complejo persistente se asocia con déficits en el funcionamiento laboral y social y se acompaña de comportamientos perjudiciales para la salud, como un aumento del consumo de tabaco y alcohol. También se asocia con un aumento marcado de riesgo de presentar afecciones médicas graves, como enfermedad cardíaca, hipertensión, cáncer, y con una menor calidad de vida.

Las consecuencias que provoca un Trastorno de Duelo Complejo Persistente, están claramente relacionadas a la calidad de vida laboral y social de la persona, connotadas a un deterioro en ambas áreas en distintos niveles o manifestaciones.

El consumo de tabaco o alcohol, se encuentra asociado al intento de eludir o eliminar ese dolor emocional que provoca la pérdida, ya que de algún modo las personas que suelen volverse alcohólicos son las que reaccionan fisiológicamente a la sustancia, porque encuentran experiencia de tranquilidad, de igual forma, la predisposición de la personalidad que les imposibilita enfrentar con éxito todas esas situaciones de ansiedad, frustración o presión. La persona está predispuesta a esa personalidad y a esa educación que recibió desde la infancia; intentar saltarse ese dolor emocional a través del consumo de una sustancia o acción, es el reflejo de la irresolución de lo que en líneas psicoanalíticas, el narcisismo primario.

Este narcisismo descrito por Freud, S.1984, como un estado donde el sujeto dirige su libido hacia sí mismo, es decir, un bebé dirige su impulso del placer hacia sí mismo en un primer momento, lo que más adelante el adolescente o el adulto lo dirigirán hacia otras personas que es lo que Freud

llamó amor objetal; el bebé ya no se elige así mismo como objeto de amor, sino a las demás personas.

Esta situación narcisista, no tolera que ese objeto de amor (que son las personas y situaciones o estímulos exteriores) no se le sea entregado o se le sean arrebatados, porque provoca un dolor emocional o una incomodidad o incompatibilidad a ese narcisismo codicioso, intento eludirlo con la estimulación de un neurotransmisor inhibidor que es el GABA.

2.1.4. Criterios diagnósticos

Trastorno de duelo complejo persistente, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.

- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apoyo.
 - 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
 - 3. Preocupación en relación al fallecido.
 - 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

C. Desde la muerte al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo.

- Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte, como lo es; autoinculparse
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida, es decir, la evitación de los individuos, lugares, o situaciones asociados con el fallecido, en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido.

- Alteración social/de la identidad

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia, es decir, sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido.
12. Dificultad o reticencia a mantener intereses, en amistades, actividades, o hacer planes de futuro desde la pérdida.

- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La reacción del duelo es desproporcionada o inconsciente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.
- Especificar si

Con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

2.2. Características diagnósticas

El trastorno de duelo complejo persistente se diagnostica solo si han transcurrido al menos 12 meses (6 en los niños) desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana (Criterio A). Este marco temporal discrimina entre el duelo normal y el duelo persistente. La afeción típicamente conlleva un anhelo/añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), o con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3). El individuo también puede estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4).

Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1) por ejemplo; prepararle la comida, incredulidad que haya fallecido (Criterio C2), recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio

C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultad para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). La naturaleza y la gravedad de la pena deben ser mayores de lo normal esperable para el entorno cultural, el grupo religioso o la etapa de desarrollo concretos (Criterio E). Aunque hay variaciones en cómo se manifiesta la pena, los trastornos de duelo complejo persistente aparecen en ambos géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

2.2.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Algunos individuos con trastorno de duelo complejo persistente presentan alucinaciones del fallecido (auditivas o visuales), en las que de manera temporal perciben la presencia del difunto por ejemplo, ver al fallecido sentado en su silla favorita: también pueden experimentar diversas quejas somáticas, por ejemplo, molestias digestivas, dolor, fatiga, incluso los síntomas que padecía el fallecido.

2.2.1.1. Prevalencia

La prevalencia del trastorno de duelo complejo persistente es de aproximadamente un 2,4-48 %. El trastorno es más prevalente en las mujeres que en los varones. Desarrollo y curso.

El trastorno de duelo complejo persistente puede aparecer a cualquier edad, a partir de la edad de un año. Los síntomas habitualmente comienzan en los primeros meses tras la muerte, aunque puede haber una demora de meses o incluso años hasta que aparece el síndrome completo. Aunque las respuestas de dolor habitualmente aparecen inmediatamente tras la pérdida, estas no

se diagnostican como trastorno de duelo complejo persistente salvo que los síntomas superen los 12 meses (6 meses en los niños).

Los niños pequeños pueden experimentar la pérdida de un cuidador como traumática, dados los efectos desorganizadores que puede tener la ausencia del cuidador sobre la respuesta de afrontamiento del niño. En los niños, el sufrimiento puede expresarse, en el juego y el comportamiento, mediante regresiones en el desarrollo y por comportamientos ansiosos o de protesta a la hora de separarse y de reencontrarse. El malestar por separación puede predominar en los niños pequeños, y los niños mayores y los adolescentes pueden manifestar más malestar social/de identidad y riesgo de depresión simultáneo.

2.2.1.2. Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El riesgo de presentar un trastorno de duelo complejo persistente aumenta los casos de mayor dependencia a la persona fallecida previa a la muerte, y el que fallece es un hijo. Las alteraciones en el apoyo de los cuidadores aumenta el riesgo para los niños en duelo.

Genéticos y ambientales. El riesgo de presentar el trastorno aumenta si el individuo en duelo es una mujer.

2.2.1.3. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los síntomas del trastorno de duelo complejo persistente se observan en diferentes entornos culturales, pero las respuestas de dolor se pueden manifestar de maneras que son culturalmente específicas. El diagnóstico del trastorno requiere que las respuestas persistentes y graves sobrepasen las normas culturales de respuesta de dolor, y que no se expliquen mejor por los rituales de duelo culturalmente específicos.

2.2.1.4. Riesgo de suicidio

Los individuos con trastorno de duelo complejo persistente a menudo refieren ideación suicida. Consecuencias funcionales del trastorno de duelo complejo persistente.

El trastorno de duelo complejo persistente se asocia con déficits en el funcionamiento laboral y social y se acompaña de comportamientos perjudiciales para la salud, como un aumento del consumo de tabaco y alcohol. También se asocia con un aumento marcado de riesgo de presentar afecciones médicas graves, como enfermedad cardíaca, hipertensión, cáncer, y con una menor calidad de vida.

2.3. Diagnóstico diferencial

Duelo normal. El trastorno de duelo complejo persistente se diferencia de la pena normal por la presencia de reacciones de dolor intensas que persisten al menos 12 meses (o 6 meses en los niños) tras la muerte del fallecido. Solo se diagnostica un trastorno de duelo complejo persistente cuando persisten las respuestas de dolor intensas que interfieren con la capacidad del individuo para funcionar durante al menos 12 meses tras la muerte.

Trastornos depresivos. El trastorno de duelo complejo persistente, el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia) tienen en común la tristeza, el llanto y los pensamientos suicidas. Aunque el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente pueden compartir el ánimo deprimido con el trastorno de duelo complejo persistente, este último se caracteriza por contraste en la pérdida.

Trastorno de estrés postraumático. Los individuos que presentan un duelo como resultado de una muerte traumática pueden desarrollar tanto trastorno de estrés postraumático (TEPT) como trastorno de duelo complejo persistente. Ambas afecciones pueden conllevar pensamientos intrusivos y evitación. Mientras que las instrucciones del TEPT se centran en el acontecimiento traumático, los recuerdos intrusivos del trastorno de duelo complejo persistente se centran en los

pensamientos acerca de muchos aspectos de la relación con el fallecido, como los aspectos positivos de la relación y el malestar por la separación. En los individuos con el especificador de duelo traumático del trastorno de duelo complejo persistente, los pensamientos o sentimientos angustiantes pueden estar más abiertamente relacionados con la forma de morir, presentando fantasías angustiantes acerca de lo que sucedió. Tanto el trastorno de duelo complejo persistente como el TEPT pueden conllevar una evitación de los recordatorios de los acontecimientos angustiantes. Mientras que la evitación en el TEPT se caracteriza por una evitación de los recordatorios internos y externos de la experiencia traumática, en el trastorno de duelo complejo persistente también hay preocupación por la pérdida y añoranza del fallecido, que están ausentes en el TEPT.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por ansiedad acerca de la separación de las figuras de apego actuales, mientras que el trastorno de duelo complejo persistente conlleva malestar por la separación de un individuo que ha fallecido.

