

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



**Estudio de caso: Duelo de una mujer adulta de 47 años, asociado al
fallecimiento de su hijo, atendido en el Centro de asistencia Social - CAS -
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)**

Celeste Johana Chávez Mayen

Guatemala, agosto 2019

**Estudio de caso: Duelo de una mujer adulta de 47 años, asociado al
fallecimiento de su hijo, atendido en el Centro de asistencia Social - CAS -**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Celeste Johana Chávez Mayen

M.A. Doris Cuellar (**Asesora**)

Licda. Claudia Nineth Hernández García (**Revisora**)

Guatemala, agosto 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vicedecano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero de 2019.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Duelo de una mujer adulta de 47 años, asociado al fallecimiento de su hijo, atendido en el Centro de asistencia Social - CAS". Presentada por el (la) estudiante: Celeste Johana Chávez Mayen, 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.


M.A. Doris Cuéllar
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala veinte de mayo del año 2019.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: “Estudio de caso: Duelo de una mujer adulta de 47 años, asociado al fallecimiento de su hijo, atendido en el Centro de Asistencia Social -CAS-”. Presentada por el (la) estudiante: Celeste Johana Chávez Mayen, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Claudia Nineth Hernández García
Revisor



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mes de agosto 2019. -----

En virtud que el presente Informe de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Duelo de una mujer adulta de 47 años, asociado al fallecimiento de su hijo, atendido en el Centro de asistencia Social - CAS -", presentado por el (la) estudiante Celeste Johana Chávez Mayen reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



[Handwritten Signature]
M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación	4
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
2.1 Duelo	6
2.1.1 Tipos de duelo	7
2.1.2 Duelo según DSM 5	7
2.1.2.1 Duelo no complicado	7
2.1.2.2 Trastorno de duelo complejo persistente	8
2.1.3 Según Martín Reyes (2010) plantea tres tipos de duelo	8
2.1.3.1 Duelo por la muerte de un ser querido	8
2.1.3.2 Duelo por la muerte de un hijo	9
2.1.3.3 Duelo por divorcio o ruptura de pareja	9
2.1.3.4 Duelo por migración	10
2.2 Fases del duelo	10

2.2.1 Aturdimiento y el Shock	11
2.2.2 Tiempo de dolor intenso	11
2.2.3 Soledad y aislamiento social	11
2.2.4 La adaptación y resolución	12
2.3 Rasgos depresivos	13
2.3.1 Concepto	13
2.3.2 Tristeza de los aniversarios	14
2.3.3 Las habilidades sociales	14
2.4 Conflictos familiares y de pareja	15
2.4.1 Concepto	15
2.4.2 ¿Cómo afecta el duelo en las relaciones sexuales de la pareja?	16
2.4.3 Incapacidad para darse a sus otros hijos	16
2.4.4 Consecuencias de los problemas de pareja en la familia	17
2.5 Sentimientos de culpa de quien ha sufrido la pérdida	18
2.5.1 Perdonarse a sí mismo de los sentimientos de culpa	18
2.6 La codependencia	19
2.6.1 Definición	19
2.6.2 Las relaciones de dependencia	20
2.6.3 Características de la codependencia	21
2.6.4 La autoestima	21
Capítulo 3	23
Marco Metodológico	23
3.1 Planteamiento del problema	23
3.2 Pregunta de investigación	23
3.3 Objetivo general	23
3.4 Objetivos específicos	24
3.5 Alcances y límites	24
3.6 Metodología	25

Capítulo 4	26
Presentación y discusión de Resultados	26
4. 1 Sistematización de Estudio de Caso	26
4.1.1 Datos generales	26
4.1.2 Motivo de consulta	26
4.1.3 Historia del problema actual	27
4.1.4 Estresores factores precipitantes	28
4.1.5 Historia clínica	28
4.1.6 Historia familiar	30
4.1.7 Examen del Estado mental	31
4.1.8 Resultado de pruebas (Cuantitativos y Cualitativos)	32
4.1.9 Impresión diagnóstica	37
4.1.10 Diagnostico según DSM 5	38
4.1.11 Recomendaciones	38
4.1.12 Plan de tratamiento	39
4.1.13 Análisis de resultados	41
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias	46
Anexos	47

Lista de Imágenes

Imagen 1 Organigrama – CAS	3
Imagen 2 Genograma	30

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1 Pruebas aplicadas	32
Cuadro No. 2 Resultados cuantitativos Whodas 2.0	34
Cuadro No. 3 Resultados Inventario de depresión de Beck	34
Cuadro No. 4 Resultados de Autoestima de Cirilo Vargas	35
Cuadro No. 5 Resultados test para detectar Sentimientos de Culpa	35
Cuadro No. 6 Resultados test Psicológico Codependiente	36
Cuadro No. 7 Presentación del plan de Tratamiento	39

Resumen

La presente investigación comprende el trabajo que expone un estudio de caso de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana Sede Central zona 16. La alumna Celeste Johana Chávez Mayen efectuó en el Centro de Asistencia Social CAS de mencionada casa de estudios, el cual se ubica en la 7ª avenida 3-17 zona 9, 3er nivel del Edificio Buonafina, en un período aproximado de once meses, iniciando en enero y culminando noviembre del año 2018.

El capítulo 1, Marco de Referencia, contiene la información general de la institución donde se llevó a cabo la práctica; ubicación, visión, misión, los programas de atención que organiza para la atención de los pacientes, así como también encontraremos en su contenido la justificación de la investigación.

En el capítulo 2, Marco Teórico debidamente fundamentado, de forma clara y concisa del duelo no resuelto según la perspectiva de numerosos autores que abren el panorama y resaltan las secuelas que puede provocar la pérdida de un ser querido, especialmente en personas vulnerables a padecer alguna patología.

El Capítulo 3, Marco Metodológico, se describe el planteamiento del problema, los objetivos, alcances y límites, así como la pregunta de investigación, y metodología utilizada para el abordaje del caso en mención, la cual se realizó a través de un estudio cualitativo, tomando como sujeto de estudio a una de las usuarias atendidas durante el proceso. Se presentan los distintos instrumentos utilizados para posteriormente elaborar un plan terapéutico que se ajuste a las necesidades individuales de la paciente.

El capítulo 4, presenta los resultados que evidencian la sistematización del estudio de caso, puntualizando la información relevante de la paciente, datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, conclusiones y recomendaciones del análisis de resultados

Introducción

El duelo no resuelto es una problemática que afecta a gran parte de la población que ha sufrido la pérdida de un ser querido, sin importar las creencias, raza, religión o cultura, especialmente cuando se trata del deceso de uno de los progenitores o un hijo, lo que trae consecuencias a nivel psicobiosocial en los afectados.