2.3.1. Comorbilidad

Los trastornos que con más frecuencia aparecen de manera simultánea con el trastorno de duelo complejo persistente son el trastorno de depresión mayor, el TEPT y los trastornos por consumo de sustancias. Es más frecuente que el TEPT aparezca coincidiendo con el trastorno de duelo complejo persistente cuando la muerte tuvo lugar en circunstancias traumáticas o violentas.

2.4. Terapias y tratamiento

2.4.1. Método catártico

(J. & Pontalis, 2007, p. 120), describen que es una técnica utilizada desde los inicios del psicoanálisis, consiste en producir un efecto terapéutico por medio de la purga o descarga de

afectos patógenos relacionados a sucesos traumáticos. Fue creado por J. Breuer y desarrollada en colaboración con Sigmund Freud a finales del siglo diecinueve.

(Celedonio, C, 2008, p. 164) describe que este método anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida por medio de la expresión verbal al afecto concomitante que había quedado estancado, llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la conciencia normal (en una ligera hipnosis) o de supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia.

Dentro del método catártico del psicoanálisis que describe Castanedo, se observa que hay una liberación de todas las emociones reprimidas, lo que se conoce como abreacción, según el diccionario del Psicoanálisis, 2008, una descarga de emociones y afectos ligados a recuerdos dolorosos y que por esta razón han sido reprimidos.

En el proceso terapéutico el paciente es expuesto a los acontecimientos primarios a través de la palabra y otras expresiones conductuales o de gestos adecuados, aquí se liberaría la tensión afectiva relacionada a la ausencia o pérdida que se había reprimido por las presiones de estímulos exteriores. Posterior a todo esto se observaría una disminución de los síntomas somáticos que fueron producidos por la obstrucción de energía provocado por la inhibición o represión. Todas estas pulsiones que se describen en el psicoanálisis serían liberadas por su vía natural o normal que necesitaban ser reaccionadas desde un principio al recibir la pulsión de muerte.

Silla vacía

(Celedonio, C, 2008, p. 92) refiere que es una de las técnicas más conocidas de la Terapia de Gestalt, que permite una conducta simbólica perteneciente al campo mental (pensar, imaginar, sueños, pesadillas). Este tipo de conducta puede formar parte del darse cuenta de la persona por medio de la visualización, la que se hace al revivir un sueño o al dialogar con alguien no presente por medio de la técnica.

El uso de esta técnica es muy frecuente para elaborar un duelo o hacer frente a las pérdidas importantes de la vida. Permite la descarga emocional que ha quedado reprimida a través de su preparación física y el dialogo que se va desarrollando durante el proceso terapéutico; logrando hacer conscientes todos aquellos elementos bloqueados debido a su carga emocional que provocan incomodidad.

Como expone (Celedonio, C. 2014, p. 183) de la Terapia de Gestalt, una de las técnicas más originales y distintivas de este enfoque ha sido sin duda el uso de la silla vacía. La utilización de la silla vacía como procedimiento de la Terapia Gestalt se debe a Fritz Perls. Por lo general se utiliza este procedimiento de distintas formas y con diferentes propósitos: 1. Una situación o acontecimiento; 2. Una persona no disponible; 3. Un aspecto de la propia personalidad.

La técnica consiste en colocar dos sillas, una frente a la otra y se le pide al paciente que pueda sentarse en una de las dos y en la que ha dejado vacía se pueda imaginar a la persona ausente, y que por un momento pueda expresar todo aquello que hubiera querido decirle. Aquí es donde se va formando un dialogo, al finalizar de hablarle a la persona ausente se le pedirá que cambié de silla, para escuchar su respuesta a todo lo que se le dijo (el mismo paciente se va respondiendo tomando el papel de su figura ausente).

En ese diálogo que se forma durante el desarrollo de la técnica gestáltica, el paciente puede hacerse consciente si está triste, enojado, en negación o en algún tipo de polaridad de lo anteriormente mencionado; tristeza vs. Enojo. – negación ocultando toda aquel sentimiento de enojo contra la persona ausente.

Al haber logrado desarrollar el dialogo, se pide al paciente que comience a despedirse de sí mismo (imaginándose que el continua sentado frente a él, en la primer silla donde estuvo); expresándole lo que siente. Al terminar se le pide que concentre su atención en su respiración y que imagine a esa persona en el punto donde debió despedirse de ella (p.ej., a un fallecido enterrarlo y comenzar a taparlo con tierra, donde el paciente pueda actuar la situación).

En el cierre de sesión, se le deberá preguntar cómo se siente y cómo vivió la experiencia y si hubo algo de lo que pudo hacerse consciente.

El abordar una situación de una persona no disponible con la técnica gestáltica “Silla Vacía” con los principios de F. Perls, explicados y sintetizados por Castanedo se va desarrollando en torno a un asunto inconcluso con el que el paciente no puede tener ningún tipo de encuentro o confrontación ya sea porque ha fallecido, desaparecido, este a una gran distancia, por abandono o por separación.

La silla toma el papel de una pantalla, donde el paciente centra su atención y proyecta la percepción que tiene sobre el acontecimiento de pérdida; comienza a narrar y describir para después identificar sus emociones relacionadas a la pérdida, descargando así los bloqueos emocionales o tensiones internas. Logrando establecer contacto y pasar todo ese contenido reprimido e inconsciente a la conciencia para que deje de tomar el control sobre su vida y su cuerpo. El paciente logra la restauración, el reajuste y la armonía consigo mismo al poder tomar conciencia de todas aquellas emociones que habían sido enterradas de manera inconsciente por el dolor profundo que ocasionaban o por la presión de estímulos externos.

2.5. El duelo no elaborado puede concluir en trastorno de conversión

2.5.1. Trastorno de conversión

(Leonel, 2009, p. 112) refiere que las características esenciales del trastorno de conversión son la presencia de síntomas o déficit sin intención que afectan la función motora voluntaria o sensorial y que no pueden ser explicados por completo por trastornos neurológicos u orgánicos de otro tipo, ni por los efectos directos de una sustancia o por una experiencia o conducta culturalmente sancionable.

Los puntos principales que hay que considerar al momento del desarrollo de la evaluación clínica, es que la sintomatología o las manifestaciones físicas no tienen una causa anatómica,

como lo señaló Leonel; el sujeto no finge o no presenta los síntomas con intención, sino que hay una causa neurológica que ha sido producida por la alteración de estructuras cerebrales o hay una sobre activación de ciertas zonas neurológicas que producen en mayor cantidad algunos neurotransmisores y hormonas relacionadas a la ansiedad, que tiene como una etiopatogenia la acumulación de estrés y la acumulación o represión de emociones, o impulsos energéticos como se describieron anteriormente en líneas psicoanalíticas. El estrés se podría describir como una respuesta normal y general de adaptación del organismo ante situaciones o estímulos amenazantes, que si no se expresa o se descarga por la vías naturales y adecuadas, el organismo se encargará de inventar un medio de liberación que podría ser patológico o presentándose en un trastorno de conversión.

(Leonel, 2009, p. 116) describe los siguientes párrafos sobre el trastorno de conversión: Como se sabe, el trastorno de conversión fue llamado reacción por conversión en el DSM y neurosis histérica de tipo conversión en el DSM II. Tanto en el DSM como en el DSM II; el proceso de conversión estaba restringido a la producción de síntomas que afectasen a la motricidad voluntaria y al sistema nervioso sensitivo. Los síntomas que poseían una base fisiológica, que generalmente afectan al sistema nervioso autónomo, fueron añadidos dentro del grupo de trastornos psicofisiológicos.

También se utilizaron otros términos como puede ser el de histeria aguda. Desafortunadamente, algunos médicos utilizaron los términos trastorno de conversión o histeria de conversión como sinónimos de la histeria, un término reemplazado por trastorno de somatización en el DSM-III.