En el presente estudio de caso sobre el duelo no resuelto se denotan las serias dificultades, que suelen surgir durante este proceso, a causa de los sentimientos, pensamientos y acciones que realiza el aquejado, sin darse cuenta de que hay alguna de las fases del proceso de duelo que necesita ser superada para vivir plenamente, todo lo acontecido no significa que se ha dejado de amar o recordar al fallecido, se trata de dejar atrás los recuerdos tristes, autorreproches y culpas que pueden limitar la recuperación.

La búsqueda de apoyo profesional psicológico es de suma importancia para sobrellevar la pena en esos momentos que suelen ser severamente dolorosos, es necesario que la sociedad reconozca el valor de un proceso terapéutico, pues el duelo es una tragedia que puede sorprender a todo nivel social, sin importar el estado socioeconómico, el dolor es inevitable sin embargo depende de cada persona cómo afronta esta situación, de no hacerlo con ayuda profesional puede traer consigo serias consecuencias; padecer psicopatologías causadas por este fenómeno, tomando en cuenta que existe gran desconocimiento de las distintas fases del duelo y suele pensarse que alimentando sentimientos de culpa o autorreproches se mantienen los lazos afectivos con la persona fallecida.

En la siguiente investigación se analiza las distintas áreas que pueden verse afectadas en una persona, cuando sufre un duelo no resuelto, lo que puede derivar una sucesión de problemáticas, afectando incluso el propio self, de no ser abordada en tiempo prudente, al igual que los factores que se involucran en mencionado proceso, permitiendo identificar ciertos indicadores para buscar la ayuda oportuna; el interés surge con el propósito de informar a la población sobre esta problemática que hoy en día es un flagelo para la sociedad.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La implementación del Centro de Asistencia Social surge como proyección social, o bien como responsabilidad social universitaria. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel. Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de ciencias psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología. Así como parte de su preparación académica, fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología, contribuyendo a la sociedad Guatemalteca de manera eficiente.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social CAS brinda atención de apoyo emocional a personas de diferente edad, sexo y religión, que presentan diversas problemáticas. Para llevar a cabo su labor social el centro cuenta con instalaciones idóneas para que las personas que asisten a este lugar puedan sentirse cómodas y sobre todo atendidas con el profesionalismo que se merecen.

El Centro cuenta con una sala de espera, servicio sanitario, área de recepción para proporcionar información y realizar el cobro correspondiente a la consulta que asciende a la cantidad de Q25.00, también cuenta con ocho cubículos para la atención privada de los usuarios los cuales están equipados con: un escritorio, tres sillas, un ventilador, iluminación adecuada y útiles de oficina para el uso de los terapeutas practicantes, adicional a esto se cuenta con un servicio sanitario en el área de cubículos, cocineta para preparar bebida a los usuarios, una sala de reuniones, oficina de coordinación, computadora, escáner, impresora para el uso de los terapeutas practicantes y un área de archivo para resguardar los expedientes de cada uno de los usuarios.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana CAS, se encuentra ubicado geográficamente en 7ª avenida 3-17 zona 9 de la ciudad de Guatemala, edificio Buonafina, 3er. Nivel.

1.4 Organización

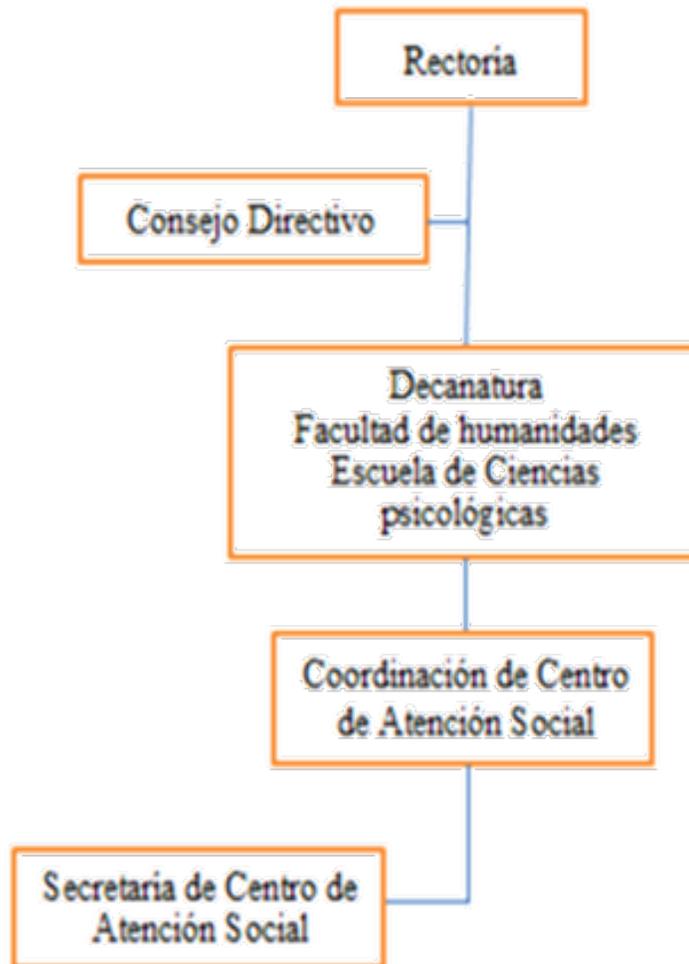
El Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana, CAS se rige por las disposiciones de rectoría y el consejo directivo, CAS pertenece a decanatura de la facultad de humanidades y la escuela de ciencias psicológicas, que es dirigido por la coordinadora general, Licenciada María Fernanda Ramírez, quien cumple con las funciones de capacitar, supervisar y llevar el control de la correcta atención a los usuarios y la preparación de los terapeutas practicantes.

En Centro de Asistencia Social CAS, la atención primordial se encuentra a cargo de secretaría, área que está representada por las señoritas Yadira Santizo y Andrea Orozco quienes son las encargadas de brindar la atención a los usuarios, cumplen funciones de secretaría solicitadas por la coordinadora, así mismo trasladan la información relevante a terapeutas practicantes.

1.5 Organigrama

A continuación, se presenta el organigrama del Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana CAS.