Generalmente, la histeria se utilizaba para describir un trastorno más crónico y polisintomático. Mientras que los síntomas de conversión son los síntomas más sorprendentes de un trastorno de somatización, el trastorno de somatización está caracterizado por la presencia inexplicable de múltiples síntomas que afectan a varios órganos, mientras que para el trastorno de conversión es suficiente la presentación de un único síntoma, normalmente de tipo pseudoneurológico (es decir, que sugiere la presencia de una enfermedad neurológica). Estas diferencias en el uso de los

términos han producido una gran confusión, tanto a nivel de la investigación como a nivel de la práctica médica.

Debido a que los síntomas de conversión sugieren una enfermedad orgánica, suelen ser observados por primera vez por médicos que no son psiquiatras.

Probablemente sean los neurólogos los médicos más consultados por los médicos de asistencia primaria a causa de estos síntomas, ya que la mayoría sugieren una enfermedad neurológica.

Se ha estimado que el 1% de los ingresos neurológicos muestran síntomas de conversión. El problema diagnóstico no surge únicamente a partir de que los síntomas de conversión puedan sugerir una enfermedad neurológica u orgánica de otro tipo, sino también a partir de que los síntomas de estas enfermedades pueden ser diagnosticados erróneamente como causados por la conversión.

(Leonel, 2009, p. 218) refiere que existen varias enfermedades neurológicas cuyos síntomas pueden no concordar de entrada con unas bases neurofisiológicas y neuropatológicas, por lo cual pueden sugerir que son causados por la conversión.

El duelo no elaborado, o como el DSM V lo llama Trastorno de duelo complejo persistente, se puede explicar a través de sus manifestaciones al nivel somático, ya que, es por medio de este aspecto como lo logra explicar la Gestalt.

(Celedonio, C, 2008, p. 139) refiere que la Gestalt es un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, “en el aquí y el ahora”, su presente.

Complementado con lo que menciona (Schanke, A. 2001, p. 119) que explica las enfermedades como mensajes del cuerpo, que son necesarios escuchar para lograr a una mejor calidad de vida. Planteando que se escucha la voz del síntoma, la voz del órgano enfermo, sistemas, tejidos y secreciones, comprender el sentido que tiene para la vida el enfermar y esto puede ayudar a la

sanación. Percibir a tiempo los verdaderos mensajes del cuerpo ahorraría innumerables consultas y chequeos médicos a los que se llevan al cuerpo como algo ajeno y de donde se sale regularmente aterrados, amenazados de siniestras posibilidades.

Este enfoque gestáltico busca comprender todas las manifestaciones corporales. Como lo menciona Schnake, que si al tener una polaridad negada se puede llevar a que una parte del cuerpo que tenga esa característica, se enferme. Todo esto es un acto de reprimir y encerrar la energía, un tipo de sobrecarga en alguna zona del cuerpo (p.ej., en la sexualidad, el genital percibe toda esa energía de un impulso de reproducción, el impulso de vida que Freud llamó Eros, que al ser reprimida el mismo cuerpo buscará o inventará una vía patológica para su descarga, y lo logrará mediante mecanismos neuróticos, como el salto al placer a través de la pornografía).

Cuando la mente no logra comprender, escuchar al cuerpo podría ayudar a mejorar de la manera en que se necesita. Que es lo que hace la Gestalt, hacer conciencia de todas esas manifestaciones del cuerpo, como un todo integrado, sin la división de cuerpo y mente que son negadas.

Este enfoque busca comprender cómo el carácter (neurótico) de una persona puede favorecer, en un momento dado, la aparición de una enfermedad en un órgano en particular. Comenta Adriana que si se tiene una polaridad negada puede que una parte del cuerpo que tenga esa cualidad, enferme. Si se escucha qué dice esa parte del cuerpo enfermo, puede ayudar a darse cuenta de qué cosas se necesitan cambiar para mejorar la forma de vivir.

Trastorno de conversión Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o medicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.

D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno de conversión es 300.11, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del síntoma.

- Especificar el tipo de síntoma

(F44.4) Con debilidad o parálisis.

(F44.4) Con movimiento anómalo.

(F44.4) Con síntomas de la deglución.

(F44.5) Con ataques o convulsiones.

(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva.

(F44.6) Con síntoma sensitivo especial.

(F44.7) Con síntomas mixtos.

- Especificar si

Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses.

Persistente: Síntomas durante seis meses o más.

- Especificar si

Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés).

Sin factor de estrés psicológico.

2.6. Características diagnósticas

Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de “funcional” (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o “psicógeno” (refiriéndose a una etiología

supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológico funcionales). En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos.

Los síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros. Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas crisis psicógenas o no epilépticas). Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz (disfonía/afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo).

Aunque el diagnóstico requiere que el síntoma no se pueda explicar por una enfermedad neurológica, este no se debería realizar simplemente porque los resultados de las pruebas sean normales o porque el síntoma sea “extraño”. Debe haber datos clínicos que muestren una evidencia clara de su incompatibilidad con una enfermedad neurológica. La incongruencia externa del examen es una manera de demostrar la incompatibilidad, por ejemplo, la demostración de que los signos físicos provocados un método de examen dejan de ser positivos cuando se analizan de una manera diferente.

2.6.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Una serie de características asociadas puede apoyar el diagnóstico de trastorno de conversión. Pueden existir antecedentes de múltiples síntomas somáticos similares. El inicio puede estar asociado con el estrés o el trauma, ya sea de naturaleza psicológica o física. La posible relevancia etiológica de este estrés o trauma se puede sugerir por la estrecha relación temporal. Sin embargo, aunque es importante realizar la evaluación para el estrés y el trauma, su ausencia no debe excluir el diagnóstico.

El trastorno de conversión a menudo se asocia con síntomas disociativos, como la despersonalización, la desrealización y la amnesia disociativa, en particular durante el inicio de los síntomas o durante los ataques.

El diagnóstico de trastorno de conversión no requiere determinar que los síntomas no se producen intencionadamente (esto es, son no fingidos), puesto que esto no se puede discernir de una manera fiable y con certeza la ausencia de simulación. El fenómeno la *belle indifference* (esto es, la falta de preocupación por la naturaleza o las implicaciones del síntoma) se ha asociado con el trastorno de conversión, pero no específico para el mismo y no se debe utilizar para hacer el diagnóstico. Del mismo modo, el concepto de ganancia secundaria (esto es, cuando las personas obtienen beneficios externos, como el dinero o la liberación de responsabilidades) tampoco es específico para el trastorno de conversión y, en el contexto de una evidencia cierta de simulación, se debería considerar en su lugar el diagnóstico de trastorno facticio o simulación.

2.6.1.1. Prevalencia

Los síntomas de conversión transitorios son frecuentes, pero la prevalencia exacta del trastorno es desconocida. Esto es en parte debido a que el diagnóstico, por lo general, requiere la evaluación en un nivel especializado de atención, donde aproximadamente el 5% de las derivaciones a las clínicas de neurología corresponden a este trastorno. La incidencia de síntomas de conversión individuales persistentes se estima en 2-5/ 100.000 por año.

2.6.1.2. Desarrollo y curso

Se ha documentado su inicio durante toda la vida. El inicio de los ataques no epilépticos alcanza su máximo en la tercera década, y los síntomas motores tienen una máxima frecuencia de aparición en la cuarta década. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en los niños más pequeños que en los adolescentes y adultos.

2.6.1.3. Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Frecuentemente se asocian rasgos de personalidad desadaptativos con el trastorno de conversión.

Ambientales. Puede haber antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. A menudo, aunque no siempre, existen eventos estresantes vitales.

Genéticos y fisiológicos. La presencia de una enfermedad neurológica que cause síntomas similares constituye un factor de riesgo, por ejemplo; las convulsiones no epilépticas son más frecuentes en los pacientes que también tienen epilepsia.

Modificadores del curso. La corta duración de los síntomas y la aceptación del diagnóstico son factores pronósticos positivos. Los rasgos de personalidad desadaptativos, la presencia de comorbilidad física y la recepción de beneficios por la incapacidad pueden ser factores pronósticos negativos.

2.6.1.4. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las transformaciones que se asemejan a síntomas conversivos (y disociativos) son comunes en determinados rituales aceptados culturalmente. Cuando los síntomas se pueden explicar completamente en un contexto cultural particular y no dan lugar a angustia o a una discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de conversión.

2.7. Diagnóstico diferencial

Si otro trastorno mental puede explicar mejor los síntomas, se debe realizar ese diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico de conversión se puede hacer en la presencia de otro trastorno mental.

Enfermedades neurológicas. El principal diagnóstico es la enfermedad neurológica que podría explicar mejor los síntomas. Después de una evaluación neurológica completa, rara vez se encuentra en el seguimiento una enfermedad neurológica inesperada como causa de los síntomas. Sin embargo, podría ser necesaria una reevaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de conversión puede coexistir con la enfermedad neurológica.

Trastorno de síntomas somáticos. Se puede diagnosticar un trastorno de conversión además de un trastorno de síntomas somáticos. No se ha podido demostrar que la mayoría de los síntomas somáticos, que aparecen en el trastorno de síntomas somáticos, sean claramente incompatibles con la fisiopatología, por ejemplo; el dolor, la fatiga, mientras que en el trastorno de conversión se requiere tal incompatibilidad para el diagnóstico. Los pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos, que caracterizan al trastorno de síntomas somáticos, a menudo están ausentes en el trastorno de conversión.

Trastorno facticio y simulación. El diagnóstico de conversión no requiere evaluar que los síntomas no se producen intencionadamente (p.ej., los fingidos), ya que la evaluación de la intención consciente es poco fiable. Sin embargo, la evidencia cierta de simulación (p.ej., una clara evidencia de que la pérdida de la función aparece en el examen clínico, pero no en casa) podría sugerir un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente de la persona es asumir el papel de enfermo o hacerse el enfermo, y si el objetivo es la obtención de algún tipo de incentivo, como el dinero.

Trastornos disociativos. Los síntomas disociativos son comunes en las personas con trastorno de conversión. Si aparecen tanto el trastorno de conversión como el trastorno disociativo, se deberían establecer ambos diagnósticos.

Trastorno dismorfico corporal. Los individuos con trastorno dismorfico corporal están excesivamente preocupados por un defecto percibido en sus características físicas.

La descripción que da el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, detalla esos puntos importantes que ayudan a comprender y diferenciar los síntomas del trastorno de conversión de otros trastornos mentales. Cada patología dentro del DSM V, cuenta con criterios diagnósticos, los cuales se deben seguir para la misma elaboración del plan terapéutico.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Planteamiento del problema

La paciente presentaba molestias en el pie izquierdo, tres semanas antes de lo que posiblemente fue un acontecimiento traumático para ella. M.O. de 37 años presentaba desde tres semanas antes de acudir al centro asistencial de Tocache, San Pablo, síntomas noradrenergicos (sudoración de las manos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sequedad de la boca) ella buscaba al doctor del centro asistencial para consultarle sobre estos síntomas que ella describió como un miedo en el cuerpo, específicamente en los pies (expresando que no es capaz de narrar o manifestar a través de palabras lo que siente más que con la descripción de “un miedo en el cuerpo.”)

La paciente dice intentar abordar los síntomas con las recomendaciones que le daban amigas y vecinas sobre un medicamento que le ayudaría «Cerbral de 25mg» que es un vasodilatador cerebral indicado para síntomas de alteraciones laberínticas, mareos, tratamiento de mantenimiento para síntomas de origen cerebrovascular, zumbido de oídos, vértigos, trastornos de conducta e irritabilidad, falta de concentración y calambres nocturnos.

M.O. refirió que antes del temblor no había tenido síntomas parecidos, pero que esas sensaciones en las que no puede verbalizar los acontecimientos o experiencias de su vida las presentaba desde que era adolescente (se logró obtener información a través de la entrevista, en la cual se manifestó el uso de mecanismos de represión ante cualquier situación estresante).

La paciente aludió que su familia siempre fue muy religiosa y que la mayoría de los problemas que ocurrían las ponían en las manos de Dios, ya que era mejor seguir adelante con la fe puesta en él; misma situación que ocurrió en la muerte de su hijo y en el temblor, todo lo puso en manos de Dios. Lo cual da una impresión de que nunca tuvo la oportunidad de integrar las

manifestaciones al nivel límbico, en donde su hipocampo se ha visto afectado en sus tres tareas principales: la simbolización (en donde no fue capaz de traducir ninguna experiencia vivida y sentida en experiencias narradas), la contextualización (en donde no ha logrado una especificidad de las experiencias vividas y sentidas y mantiene una perspectiva generalizadora de cada acontecimiento que pueda producirle una carga emocional considerable en su vida) y la secuenciación (donde no había logrado hacer consciente de que cada experiencia tiene un principio, un desarrollo y un final) para lo cual, el aunar estas tres áreas da una impresión clínica donde todos estos hechos fueron inhibidos de una manera en la que el organismo, que es autopoietico buscó regularse así mismo e inventó sustitutos inadecuados que pudieron adoptar el carácter de anormalidades somáticas.

La muerte de un hijo tres años antes del temblor y baja resiliencia son factores precipitantes al problema de la paciente. El niño de M.O. murió a los tres meses de haber nacido, nunca hubo intervención psicológica cuando sucedió por lo que se supone que no hubo una elaboración del duelo lo cual contribuye a la predisposición de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y somatomorfos. Creencias espirituales que inhibieron la verbalización de sus experiencias.

3.2. Pregunta de investigación

¿El reprimir las emociones que surgen ante una pérdida puede provocar un trastorno de conversión?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Analizar y comprender la salud mental en el contexto del Municipio de San Pablo, encontrando cuales son los factores precipitantes de las diferentes patologías o problemas emocionales y sus características; específicamente el de un duelo no elaborado.

3.3.2. Objetivos específicos

- Brindar técnicas de intervención a los síntomas de un trastorno de conversión.
- Determinar cuáles son las causas, los efectos y consecuencias de los trastornos conversivos.
- Plantear soluciones de prevención de la represión de emociones que surgen ante un duelo.

3.4. Alcances y límites

3.4.1. Alcances

Los alcances obtenidos de la investigación del caso de práctica profesional dirigida, fueron el lograr que varios de los usuarios del Centro Asistencial ADASP, Tocache, San Pablo lograron plantearse y poner en práctica nuevas formas de mejorar su calidad de vida; al nivel social, personal, laboral, académico y familiar.

También se logró que los usuarios que acudieron a psicoterapia tuvieran un cambio positivo en el mejoramiento de los problemas psicológicos/emocionales que afectaban y deterioraban su calidad de vida.

Se lograron dentro de cada aspecto trabajado el cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos y general que se plantearon al inicio.

Logrando sobre todo, la obtención de experiencia clínica profesional aplicando las psicoterapias necesarias para la resolución de un duelo no resuelto o no elaborado.

3.4.2. Límites

En el Centro Asistencial ADASP Tocache, San Pablo las limitaciones fueron se eluden, ya que se lograron realizar cada uno de los objetivos proyectados al inicio.

3.5. Metodología

El método que se utilizó en esta investigación fue el cualitativo, el cual tiene como objetivo el investigar los temas que requieren las autoridades de la Universidad Panamericana, realizándose con el caso de una mujer de 37 años que perdió a su hijo a los tres meses de haber nacido, y nunca contó con el tiempo adecuado y necesario para vivir el proceso de duelo que está presente en cada una de las pérdidas que se viven como seres humanos.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Datos generales

Nombre de la persona: M.O.

Edad: 37 años.

Género: Femenino

Estado civil: Unión libre.

Religión: Evangélica

Dirección: Tocache, San Pablo.

4.2. Motivo de consulta

“Vengo pidiendo ayuda porque ya no sé qué hacer, desde que fue el temblor yo ya no soy la misma, mi esposo también me lo ha dicho; ya no puedo caminar como antes doctor, tengo un miedo en mis pies, la verdad no sé cómo decirle que es lo que siento en los pies, pero es como un miedo; ya no puedo dormir ni estar tranquila desde ese día.”