Imagen No. 1
Organigrama CAS



Fuente: CAS, (2015)

1.6 Visión

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

1.7 Misión

Nuestra misión es brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad Guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana dispone de los siguientes programas

- Apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños adolescentes y adultos; A través de un programa de atención psicoterapéutica llevado a cabo por alumnos practicantes de quinto año de la facultad de humanidades de los diferentes campus y sedes de Universidad Panamericana, ofreciendo sus servicios a bajo costo, abierto de lunes a sábado al público en general.
- Escuela para padres de forma gratuita, con el objetivo de brindar atención preventiva a nivel educativo y psicológico para el fortalecimiento de los lazos familiares de los usuarios

1.9 Justificación

El duelo es la reacción a una pérdida de algo o alguien que es importante en la vida de una persona, por lo general se relaciona con la muerte de un ser querido y su elaboración es un proceso que puede tornarse lento, largo, doloroso y su magnitud dependerá en gran medida de la dimensión, de lo perdido y la capacidad de cada persona para la adaptación de su nueva realidad, poniéndose en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que ya no está.

Experimentar el sufrimiento y la frustración de la ausencia, es de suma importancia ya que es parte del proceso de superación, lo cual termina cuando la persona es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, como muestra de que ha dejado de vivir en el pasado, invirtiendo fuerzas y energías en el presente.

El presente trabajo servirá a sus lectores y sociedad en general para darse cuenta de que, la pérdida es inherente en la vida, un reto para crecer, superarse y desarrollarse como ser humano, tomando en cuenta que hay que vivir cada una de sus etapas de manera asertiva para que la ganancia sea exitosa.

La presente investigación se realiza como un requisito del quinto año de formación profesional, Previo a obtener el título de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana , así como la culminación de casos atendidos durante el período de práctica, presentando un caso estrella que permita profundizar sobre las secuelas del duelo de una mujer de 47 años de edad, asociado al fallecimiento de su hijo de 19 años; atendida en el Centro de Asistencia Social CAS, bajo la supervisión de la Licenciada María Fernanda Ramírez.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Duelo

Definición. Ramírez (2013) plantea “el duelo se muestra como un proceso necesario para la homeostasis del ser humano con su entorno, a medida que busca la armonía de su condición de vida frente a la pérdida de un ser querido” (p. 2)

El duelo es la reacción a una pérdida de algo o alguien que es importante en la vida de una persona, en el presente trabajo está enfocado a la pérdida de un ser querido; la elaboración puede tornarse como un proceso lento, largo, doloroso y su magnitud dependerá en gran medida de la dimensión de lo perdido y la capacidad de cada persona para la adaptación de su nueva realidad, poniéndose en contacto con el vacío que ha dejado la ausencia de lo que ya no está.

Todo ello conlleva cambios emocionales generados por la ruptura de hábitos, que bien puede causar dificultades psicobiosociales, como también puede ser un proceso de descubrimiento personal, nuevas motivaciones y formas de adaptación a una nueva vida. A pesar de que la muerte es un proceso natural de la vida, resulta muy difícil de superar especialmente cuando es por la separación de un ser querido, no se compara con ninguna otra pérdida; por supuesto que cada uno lo vive de manera diferente, pero hay características que siempre están presentes a pesar de la individualidad de cada sujeto.

Según Montoya (1998) Refiere: “El dolor que este suceso produce es total: biológico, psicológico, social, espiritual y familiar, duele el pasado, el presente y el futuro, toda la vida en su conjunto duele”. (p. 203)

Llevar un proceso de duelo con responsabilidad y superar cada una de sus etapas trae como recompensa la homeostasis en los sentimientos y un encuentro de paz interna, mediante esto se evitará que, en un futuro se conviertan en un duelo reprimido y sus secuelas sean más graves o nocivas; es psicológicamente sano aprender a ver la muerte como un proceso natural del ser humano sin que ello derive un trauma.

Martín, M. (2010) asevera:

El término duelo hace referencia a un conjunto de procesos psicológicos, biológicos y sociales que siguen a las pérdidas e incluyen un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas relacionadas con la pérdida, es por ello, que las redes de apoyo en este momento son sumamente importantes para la pronta recuperación de los directamente afectados. (p. 14)

2.1.1 Tipos de duelo

En la actualidad, Hay diversas clasificaciones de los tipos de duelo desde las perspectivas de diversos estudiosos de la materia, por lo que en las líneas siguientes se contempla la clasificación del DSM 5 (2013), Migdyrai Martín Reyes (2010) y la de O´Conor Nancy (2014).

2.1.2 Duelo según DSM 5

2.1.2.1 Duelo no complicado

Según DSM 5 (2013):

El objeto de atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor como: sentimientos de tristeza, insomnio, falta de apetito, pérdida de peso y el individuo suele considerar su ánimo deprimido como normal. (p.716)

Es normal sentir una serie de cambios emocionales, sin embargo, se ignora que hay más allá de la muerte, pues los seres humanos solo han experimentado la vida, es por eso que el solo hecho de pensar en la muerte produce miedo y angustia.

2.1.2.2 Trastorno de duelo complejo persistente

DSM 5 (2013) afirma:

El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana, presentando al menos uno de los siguientes síntomas y está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo y persistente durante al menos 12 meses en el caso de los adultos en duelo y seis meses para los niños: Anhelos o añoranza persistente de la persona fallecida, pena o malestar intenso, pena y malestar emocionalmente intenso en respuesta a la muerte, preocupación en relación del fallecido, entre otros. (p.789)

2.1.3 Según Martín, M. (2010) plantea tres tipos de duelo

2.1.3.1 Duelo por la muerte de un ser querido

Martín, M. (2010) plantea:

Existe el mito popular de que no existe forma de prepararse para cualquiera de las pérdidas importantes de la vida y mucho menos para la pérdida de un ser querido. Sin embargo, esto sí es posible. Una de las principales razones por las cuales se nos hace tan doloroso y difícil asimilar y afrontar la muerte de un ser querido es la falta de aceptación sociocultural sobre todo lo relacionado con la muerte y nuestro gran desconocimiento sobre el proceso del duelo. (p. 18)

2.1.3.2 Duelo por la muerte de un hijo

O' Connor, N. (2014) afirma:

La muerte de un hijo, especialmente el propio es algo que a la mente humana le resulta difícil comprender, parece que algo va en contra de la naturaleza, cuando muere un hijo los sentimientos son devastadores ya que el papel de padres es amar, proteger, enseñar y cuidar a los hijos y los padres esperan morir antes que los hijos, cuando la situación se revierte pareciera que algo está equivocado, sin embargo nunca sabremos porque muere una persona y la otra vive. Aunque la muerte se lleve a un hijo el amor no desaparece, el duelo por la muerte de un hijo suele ser uno de los más prolongados y una de las pérdidas con la que es más difícil vivir. (p.78)

2.1.3.3 Duelo por divorcio o ruptura de pareja

Según Martín, M. (2010) afirma:

El divorcio se considera como una especie de barómetro de la estabilidad familiar y de la sociedad, pero esto no es así exactamente. Los matrimonios se disuelven y las familias persisten, aunque cambien su estructura. Además, se habla con frecuencia del divorcio como una experiencia traumática donde el mayor temor es el fracaso individual y la desintegración familiar, es por eso por lo que no cuenta con un reconocimiento social (p. 60).