4.3. Historia del problema actual

La paciente presentaba molestias en el pie izquierdo, tres semanas antes de lo que posiblemente fue un acontecimiento traumático para ella. M.O. presentaba desde tres semanas antes de acudir a clínica síntomas noradrenergicos (sudoración de las manos, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, sequedad de la boca) ella iba buscando al doctor del centro asistencial para consultarle sobre estos síntomas que ella describió como un miedo en el cuerpo, específicamente en los pies (expresando que no es capaz de narrar o manifestar a través de palabras lo que siente más que con la descripción de “un miedo en el cuerpo”). La paciente dice intentar abordar los síntomas con las recomendaciones que le daban amigas y vecinas sobre un medicamento que le

ayudaría «Cerbral de 25mg» que es un vasodilatador cerebral indicado para síntomas de alteraciones laberínticas, mareos, tratamiento de mantenimiento para síntomas de origen cerebrovascular, zumbido de oídos, vértigos, trastornos de conducta e irritabilidad, falta de concentración y calambres nocturnos. Sin embargo, se prescribe más comúnmente para náusea y vómitos debidos a cinetosis u otras causas como quimioterapia, vértigo, o enfermedad de Ménière. Tomando en cuenta los efectos adversos que se experimentan con este medicamento y como podrían llegar a confundirse al momento del diagnóstico y su correcto tratamiento; somnolencia, sudoración, sequedad bucal, dolor de cabeza, problemas de piel, letargo, irritación gastrointestinal, reacciones de hipersensibilidad, así como rigidez de músculo, problemas de movimiento y temblor.

M.O. refirió que antes del temblor no había tenido síntomas parecidos, pero que esas sensaciones en las que no puede verbalizar los acontecimientos o experiencias de su vida las presentaba desde que era adolescente (se logró obtener información a través de la entrevista, en la cual se manifestó el uso de mecanismos de represión ante cualquier situación estresante).

La paciente aludió que su familia siempre fue muy religiosa y que la mayoría de los problemas que ocurrían las ponían en las manos de Dios, ya que era mejor seguir adelante con la fe puesta en él; misma situación que ocurrió en la muerte de su hijo y en el temblor, todo lo puso en manos de Dios.

Lo cual da una impresión de que nunca tuvo la oportunidad de integrar las manifestaciones al nivel límbico, en donde su hipocampo se ha visto afectado en sus tres tareas principales: la simbolización (en donde no fue capaz de traducir ninguna experiencia vivida y sentida en experiencias narradas), la contextualización (en donde no ha logrado una especificidad de las experiencias vividas y sentidas y mantiene una perspectiva generalizadora de cada acontecimiento que pueda producirle una carga emocional considerable en su vida) y la secuenciación (donde no había logrado hacer consciente de que cada experiencia tiene un principio, un desarrollo y un final) para lo cual, el aunar estas tres áreas da una impresión clínica donde todos estos hechos fueron inhibidos de una manera en la que el organismo, que es

autopoietico buscó regularse así mismo e inventó sustitutos inadecuados que pudieron adoptar el carácter de anormalidades somáticas.

4.4. Factores precipitantes

Muerte de un hijo tres años antes del temblor y baja resiliencia. El niño de M.O. murió a los tres meses de haber nacido, nunca hubo intervención psicológica cuando sucedió por lo que se supone que no hubo una elaboración del duelo lo cual contribuye a la predisposición de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y somatomorfos. Creencias espirituales que inhibieron la verbalización de sus experiencias.

4.5. Impacto de la enfermedad

Disminución en la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales: evitaba el acercamiento a su esposo porque ella describía que sentía enojo o ira hacia él, aunque también expresaba ser consciente de que él no tenía la culpa de nada de lo que ella estaba padeciendo, pérdida de peso y manifestaciones somáticas.

4.6. Historia clínica

M.O. Describió que sus tres embarazos no fueron planificados pero si aceptados por ella y su conyugue; describió que el embarazo de J.O., su hijo, fue normal, no tuvo control prenatal y el parto fue eutócico (sin intervención quirúrgica y sin ningún tipo de complicación) pero que a los dos meses y medio meses de vida comenzó a enfermarse de manera constante y que siempre había necesidad de acudir al médico. La última vez que ella lo sostuvo en sus brazos fue cuando tuvieron que internarlo describiendo con llanto y con sentimiento de tristeza la pérdida de su hijo.

4.7. Examen mental

- Apariencia: vestimenta adecuada aunque un poco sucia, descuido en su higiene y arreglo personal, mantiene el contacto visual, sigue planteamientos que se hagan durante la entrevista, postura corporal depresiva.
- Conducta: Colaboradora.
- Lenguaje: De intensidad baja y tono normal, es coherente aunque angustiado, sus respuestas son breves.
- Curso del pensamiento: Con bloqueos del pensamiento.
- Contenido del pensamiento: Ideas somáticas “siento un miedo en mi pie izquierdo”, con preocupación excesiva, ideas de desesperanza y minusvalía.
- Percepción: Alerta.
- Humor: Tiene buen sentido del humor.
- Afecto: Hipotimias, ansiedad, irritabilidad, melancolía, tristeza, pesadumbre.
- Inteligencia: Impresiona promedio normal.
- Orientación: Orientada en persona, lugar y tiempo.
- Memoria: Amnesia afectiva, durante la entrevista la paciente no responde ciertas preguntas porque dice no acordarse pero es notorio que son específicamente las preguntas relacionadas al duelo.
- Control de impulsos: Adecuado.
- Capacidad de Juicio Crítico: Tiene la capacidad de captar situaciones, evaluarlas y seleccionar las formas más apropiadas de acción.
- Capacidad de Insight: Adecuado.
- Confiabilidad: Aceptable.
- Discernimiento para el diagnóstico

Criterios diagnósticos del trastorno de duelo complejo persistente, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V (2013)

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.

- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apoyo.
 - 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
 - 3. Preocupación en relación al fallecido.
 - 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

- C. Desde la muerte al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo.
 - Malestar reactivo a la muerte
 - 1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
 - 2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
 - 3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
 - 4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
 - 5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p.e. autoinculparse).

6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida, por ejemplo; evitación de los individuos, lugares, o situaciones asociados con el fallecido, en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido.

- Alteración social/de la identidad

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.

8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.

9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.

10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.

11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej. Sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).

12. Dificultad o reticencia a mantener intereses, por ejemplo; amistades, actividades o hacer planes de futuro desde la pérdida.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La reacción del duelo es desproporcionada o inconsciente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

- Especificar si

Con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

4.8. Características diagnósticas

El trastorno de duelo complejo persistente se diagnostica solo si han transcurrido al menos 12 meses (6 en los niños) desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana (Criterio A). Este marco temporal discrimina entre el duelo normal y el duelo persistente. La afeción típicamente conlleva un anhelo/añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), o con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3). El individuo también puede estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4).

Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1) (p. ej., prepararle la comida), incredulidad que haya fallecido (Criterio C2), recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultad para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). La naturaleza y la gravedad de la pena deben ser mayores de lo normal esperable para el entorno cultural, el grupo religioso o la etapa de desarrollo concretos (Criterio E). Aunque hay variaciones en cómo se manifiesta la pena, los trastornos de duelo complejo persistente aparecen en ambos géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

4.8.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Algunos individuos con trastorno de duelo complejo persistente presentan alucinaciones del fallecido (auditivas o visuales), en las que de manera temporal perciben la presencia del difunto, por ejemplo; ver al fallecido sentado en su silla favorita. También pueden experimentar diversas quejas somáticas. Por ejemplo; molestias digestivas, dolor, fatiga, incluso los síntomas que padecía el fallecido.

4.8.1.1. Prevalencia

La prevalencia del trastorno de duelo complejo persistente es de aproximadamente un 2,4-48 %. El trastorno es más prevalente en las mujeres que en los varones.

4.8.1.2. Desarrollo y curso

El trastorno de duelo complejo persistente puede aparecer a cualquier edad, a partir de la edad de un año. Los síntomas habitualmente comienzan en los primeros meses tras la muerte, aunque puede haber una demora de meses o incluso años hasta que aparece el síndrome completo. Aunque las respuestas de dolor habitualmente aparecen inmediatamente tras la pérdida, estas no se diagnostican como trastorno de duelo complejo persistente salvo que los síntomas superen los 12 meses (6 meses en los niños).