Uno de los eventos más difíciles de superar es el divorcio o disolución de la pareja, ya que es una pérdida por lo tanto, genera un duelo, su recuperación dependerá de las causas de la separación, así como del tiempo de convivencia, tomando en cuenta los efectos negativos que esto conlleva a la familia será más difícil enfrentar los conflictos que esto genera especialmente en los hijos; para ellos aparte de ser un duelo provoca un sobresalto emocional que podría afectar su propia seguridad, percibiendo esta falla como si no pudieran confiar en nadie más.

2.1.3.4 Duelo por migración

Martín, M. (2010) plantea:

El duelo migratorio ocasiona pérdidas psicológicas que suponen un proceso complejo de reorganización personal y un esfuerzo de adaptación a los cambios, conlleva a una ruptura de las rutinas diarias y se acompaña de alteraciones significativas en el contexto social y familiar, tomando en cuenta el abandono familiar, así mismo han de enfrentarse al duelo y la nostalgia de la separación familiar y amigos. (p.129)

Al enfrentar la migración, también hay que afrontar la pérdida física de un familiar o un ser querido, lo que significa cambiar de hábitos y rutinas para ambas partes; así como incertidumbre y conflictos emocionales, tanto para el que se va como para los que se quedan. En Guatemala, la migración es un fenómeno social que se refleja a diario en los medios de comunicación, pues se ha convertido en una opción de vida para miles de personas, esto conlleva abandonar a sus familias con la esperanza de brindar un mejor futuro, mientras la familia sufre la abandono de un ser que se aleja sin rumbo específico y arriesgando a nunca más volver a verlo.

2.2 Fases del duelo 4

Según Martínez, P. (2006) plantea:

Comprender bien nuestros sentimientos, reacciones o actitudes durante el dolor es esencial para la curación de la herida, cuanto más entendamos lo que nos está pasando, más fácil nos resultará recuperarnos. Las personas que están sumidas en un duelo mejoran mucho cuando logran esta comprensión de su estado interior. (p.24)

Antes de reflexionar sobre las etapas del duelo vale la pena explicar tres conceptos habituales: el duelo, escenario objetivo que surge al perder a una persona querida. La pena, respuesta subjetiva que presenta el doliente e incluye diferentes estados emocionales que suelen acompañar un duelo, puede alargarse más que el duelo y persistir a pesar de que el doliente ya haya regresado a sus actividades cotidianas. El luto, conjunto de manifestaciones externas por medio de las cuales se

exterioriza la pena (ropa y costumbres) y comprende desde el momento inicial hasta que el individuo retoma su vida normal y por supuesto la contribución social que contribuye a la asimilación de la pérdida.

2.2.1 Aturdimiento y el shock

Martínez, P. (2006) describe:

Es la primera reacción que aparece inmediatamente después de conocer la triste noticia; puede durar entre algunas horas y unos pocos días. Un bloqueo en los pensamientos y emociones (no siento nada, no puedo pensar, estoy emocionalmente paralizado), se muestra en diversos grados de incredulidad y negación, el aturdimiento es tan intenso que la persona parece vivir inmersa en un sueño. (p. 31)

2.2.2 Tiempo de dolor intenso

Martínez, P. (2006) formula que “la segunda fase comienza cuando uno es capaz de admitir la muerte. El doliente llega a una conclusión tan clara como temida, la plena consciencia de esta realidad afectará por igual a las emociones y los pensamientos” (p.33).

Sus características principales podrían ser agudos accesos de pena u oleadas de dolor intenso que suelen ser breves, podrían durar entre veinte o treinta minutos, es cuando surge el llanto incontrolable, gemidos como salidos del alma, sensación de ahogo y dolor en el pecho por la búsqueda y deseo de encontrar a la persona amada.

2.2.3 Soledad y aislamiento social

Según Martínez, P. (2006) afirma:

A medida que se secan las lágrimas y disminuyen los síntomas de dolor agudo, cambia el paisaje del camino, pero el duelo sigue siendo fuente de malestar profundo, la característica

principal de esta fase es la soledad que se agrava tras los primeros meses, y puede continuar bastante tiempo después del primer año. (p. 42)

En esta fase la percepción dolorosa de la realidad es completa, el abatido se hace a la idea de que la pérdida es irreversible y cesa la lucha por reencontrar a la persona fallecida, ahora solo queda la desvinculación emocional, esto no significa olvidar, sin embargo, es necesario romper esos vínculos emocionales que unen a ambas personas, de la misma manera que los vínculos físicos ya se han roto.

2.2.4 La adaptación y resolución

Pablo Martínez Vila (2006) señala:

En esta fase se da la restauración de las fuerzas, el reajuste a los cambios, etc. Estamos ante un período culminante porque se llega al final del camino: el doliente recupera de forma gradual una forma de bienestar, junto con la capacidad de volver a adaptarse a la vida cotidiana. (p .49)

Se caracteriza por la capacidad que presenta el doliente para reconocer, que significó la pérdida, a la vez que vuelve a trabajar, experimentar placer y reinicia sus relaciones sociales, por lo tanto, podemos decir que la resolución del duelo es un regreso a los niveles anteriores de funcionamiento de manera eficiente, de forma que los pensamientos y sentimientos ya no le perturben. Un buen grado de aceptación emocional es cuando los recuerdos llegan a ser placenteros.

“La elaboración del duelo según lo experimentan la mayoría de las personas son cinco etapas identificables, la mayor parte de los pacientes experimentan períodos de negación, enojo, negociación y depresión antes de alcanzar la aceptación, estos sentimientos según los identificó la Dra. Ross son comunes en todos nosotros cuando nos vemos obligados a ajustarnos a cambios, sean estos positivos o negativos, en nuestras vidas” (O’ Connor, Nancy 2014 p. 43).

2.3 Rasgos depresivos

2.3.1 Concepto

Según el DSM-5 (2013)

Es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo, el duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente a un estado depresivo mayor. (p. 155)

Significa que hay una apariencia triste donde se percibe la falta de algo o alguien que ya no está y quisiera tenerlo presente físicamente y a consecuencia de ello, el cuerpo puede generar patologías fisiológicas o alterar su capacidad cognitiva.

Los rasgos depresivos son los signos y síntomas que puede manifestar una persona a través de sus estados de ánimo bajos debido a múltiples causas, entre ellas la pérdida de un hijo, lo cual puede interferir en el buen desenvolvimiento del individuo en sus distintos entornos.

Se debe tener en cuenta que el duelo y depresión poseen similitudes, sin embargo, es necesario aclarar estos dos conceptos, algunos expertos comparan un duelo con una depresión reactiva ya que posterior a una pérdida se experimentan síntomas de la depresión lo que evidencia una estrecha relación entre ellos.

Hoy en día se admite que son dos realidades psicológicas y existencialmente diferentes, aunque sus síntomas se disfracen o parezcan similares tal como: el insomnio, la falta de apetito, la pérdida de peso y la ausencia de interés por la vida. La característica específica no radica en los síntomas, sino en la duración e intensidad del duelo, disminuye con el paso de la semana y distinguiremos la depresión, si la persona presenta algunos de los siguientes síntomas: sentimientos crecientes de indignidad e incapacidad, desesperanza, ideas sutiles de autodestrucción entre otros.

2.3.2 Tristeza de los aniversarios

Martínez, P. (2006) señala:

La mayoría de dolientes experimentan las llamadas “reacciones de aniversario”. La navidad, el cumpleaños o el aniversario de boda, son fechas especialmente dolorosas porque traen a la memoria recuerdos muy vividos. Son ocasiones cuando el vacío y la separación se vuelven más intensos. (p. 46)

Estas reacciones podrían tornarse más fuertes en el primer año, sin embargo, puede prolongarse durante un tiempo más, aunque por lo general van disminuyendo gradualmente y empiezan a recordar vivencias agradables lo que significa que el duelo sea ha elaborado sin ningún problema, aunque en ocasiones la herida permanece abierta y en ocasiones especiales duele de nuevo.

2.3.3 Las habilidades sociales

Jeffrey, K. (2002) define:

Las habilidades sociales cómo aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Entendidas de esta manera, las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacía los objetivos de un individuo. (p. 19)

Los humanos son seres sociales y comunicarse con los demás es inherente ya que esto le permite crecer y vivir en armonía, sin embargo hay que disponer de una serie de habilidades sociales, para llegar a una comunicación asertiva y evitar conflicto, por lo tanto son las habilidades sociales la experiencia de aprender a relacionarse con otras personas, lo cual es de suma importancia en el desarrollo social del ser humano, es la base de mantener buenas relaciones en los distintos entornos donde se desenvuelve.

Cuando la persona todavía está sumergida en la situación, surgen deseos de aislamiento, el sujeto huye del contacto social actúa de manera extraña que a los demás les cuesta entender, por lo que gradualmente se alejan y las relaciones sociales empiezan a deteriorarse pues piensan que nadie entiende su dolor por eso prefieren estar solos, lo que se convierte en una agonía insoportable, el

aislamiento puede provocar un círculo vicioso de difícil salida que cuanto más se aísla más dolor acumula afectando así sus deseos de relacionarse con los demás.

Por su parte las demás personas vuelven a sus propios asuntos y no están pendientes de lo que sucede con el afligido, todo esto agrava las dificultades de reorganización y readaptación a su entorno social lo que provoca que se vuelva insensible a los estímulos externos, incapacidad para tomar iniciativa o decisiones de salir, compartir o participar en actividades donde la aglomeración de personas es inherente.

2.4 Conflictos familiares y de pareja

2.4.1 Concepto

Martínez, P. (2006) indica:

Muchas relaciones de pareja se hunden por la presión del duelo. Según diversos estudios, un porcentaje increíblemente elevado padece tensiones matrimoniales serias a raíz de la muerte de un hijo y muchos de ellos acaban en divorcio, la comunicación se vuelve difícil y la amargura invade hasta el último rincón de la relación. (p.141)

Es importante que las parejas hablen sobre sus sentimientos y los que observan uno del otro, esto podría coadyuvar a la superación de la pérdida, pues la transparencia en la comunicación emocional debe permanecer durante esta etapa y especialmente en las fechas relevantes, cuando un recuerdo activa la tristeza, tomando en cuenta que los demás miembros de la familia también están afectados y el mutuo apoyo será de gran beneficio, de no ser así, las relaciones familiares se verán afectadas, creando conflictos o incluso violencia intrafamiliar.

2.4.2 ¿Cómo afecta el duelo en las relaciones sexuales de la pareja?

O' Connor, N. (2014) afirma “en estos momentos se desea llenar psicológicamente el vacío del corazón y del lecho por medio de la intimidad del acto sexual. Si estás buscando amor y solo encuentras sexo, te sentirás decepcionado” (p. 62)

En el proceso del duelo por lo general se tiende a obviar la vida íntima y suele suceder que surjan conflictos a causa de ello, pues en algunos casos las necesidades de uno en este sentido aumenten mientras que las del otro disminuyen o incluso desaparezcan, por lo general el hombre es capaz de separar el deseo sexual de su escenario emocional, mientras que a la mujer se le dificulta ya que su estado emocional presente no le permite en vario tiempo disfrutar de algún placer lo que pudiera parecer distanciamiento de su pareja y podría conllevar a una disolución del matrimonio.

Pocas veces se concede espacio a esta dimensión, ya que deben reestructurarse los vínculos afectivos, en ocasiones se mantiene las relaciones sexuales para escapar de un dolor que todavía está muy presente, en algunos casos la entrega no es total de alguno de los conyugues pues aparecen los sentimientos de culpa lo que pudiera provocar la ingesta de alcohol o incluso otras drogas que sirven de atenuantes para mitigar lo que se está sintiendo.

2.4.3 Incapacidad para darse a sus otros hijos

Martínez, P. (2006) indica:

Ofréceles palabras de esperanza y seguridad que los animen. Los padres que han perdido un hijo nunca deben olvidar que sus hijos también perdieron un hermano o hermana. Los hermanos a su vez deben luchar con su propio duelo, desde una posición mucho más vulnerable porque sus recursos son menores. Por ello, la actitud y conducta de los padres es clave para aliviar el dolor del resto de los hijos. (p.143)

Cuando un hijo muere en la familia, en esos momentos muchas veces los padres no están en condiciones de cuidar a los otros hijos al cien por ciento, su pena por el fallecido es tan absorbente que anula la capacidad de cuidarlos en forma adecuada; los hijos sobrevivientes se sienten bloqueados al momento de querer demostrar su amor, por lo que es necesario dedicar un tiempo específico al día para compartir, hacerle sentir amado e importante a pesar de que uno de sus hermanos ya no está deben sentir que sus padres están ahí cerca, ellos también han despedido a un hermano y puede surgirles el temor de su propia muerte.