Los niños pequeños pueden experimentar la pérdida de un cuidador como traumática, dados los efectos desorganizadores que puede tener la ausencia del cuidador sobre la respuesta de afrontamiento del niño. En los niños, el sufrimiento puede expresarse, en el juego y el comportamiento, mediante regresiones en el desarrollo y por comportamientos ansiosos o de protesta a la hora de separarse y de reencontrarse. El malestar por separación puede predominar en los niños pequeños, y los niños mayores y los adolescentes pueden manifestar más malestar social/de identidad y riesgo de depresión simultáneo.

4.8.2. Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El riesgo de presentar un trastorno de duelo complejo persistente aumenta los casos de mayor dependencia a la persona fallecida previa a la muerte, y el que fallece es un hijo. Las alteraciones en el apoyo de los cuidadores aumenta el riesgo para los niños en duelo.

Genéticos y ambientales. El riesgo de presentar el trastorno aumenta si el individuo en duelo es una mujer.

Criterios para el diagnóstico de F44.4 Trastorno de conversión [300.11] DSM V (2013).

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o medicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno de conversión es 300.11, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del síntoma.

- Especificar el tipo de síntoma

(F44.4) Con debilidad o parálisis.

(F44.4) Con movimiento anómalo.

(F44.4) Con síntomas de la deglución.

- (F44.5) Con ataques o convulsiones.
- (F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva.
- (F44.6) Con síntoma sensitivo especial.
- (F44.7) Con síntomas mixtos.

- Especificar si

Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses.

Persistente: Síntomas durante seis meses o más.

- Especificar si

Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés).

Sin factor de estrés psicológico.

4.9. Características diagnósticas

Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de “funcional” (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o “psicógeno” (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológico funcionales). En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos.

Los síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros. Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas crisis psicógenas o no epilépticas). Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen

de la voz (disfonía/afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo).

Aunque el diagnóstico requiere que el síntoma no se pueda explicar por una enfermedad neurológica, este no se debería realizar simplemente porque los resultados de las pruebas sean normales o porque el síntoma sea “extraño”. Debe haber datos clínicos que muestren una evidencia clara de su incompatibilidad con una enfermedad neurológica. La incongruencia externa del examen es una manera de demostrar la incompatibilidad. Por ejemplo; la demostración de que los signos físicos provocados un método de examen dejan de ser positivos cuando se analizan de una manera diferente.

4.9.1. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Una serie de características asociadas puede apoyar el diagnóstico de trastorno de conversión. Pueden existir antecedentes de múltiples síntomas somáticos similares. El inicio puede estar asociado con el estrés o el trauma, ya sea de naturaleza psicológica o física. La posible relevancia etiológica de este estrés o trauma se puede sugerir por la estrecha relación temporal. Sin embargo, aunque es importante realizar la evaluación para el estrés y el trauma, su ausencia no debe excluir el diagnóstico.

El trastorno de conversión a menudo se asocia con síntomas disociativos, como la despersonalización, la desrealización y la amnesia disociativa, en particular durante el inicio de los síntomas o durante los ataques.

El diagnóstico de trastorno de conversión no requiere determinar que los síntomas no se producen intencionadamente (esto es, son no fingidos), puesto que esto no se puede discernir de una manera fiable y con certeza la ausencia de simulación. El fenómeno la *belle indifference* (esto es, la falta de preocupación por la naturaleza o las implicaciones del síntoma) se ha asociado con el trastorno de conversión, pero no específico para el mismo y no se debe utilizar para hacer el diagnóstico. Del mismo modo, el concepto de ganancia secundaria (esto es, cuando las personas obtienen

beneficios externos, como el dinero o la liberación de responsabilidades) tampoco es específico para el trastorno de conversión y, en el contexto de una evidencia cierta de simulación, se debería considerar en su lugar el diagnóstico de trastorno facticio o simulación.

4.9.1.1. Prevalencia

Los síntomas de conversión transitorios son frecuentes, pero la prevalencia exacta del trastorno es desconocida. Los síntomas de conversión transitorios son frecuentes, pero la prevalencia exacta del trastorno es desconocida. Esto es en parte debido a que el diagnóstico, por lo general, requiere la evaluación en un nivel especializado de atención, donde aproximadamente el 5% de las derivaciones a las clínicas de neurología corresponden a este trastorno. La incidencia de síntomas de conversión individuales persistentes se estima en 2-5/ 100.000 por año.

4.9.1.2. Desarrollo y curso

Se ha documentado su inicio durante toda la vida. El inicio de los ataques no epilépticos alcanza su máximo en la tercera década, y los síntomas motores tienen una máxima frecuencia de aparición en la cuarta década. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en los niños más pequeños que en los adolescentes y adultos.

4.9.1.3. Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Frecuentemente se asocian rasgos de personalidad desadaptativos con el trastorno de conversión.

Ambientales. Puede haber antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. A menudo, aunque no siempre, existen eventos estresantes vitales.

Genéticos y fisiológicos. La presencia de una enfermedad neurológica que cause síntomas similares constituye un factor de riesgo. Por ejemplo; las convulsiones no epilépticas son más frecuentes en los pacientes que también tienen epilepsia.

Modificadores del curso. La corta duración de los síntomas y la aceptación del diagnóstico son factores pronósticos positivos. Los rasgos de personalidad desadaptativos, la presencia de comorbilidad física y la recepción de beneficios por la incapacidad pueden ser factores pronósticos negativos.

4.9.1.4. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las transformaciones que se asemejan a síntomas conversivos (y disociativos) son comunes en determinados rituales aceptados culturalmente. Cuando los síntomas se pueden explicar completamente en un contexto cultural particular y no dan lugar a angustia o a una discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de conversión.

4.10. Diagnóstico diferencial

Si otro trastorno mental puede explicar mejor los síntomas, se debe realizar ese diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico de conversión se puede hacer en la presencia de otro trastorno mental.

Enfermedades neurológicas. El principal diagnóstico es la enfermedad neurológica que podría explicar mejor los síntomas. Después de una evaluación neurológica completa, rara vez se encuentra en el seguimiento una enfermedad neurológica inesperada como causa de los síntomas. Sin embargo, podría ser necesaria una reevaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de conversión puede coexistir con la enfermedad neurológica.

Trastorno de síntomas somáticos. Se puede diagnosticar un trastorno de conversión además de un trastorno de síntomas somáticos. No se ha podido demostrar que la mayoría de los síntomas somáticos, que aparecen en el trastorno de síntomas somáticos, sean claramente incompatibles

con la fisiopatología. Por ejemplo; el dolor, la fatiga, mientras que en el trastorno de conversión se requiere tal incompatibilidad para el diagnóstico. Los pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos, que caracterizan al trastorno de síntomas somáticos, a menudo están ausentes en el trastorno de conversión.

Trastorno facticio y simulación. El diagnóstico de conversión no requiere evaluar que los síntomas no se producen intencionadamente, por ejemplo; los fingidos, ya que la evaluación de la intención consciente es poco fiable. Sin embargo, la evidencia cierta de simulación. Por ejemplo; una clara evidencia de que la pérdida de la función aparece en el examen clínico, pero no en casa. Podría sugerir un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente de la persona es asumir el papel de enfermo o hacerse el enfermo, y si el objetivo es la obtención de algún tipo de incentivo, como el dinero.

Trastornos disociativos. Los síntomas disociativos son comunes en las personas con trastorno de conversión. Si aparecen tanto el trastorno de conversión como el trastorno disociativo, se deberían establecer ambos diagnósticos.

Trastorno dismorfico corporal. Los individuos con trastorno dismorfico corporal están excesivamente preocupados por un defecto percibido en sus características físicas.

La descripción que da el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, detalla esos puntos importantes que ayudan a comprender y diferenciar los síntomas del trastorno de conversión de otros trastornos mentales. Cada patología dentro del DSM V, cuenta con criterios diagnósticos, los cuales se deben seguir para la misma elaboración del plan terapéutico.