Es crucial para que los hijos crezcan sanos emocionalmente que los padres no escondan sus pensamientos y emociones, es importante equilibrar cuidadosamente sentimientos y actitudes positivas, el hecho de que los hijos vean que lloran no es malo, el problema es que los vean llorar siempre; cada cosa en su lugar, hay un tiempo para llorar y otro para reír.

2.4.4 Consecuencias de los problemas de pareja en la familia

Según Martínez, P. (2016) “La pérdida siempre supone un duro impacto para la familia que pasará factura en otras áreas de la vida personal o familiar. Hay que estar bien alerta a estos peligros porque, de lo contrario, pueden acabar destruyendo también otras vidas” (p.140).

Diversas personas del sexo masculino, siguen pensando que llorar no es de hombres, más bien lo consideran como señal de debilidad, considerando equivocadamente que tienen que ser el lado fuerte para no fracasar como cabeza de la familia; por lo que reprime sus sentimientos que más adelante podría provocar otros problemas de pareja debido a conductas inadaptadas a causa de la represión emocional, lo que puede provocar: falta de comunicación asertiva, intimidad deficiente en la pareja, incluso violencia intrafamiliar tanto física como verbal.

2.5 Sentimientos de culpa de quien ha sufrido la pérdida

Martínez, P. (2006) señala:

Es importante comprender el significado de la culpa en el duelo. Por lo general, es esa sensación de responsabilidad por la muerte no está relacionada con ningún hecho real, faltas o errores concretos. A pesar de lo que el doliente cree, no es la culpa la que provoca el dolor, sino el dolor lo que provoca la culpa. En este sentido sería el equivalente del llanto, el enojo o los síntomas físicos, distintas maneras de expresar el dolor intenso. A menudo, la manifestación de culpa es una forma inconsciente de asegurarse de que se hizo todo lo posible por el difunto. (p. 41)

Es un estado emocional negativo que hace sentir mal o responsables de algo o alguien, es una vivencia a nivel psicológico que por lo general surge a raíz de una acción o falta de la misma, causa daño y puede ser real o imaginaria sin embargo puede llegar a ser destructiva en la vida de una persona.

Estos sentimientos pueden tornarse obsesivos y torturantes, llegando a tener reproches como: si hubiese estado ahí cuando murió, porque no lo abrace por última vez, porque le di permiso de salir, si hubiese hecho esto o lo otro no quizás todavía estuviera vivo, este sentimiento de responsabilidad genera cierto desprecio por sí mismo y deterioro en el autoestima o tensión en sus relaciones interpersonales, causando hostilidad o agresividad derivado de las autoacusaciones y autorreproches.

2.5.1 Perdonarse a sí mismo de los sentimientos de culpa

Martín, M. (2010) indica:

Nuestra relación con quien ha fallecido no estaba basada en la perfección de nuestros actos, seguramente estaba cimentada en el cariño y aceptación mutuos, en la tolerancia. La persona fallecida también cometió sus propios errores, y aun así le amábamos y nos duele su partida,

es muy recomendable para manejar la que suele presentarse en los procesos del duelo perdonar al otro y perdonarse a sí mismo. (p. 33)

Es indispensable perdonarse a sí mismo para que la recuperación sea más pronta, tomando en cuenta que puede ser crucial para mejorar su estado emocional de manera positiva, libre de culpa y remordimiento; recuperando así su capacidad de disfrutar la vida recordando con cariño al ser que ya no está, vale la pena considerar que este suceso puede traer consigo una oportunidad genuina de crecimiento propio, de no ser así este proceso se tornaría complicado y provocar a largo plazo problemas psicológicos y fisiológicos.

2.6 La codependencia

2.6.1 Definición

Según Beattie, M. (2009)

Codependencia es un estado emocional, psicológico y conductual que se desarrolla como resultado de que un individuo haya estado expuesto prolongadamente y haya practicado una serie de reglas que previenen la abierta expresión de sentimientos al igual que la discusión abierta de problemas personales e interpersonales. (p. 15)

La vida de las personas codependientes se ve afectada a causa de su relación cercana con alguien que es dependiente y con quien se sostiene una relación estrecha, ser conyugue de alguien dependiente es verdaderamente negativo a nivel psicológico y social, especialmente cuando se presenta el deceso de un hijo ya que el codependiente se vuelve más vulnerable y susceptible a causa del dolor que está sintiendo en esos momentos, sin dejar de lado que sufre los desastres del dependiente; estando plenamente consciente, mientras que el dependientes provoca los desastres prácticamente anestesiados por los efectos de la sustancia química a la que es dependientes.

Beattie, M. (2009) señala:

Rara vez los codependientes fueron tratados como individuos que necesitaban ayuda para mejorarse. Rara vez se les dio un programa de recuperación personalizada para su tipo de problema y su dolor. Si la persona por la que te has dejado afectar es un alcohólico, jugador, comedor compulsivo, fanático del trabajo, fanático al sexo, criminal, un adolescente en rebelión, un padre neurótico, otro codependiente o cualquier combinación de las anteriores, eres codependiente. (p.5)

Pía, M. (2005) plantea:

Los codependientes tienen dificultades con la autoestima en uno de los dos extremos del espectro. En un extremo la autoestima es baja o inexistente: se piensa que uno vale menos que los otros. En el extremo puesto hay arrogancia y grandiosidad: se piensa que uno es alguien especial y superior a las otras personas. (p. 14)

Una persona es vulnerable a ser codependiente cuando tiene problemas con su valía personal, ya que esto la limitará a tomar sus propias decisiones por temor a fracasar, si no tiene a su lado a la otra persona, debido a que se siente desprotegida y con un entorno social probablemente inexistente lo que la hace ser víctima de cualquier tipo de maltrato.