4.11. Diagnóstico semiológico

La «anestesia» o adormecimiento del pie izquierdo, el síntoma somático representaba la resolución simbólica de un conflicto psicológico inconsciente que fue la muerte de su hijo, que disminuía la ansiedad y le servía para mantener el conflicto fuera de la conciencia («ganancia

primaria»). Asimismo, obtenía del síntoma de conversión una «ganancia secundaria» que en este caso era tener que enfrentarse al proceso de duelo y los sentimientos de odio que tenía sobre sus creencias espirituales por la pérdida. Los síntomas aparecieron después de una situación de estrés psicosocial extremo (la muerte de un ser querido).

Basándose en los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo del DSM V, especialmente en las mujeres los síntomas se presentan más habitualmente en el lado izquierdo del cuerpo que en el derecho.

4.12. Diagnóstico psicodinámico

Los síntomas somáticos se manifestaron ante un duelo no resuelto; la paciente manifestó que después de la exposición a un acontecimiento estresante (temblor) comenzó a sentir el miedo en los pies y comenzó a sentirse extraña.

La manifestación somática se encontraba relacionada a la falta de integración verbal y corporal de la pérdida.

4.13. Evaluación multiaxial

Eje I: Z63.4 Duelo [V62.82]

Eje II: F44.4 Trastorno de conversión [300.11]

Eje III: Ninguno, se hicieron hecho exámenes médicos y no se encontró criterios relacionados a su sintomatología.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

EJE V: 60.

4.14. Diagnóstico diferencial

Enfermedades neurológicas, otros trastornos somáticos y trastornos depresivos.

4.15. Evaluación pronóstico

Reservado

4.16. Plan terapéutico

Se trabajó con un enfoque ecléctico, es decir, se emplearon técnicas de distintos enfoques en sesiones de 45 minutos. Se elaboró el duelo y se evaluaron los signos de los síntomas somáticos de conversión utilizando la técnica del psicoanálisis, catarsis, en donde según (Celedonio, C. 2008, p. 173) se anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante, que había quedado estancado, llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal.

4.17. Notas evolutivas

4.17.1. Sesión No.1

Técnica utilizada: Entrevista semiestructurada, expuesta por Achenbach y Rescorla, 2001. Y catarsis.

Actividad realizada: En esta sesión se realizó una entrevista semiestructurada a la paciente para obtener información sobre su sintomatología.

Se interrogó a la paciente acerca de la historia del surgimiento de su síntoma, la cual no podía comunicar del todo. Por lo cual, se realizó la elaboración de la historia vital de la paciente; en líneas psicoanalíticas fue necesario que esa concentración unilateral de energía que obstaculizaba el libre curso de ideas y que producía que no hubiera una descarga de la excitación, fuera expresada y fuera integrada y elaborada a través de la verbalización y la expresión corporal (catarsis), abordando así las reacciones anómalas como de la conversión.

4.17.2. Sesión No.2

Técnica utilizada: Elaboración del duelo, según la (Dra. Elisabeth Kubler Ross 1997, p. 219) consideró que las etapas del proceso de duelo son las siguientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La cuales no son lineales (1, 2, 3, 4, 5) (Dra. Elisabeth Kubler Ross 1997, p. 219) por lo tanto, es mejor esperar vivirlas en forma salteada y desordenada. Aunado a lo que expuso (Longaker, 1988, p. 216) que los efectos corporales que pueden llegar a presentarse a partir de una ausencia pueden ser la respiración corta, mareos, arritmias, sensación de calor o frío, sensación de pesadez y dolores musculares; de igual forma lo expuso (O'Connor, 1990. p. 94): que hay una tensión muscular y fatiga; también (Worden, 1997, p. 77): expuso que hay una sensación de vacío en el estómago, sensación de opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, sensación de falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y resequead de la boca.

Todos estos síntomas expuestos por los tres autores contribuyeron al diagnóstico del duelo no resuelto, y no a un trastorno de estrés postraumático que presenta sintomatología muy parecida. Connotado a la conducta de evasión del duelo que se confunde con la de un estrés postraumático; el dolor sentimental es una experiencia desagradable para la mayoría de las personas, por lo tanto no es de extrañar que se busquen opciones para atenuarlo o eliminarlo (Un duelo Silente, 2015 p. 28)

Actividad realizada: Se le preguntó a la paciente sobre su interés en expresar verbalmente los pensamientos y sentimientos relacionados a la ausencia importante que tuvo, se explicó que esto

facilitaría el duelo que es un factor importante de su sintomatología en el pie izquierdo. La paciente, comenzó relatando que sentía mucha tristeza por la pérdida de J.O., su hijo, y que pensaba que no era justo que se muriera si no lo tuvo con ella tanto tiempo, pero que entendía que Dios se lo había llevado por alguna razón. Manifestó enojo después de expresar la pérdida.

En esta sesión se le dio la oportunidad de expresar lo que sentía y pensaba acerca de la pérdida, logró aceptar la tristeza.

4.17.3. Sesión No.3

Técnica utilizada: Técnica utilizada: Elaboración del duelo, según la (Dra. Elisabeth Kubler Ross 1997, p. 219) consideró que las etapas del proceso de duelo son las siguientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La cuales no son lineales (1, 2, 3, 4, 5) (Dra. Elisabeth Kubler Ross 1997, p. 220), por lo tanto, es mejor esperar vivirlas en forma salteada y desordenada.

Aunado a lo que expuso (Longaker, 1988, p. 13) que los efectos corporales que pueden llegar a presentarse a partir de una ausencia pueden ser la respiración corta, mareos, arritmias, sensación de calor o frío, sensación de pesadez y dolores musculares; de igual forma lo expuso (O'Connor, 1990, p. 51) que hay una tensión muscular y fatiga; también (Worden, 1997, p. 81) expuso que hay una sensación de vacío en el estómago, sensación de opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, sensación de falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y resequead de la boca. Todos estos síntomas expuestos por los tres autores contribuyeron al diagnóstico del duelo no resuelto, y no a un trastorno de estrés postraumático que presenta sintomatología muy parecida.

Connotado a la conducta de evasión del duelo que se confunde con la de un estrés postraumático; el dolor sentimental es una experiencia desagradable para la mayoría de las personas, por lo tanto no es de extrañar que se busquen opciones para atenuarlo o eliminarlo.

Actividad realizada: Se interrogó y se evaluó a la paciente sobre cuáles eran los recursos con los que ella contaba (habilidades y potencialidades) se le explicó que estos le permitirían hacer frente a la contingencia y de una manera menos angustiante y que tuviera presente que cada persona tenía el derecho de vivir el duelo a un ritmo e intensidad diferente o de la manera que considerara más adecuada para ir sanando los sentimientos dolorosos utilizando los recursos encontrados y manifestados durante la sesión.

Se le dio el espacio a la paciente para que pudiera encontrar sus necesidades, ya que estas contribuyen a la formación de síntomas somáticos durante la búsqueda de la satisfacción de las mismas. En esta sesión se logró que ella lograra aceptar los sentimientos y pensamientos sin dañarse a sí misma y sin dañar a otros o su entorno.

Se orientó a la paciente para que lograra la aceptación de que aquel ser querido (su hijo) no lo podría recuperar; reconociendo lo irreversible de la ausencia. Implicó la separación y la suspensión de la relación; se propuso la técnica del globo de helio.

Al finalizar se le ofreció la realización de una agenda de actividades, la cual ayudaría en el deterioro social que presentaba: caminar durante quince minutos, asistir a alguna plática o conferencia donde se trataran temas de interés de la paciente, programar visitas de algunos lugares que sean de interés para ella (y que preferentemente no estén relacionados a la pérdida).

4.17.4. Sesión No.4

Técnica utilizada: Técnica utilizada: Elaboración del duelo, según la (Dra. Elisabeth Kubler Ross, 1997, p. 217) consideró que las etapas del proceso de duelo son las siguientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La cuales no son lineales (1, 2, 3, 4, 5) (Dra. Elisabeth Kubler Ross, 1997, p. 217) por lo tanto, es mejor esperar vivirlas en forma salteada y desordenada. Aunado a lo que expuso (Longaker, 1988, p. 156) que los efectos corporales que pueden llegar a presentarse a partir de una ausencia pueden ser la respiración corta, mareos, arritmias, sensación de calor o frío, sensación de pesadez y dolores musculares; de igual forma lo

expuso (O'Connor, 1990, p. 113) que hay una tensión muscular y fatiga; también (Worden, 1997, p. 163) expuso que hay una sensación de vacío en el estómago, sensación de opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, sensación de falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y resequeidad de la boca.

Todos estos síntomas expuestos por los tres autores contribuyeron al diagnóstico del duelo no resuelto, y no a un trastorno de estrés postraumático que presenta sintomatología muy parecida. Connotado a la conducta de evasión del duelo que se confunde con la de un estrés postraumático; el dolor sentimental es una experiencia desagradable para la mayoría de las personas, por lo tanto no es de extrañar que se busque opciones para atenuarlo o eliminarlo (Un duelo Silente, 2015, p. 28)

Actividad realizada: Se orientó a la paciente al siguiente paso de la elaboración del duelo, que es el agradecimiento del cambio o la ausencia (Duelo silente, 2015 p. 129) Donde se identificaron los beneficios que surgieron como consecuencia de la pérdida, se explicó de la manera siguiente “— ¿Qué cosas le gustaría agradecerle a ese hijo? — ¿Qué cosas construyó a través de ese amor por su hijo cuando el falleció?—” M.O. expresó que después de su pérdida, ella logró acercarse más a Dios, logró compartir de mejor manera con sus demás hijos y que en su corazón, ella logró perdonar muchas situaciones de su vida.

Se le interrogó para continuar con la siguiente fase que es la de darse cuenta, donde ella pudiera ser consciente de su cuerpo; sentir la temperatura de su cuerpo, la sequedad de su boca, la tensión en sus músculos de los brazos y pies, el sueño tan pesado que llevaba, el peso de su cuerpo, los latidos de su corazón y el ritmo de su respiración. Esto permitió que ella pudiera reconocer los mensajes que le ofrecía su cuerpo para que ella pudiera cuidar de ella misma y que pudiera atender sus propias necesidades.

Al finalizar se le pidió a la paciente que escribiera de manera libre una carta sobre los sentimientos y pensamientos respecto al dolor, sin preocuparse por la legibilidad de lo escrito y la secuencia lógica de que fuera plasmando y que lograra referir el momento, y si ella deseaba podía

colocar alguna fotografía a la carta. Se le explicó que al finalizar la carta redactara un texto de despedida para su hijo.

4.17.5. Sesión No.5

Técnica realizada: Técnica utilizada: Elaboración del duelo, según la (Dra. Elisabeth Kubler Ross 1997, p. 219) consideró que las etapas del proceso de duelo son las siguientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La cuales no son lineales (1, 2, 3, 4, 5) (Dra. Elisabeth Kubler Ross, 1997, p. 219) por lo tanto, es mejor esperar vivirlas en forma salteada y desordenada. Aunado a lo que expuso (Longaker, 1988, p. 182) que los efectos corporales que pueden llegar a presentarse a partir de una ausencia pueden ser la respiración corta, mareos, arritmias, sensación de calor o frío, sensación de pesadez y dolores musculares; de igual forma lo expuso (O'Connor, 1990, p. 149) que hay una tensión muscular y fatiga; también (Worden, 1997, p. 231) expuso que hay una sensación de vacío en el estómago, sensación de opresión en el pecho, sensación de opresión en la garganta, sensación de falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y resequedad de la boca.

Todos estos síntomas expuestos por los tres autores contribuyeron al diagnóstico del duelo no resuelto, y no a un trastorno de estrés postraumático que presenta sintomatología muy parecida. Connotado a la conducta de evasión del duelo que se confunde con la de un estrés postraumático; el dolor sentimental es una experiencia desagradable para la mayoría de las personas, por lo tanto no es de extrañar que se busquen opciones para atenuarlo o eliminarlo (Un duelo Silente, 2015 p. 28) Globo de helio.

Actividad realizada: Se le pidió a la paciente que pudiera leer en voz alta lo que escribió, sin juzgarse a sí misma por lo escrito. Después de leer la carta se colocó dentro de un sobre y se amarró a un globo de helio y se dejó ir la carta al cielo. La paciente logro verbalizar su síntoma como un adormecimiento del pie, el cual había disminuido de manera sistemática durante las semanas de tratamiento.

Al finalizar la sesión se abordó la experiencia de pérdida, la cual se planteó como el sanar la herida sentimental y atender las necesidades del cuerpo. Tomando en cuenta también la fase del perdón.

La paciente manifestó que los síntomas habían reducido, y que después de haberse despedido de su hijo logró recordar cada aspecto de él y del acontecimiento traumático previo (temblor) y poco a poco fue narrando cada uno, logrando así el objetivo del tratamiento la restauración de las funciones del hipocampo las cuales reestablecieron la salud de la paciente.

Conclusiones

Toda pérdida ocasiona un proceso de duelo, y las pérdidas no son explicadas únicamente ante la muerte de un ser querido, las pérdidas van desde la ausencia de una capacidad, la pérdida de un empleo, el mudarse de una ciudad, la incapacidad de realización, el perder un ideal de vida; todo aquello que represente algo importante y fundamental en la vida de la persona y que se le sea arrebatado se define como pérdida, por lo tanto, se sabe que ocasionará un proceso de duelo.

Las pérdidas ocasionan un proceso de duelo, y este se debe vivir a través de sus cinco etapas (1.Negación; 2. Ira; 3. Negociación; 4.Depresión; 5. Aceptación) las cuales se viven de maneras subjetivas, no son lineales, no tienen un orden de vivencia, pero el duelo si tiene un tiempo que se estima adecuado y es de dos años, que si no se logra resolver antes de este lapso se cataloga como una patología o un duelo patológico.

Una de las medidas de prevención y al mismo tiempo una opción de tratamiento, es el implementar el fortalecimiento de una resiliencia desde la infancia, o incluso, comenzar a desarrollarla desde una edad adulta ayuda a que esta capacidad de afrontamiento donde se da un crecimiento personal a través de las vicisitudes, se implemente al momento de sufrir una pérdida, lo cual permite a la persona vivir las cinco etapas del duelo aun habiendo presión de estímulos externos.

Recomendaciones

Es fundamental el saber que cada una de las emociones que se tienen, no se pueden controlar, por lo que es imposible decidir cuando aparecen y desaparecen cada una de ellas. Las emociones, son impulsos hacia una acción determinada; la depresión y la ira que surgen ante una pérdida no deben ser reprimidas ni se deben intentar controlar, se deben enseñar a vivirlas de maneras saludables y con una visión de crecimiento.

Es necesario que alguien acompañe al doliente, y que pueda escucharlo sin ejercer ningún tipo de presión, con el objetivo de facilitar la vivencia del duelo.

Hablar sobre las experiencias de pérdidas puede ayudar a darle una dimensión e importancia mucho más objetiva a la pérdida o ausencia.

Referencias

Bibliográficas

- Association, A. P. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Panamericana.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapeúticos*. México: El manual Moderno.
- Castanedo, C. (2014). *Uso de la silla vacía*. En Grupos de encuentro en terapia Gestalt (pág. 616). España: Herder Editorial.
- D'Angelico, F. (1990). *Cómo sobrevivir a la pérdida de un amor*. México: Dante.
- Dhakal, Radhika, Bajpai, Vivek K., Baek, & Kwang-Hyu. (2012). *Producción de GABA (ácido aminobutírico) por microorganismos*.
- Freud, S. (1975). *Sigmund Freud Obras completas*. Londres: Amorrortu.
- Freud, S. (1984). *Introducción al narcisismo*. En Obras completas de Sigmund Freud (Vol.14). Buenos Aires: Alianza.
- Freud, S. (1993). *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- J., L., & Pontalis, J. (2007). *Método catártico*. En Diccionario del psicoanálisis (pág. 428). Buenos Aires: Paidós.
- Kroen, W. (2002). *Como ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Oniro.

Kübler-Ross. (1997). *La rueda de la vida*. Barcelona: Grupo Zeta.

Laplanche, Jean, Pontalis, & Bertrand. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Leonel, N. O. (2009). *Trastornos somatomorfos*. Revista Mexicana de Neurociencia, 39.

Longaker, C. (1988). *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*. México: Grijalbo.

O'Connor, N. (1990). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.

Schnake, A. (2001). *La voz del síntoma*. Chile: Cuatro Vientos.

Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.