2.6.2 Las relaciones de dependencia

Martínez, P. (2006) indica:

La persona dependiente no desarrolla una identidad propia la toma prestada de sus seres queridos. De modo que cuando estos mueren, lo viven como si hubiera perdido su propio yo. En realidad, la pérdida es doble: no solo ha perdido a su ser querido, sino también la identidad que “alquilaron” de él. Ello se convierte en una experiencia traumática, que lleva frecuentemente a depresiones graves, derivando, intentos de suicidio. (p.84)

El desafío posterior a un fallecimiento, más que una muestra de amor podría ser el resultado de una dependencia ya que el que sobrevive se siente desprotegido y con miedo de enfrentarse solo a la vida, pues se siente emocionalmente indefenso, el dependiente se encierra en un mundo tan

reducido que apenas cultiva sus propias relaciones sociales, ambos carecen de amigos y su relación gira únicamente entorno a ellos dos es por ello que cuando alguno de los dos ya no está el resultado puede ser una soledad desesperante y podría provocar una patología complicada, teniendo que soportar maltrato físico, psicológico o sexual a causa de la dependencia que se ha creado derivada de la pérdida y la falta de abordaje terapéutico oportuno.

2.6.3 Características de la codependencia

Beattie, M. (2009) afirma:

La mayoría de nosotros hemos estado tan ocupados respondiendo a los problemas de otras personas que no hemos tenido tiempo para identificar y mucho menos para ocuparnos de nuestros propios problemas. Los codependientes pueden pensar y sentirse responsables de otras personas, sus sentimientos, pensamientos, acciones, elecciones, deseos, necesidades, malestar y destino final; Sentirse molestos cuando la ayuda que brindan no es eficaz, preguntarse porque los demás no hacen lo mismo por ellos, tratar de complacer a otros en vez de a sí mismos, sentirse atraídos por gente necesitada, sentirse enojados, victimados menospreciados y usados. (p. 19)

2.6.4 La autoestima

Pía, M. (2005) plantea:

La Autoestima es la experiencia interna de que uno tiene valor como persona. Proviene de dentro y pasa al exterior en las relaciones. Las personas sanas saben que son valiosas, aunque cometan un error, alguien se encolerice con ellas, se les defraude, se les mienta, las rechace un amante, un amigo o un progenitor, un hijo o un jefe. Continúan experimentando esa sensación de la propia valía, incluso cuando un peluquero les corta el pelo demasiado corto o tengan sobre peso y sean objeto de murmuraciones. (p.14)

La génesis de la autoestima se produce en el hogar durante la niñez, mediante mensajes verbales y no verbales, negativos o positivos que pasa a formar parte de la opinión que el menor tiene de sí mismo, lo cual en la adultez se vuelve casi imposible que las personas criadas con estos comentarios sean capaces de generar nuevos conceptos o crear una autoimagen positiva.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El duelo no resuelto es una problemática que afecta a gran parte de nuestra sociedad en el contexto guatemalteco, las consecuencias de este pueden estar relacionadas con el deterioro en las relaciones sociales, los rasgos depresivos y conflictos familiares, de pareja y codependencia. El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores principales que podría afectar las relaciones familiares y sociales de una persona adulta, síntomas depresivos, incluso causar problemas de pareja y codependencia.

El proceso de duelo es la reacción a una pérdida de algo o alguien que es importante en la vida de una persona, por lo general se relaciona con la muerte de un ser querido y puede tornarse lento, largo, doloroso y su magnitud dependerá en gran medida de la dimensión de lo perdido y la capacidad de cada persona para la adaptación de su nueva realidad. El problema para estudiar comprende las consecuencias negativas a mediano y largo plazo del duelo no resuelto en una mujer de 47 años, asociado al fallecimiento de su hijo de 19 años.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo puede afectar el duelo no resuelto las relaciones familiares y sociales de una persona, incluso causar problemas de pareja y codependencia?

3.3 Objetivo general

Analizar cómo puede afectar el duelo no resuelto las relaciones familiares y sociales de una persona, incluso causar problemas de pareja y codependencia.

3.4 Objetivos específicos

- Analizar si el deterioro en las relaciones sociales se relaciona con los rasgos depresivos causados por el duelo.
- Evaluar hasta qué grado está afectado su estado emocional, que le causa conflictos familiares hasta llegar a la violencia.
- Identificar en que momento surgen los sentimientos de culpabilidad que le hacen sentirse responsable del suceso.
- Establecer como la necesidad afectiva puede hacerla vulnerable a depender de otras personas, a causa de la ausencia de su ser querido.

3.5 Alcances y límites

Durante el proceso de práctica se logra identificar el interés y compromiso de los consultantes mediante su participación en las distintas actividades de trabajo y las técnicas realizadas, además se evidencia la efectividad en la relación y alianza terapéutica, logrando así concluir los casos con éxito, en particular con la usuaria se lograron los objetivos establecidos, observando cambios significativos en la forma de afrontar las distintas problemáticas que se presentan en el transcurso de la terapia, en las distintas áreas de su entorno.

La estructura de las diferentes fases de la intervención establecidas en CAS, la cual se realiza bajo la asesoría y supervisión de la Licenciada María Fernanda Ramírez, Directora del Centro de Asistencia Social; facilitó la finalidad de la práctica, es decir que la paciente se vio favorecida con las habilidades psicológicas brindadas indispensables para enfrentar los conflictos familiares, reducir los síntomas depresivos y fortalecer sus destrezas sociales frente al duelo por la pérdida de su hijo, que actualmente atraviesa.

Entre las limitantes que se presentaron durante el proceso de atención psicológica con la paciente se podría mencionar, impedimentos en la forma de transportarse, al igual que la poca colaboración de su hija ante la asistencia de su propio proceso terapéutico, ya que ambas asisten al mismo Centro de Asistencia, aun así fue constante y se presentó a pesar de los múltiples factores relacionados.

3.6 Metodología

El presente trabajo se ostenta como requisito de finalización de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, en la disciplina de Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, por lo que se realiza mediante la metodología cualitativa que se fundamenta en el estudio de caso y consta de las siguientes fases: establecimiento de Rapport, que se trabaja desde el primer contacto con la usuaria.

La entrevista, que consta de dos sesiones en las cuales se recaba la mayor parte de información referente a la usuaria, relacionada con la historia del problema actual; se establece el motivo de consulta y se realiza el genograma, posterior a esto inicia el proceso de evaluación, donde se aplican pruebas proyectivas y psicométricas que son interpretadas de manera cualitativa y cuantitativa, obteniendo resultados que orientan a un diagnóstico, juntamente con la observación y lo relatado por la usuaria.

Devolución de los resultados y presentación del plan terapéutico, en esta etapa se presentan de manera verbal y a grandes rasgos lo revelado en la gama de pruebas aplicadas, por último y no menos importante, la fase de ejecución del plan terapéutico el cual se elabora mediante un enfoque psicoterapéutico, con técnicas orientadas a la pronta recuperación según el diagnóstico brindado y fundamentado en el DSM-5 (2013). En el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana avalado y supervisado por la coordinadora de dicho Centro de Práctica

Capítulo 4

Presentación y discusión de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

4.1.1 Datos generales

Nombre:	C.R
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	02 08 71
Edad:	46 años
Estado Civil:	Casada
Escolaridad:	3ro básico
Profesión:	Comerciante
Ocupación o trabajo:	Negocio propio
Religión:	Evangélica
Dirección:	XX
Teléfonos: Casa:	XXX
Referido por:	Acude por voluntad propia

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 05/ 04 /2,018

4.1.2 Motivo de consulta

Paciente refiere “tengo cosas que contarle, entre ellas la muerte de mi hijo de 19 años, desde que él se fue siento un vacío en mi corazón, él era mi ángel”

4.1.3 Historia del problema actual

Indica que a su hijo R. desde niño le diagnosticaron problemas cardiovasculares y en la adolescencia empezó a consumir marihuana y practicar la disciplina patineta (SkateBoard), sin embargo, refiere la paciente, que conforme los años, los médicos le prohibieron a su hijo la utilización de las patinetas, por cuestiones de salud.

A su vez la señora indica que nunca le informaron sobre el consumo de drogas, continúa el relato, comentando que el día de su cumpleaños, su hijo de 19 años, suplicó tanto a ella como al padre de este, que le dejaran hacer uso de la patineta por lo que ambos en mutuo acuerdo le autorizaron; justo ese día por la noche descubrieron que asistiría a una fiesta donde promocionarían unos pastelitos con droga y él era candidato a ser vendedor, por lo que la madre en su angustia, pidió a Dios que le ayudara con su hijo y si era su voluntad que se lo llevara al cielo, al siguiente día se llevó la patineta a su centro de estudios y el ejercicio físico aceleró su corazón a tal grado que le dio un paro cardíaco que provocó su fallecimiento.

La paciente refiere que tras recibir la noticia, su reacción denotó incredulidad, sin embargo, comenta haber repetido continuamente “Dios me escuchó”, pese a su inmenso dolor, no podía reprochar porqué había fallecido, esto provocó que ella no llorará el deceso y recurrentemente piensa en el día en que falleció, indicando que le hubiese gustado abrazarlo y acariciarlo como lo hizo el progenitor.

Indica que el fallecimiento sucedió al medio día y las autoridades se hicieron presentes tres horas después, con frecuencia recuerda cómo lo introdujeron en una bolsa de nylon negra y lo manipulaban sobre el suelo, mientras el padre y un tío paterno lo levantan y lo cargan, hacía el automóvil, la paciente señala que, él significaba para ella una fuente de seguridad, con quien se sentía completa debido a sus detalles, amor y cariño, él era quien la escuchaba y comprendía sus distintas situaciones.

También indica que el progenitor con frecuencia lo echaba de la casa por ser adicto, gritándole que se avergonzaba de él y que ojalá sus amigos nunca supieran que él era su hijo, en esos momentos refiere que sentía un inmenso dolor, incluso quince días antes de su muerte lo había sacado de la casa y la usuaria lo defendió. En estos momentos lo que más le preocupa es que, hace dos meses está teniendo sueños recurrentes que no recuerda claramente pero sabe que se relacionan con la muerte y se despierta a las 11: 30 de la noche, lo que le preocupa ya que dos meses antes que falleciera su hijo le pasaba exactamente lo mismo, solo que entonces, en sus sueños Dios le decía que se levantara a orar y ella nunca lo hizo.

Continúa el relato, indicando, que lo que piensa, es que cuando su hijo cumpla dos años de fallecido ella morirá, refiere que el día del fallecimiento ella sintió un susto y un presentimiento, por lo que pensó: “mi hijo! Hoy es el día” y lo mismo le está pasando actualmente siente como una premonición sobre ella; indica que sus días favoritos eran, su cumpleaños y año nuevo, pero desde ese día no le gusta el día de su cumpleaños pues el suceso fue un día después, a partir de ahí lo visita cada mes en el cementerio, sin embargo no lo puede visitar sola ya que se siente muy insegura y le da miedo ir sola, necesariamente espera que su esposo la acompañe, aun si va con su hija.

Refiere que ha sufrido violencia física y verbal con su esposo, quien es alcohólico, pero a partir del fallecimiento de su hijo, ella no se dejó pegar más y se ha vuelto agresiva, por lo que su esposo ya no la violenta físicamente, pero sí verbal y psicológicamente, ya no tienen relaciones íntimas y su matrimonio, según ella indica solo es por costumbre o por lastima, aunque también ha indicado en varias oportunidades que ella lo necesita a él porque necesita sentirse protegida.

4.1.4 Estresores factores precipitantes

4.1.5 Historia clínica

Historia prenatal: refiere que es producto de un embarazo planificado, sus padres lo aceptaron con felicidad, la primera de cuatro hermanos, el embarazo se llevó a cabo sin complicaciones.

Nacimiento: el nacimiento se dio mediante parto normal en un hospital, pesando seis libras y media, su forma de alimentación fue con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y luego con alimentación complementaria hasta los dos años, sin presentar ningún problema.

Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres. El desarrollo psicomotor se dio sin complicaciones, ya que gateo aproximadamente a los nueve meses y caminó al año cuatro meses, los dientes le salieron cuando tenía siete meses y el control de esfínteres se produjo aproximadamente al año diez meses.

Evolución de lenguaje: según refiere que el balbuceo se dio aproximadamente a los seis meses, a los nueve meses pronuncia sus primeras sílabas y al año pronuncia sus primeras palabras y a los dos años y medio ya repite palabras y sigue instrucciones

Desarrollo escolar: En su historia escolar indica que inició sus estudios a los siete años la primaria y permaneció en la misma institución, y cuando empezó los básicos la cambiaron a diferente institución, recuerda que ella siempre se esforzaba por hacer bien las tareas y su promedio académico siempre fue bueno, indica que le gustaba estudiar, pero ya no pudo continuar después de tercero básico a causa del factor económico.

Desarrollo social: recuerda que siempre mantuvo buenas relaciones interpersonales, pues se llevaba muy bien con sus compañeros de estudio y respetaba a sus autoridades.

Adolescencia: indica que, durante la adolescencia, su vida social no fue muy amplia, ya que sus padres eran muy estrictos y no la dejaban salir, en donde estudiaba no tenía muchas amigas y cuando tenía aproximadamente 13 años sus padres se separaron, lo cual le afectó en gran medida, aunque la separación fue temporal, su primer noviazgo fue a los dieciséis años con quien tardó tres años, su primera relación sexual fue a los veinte años.

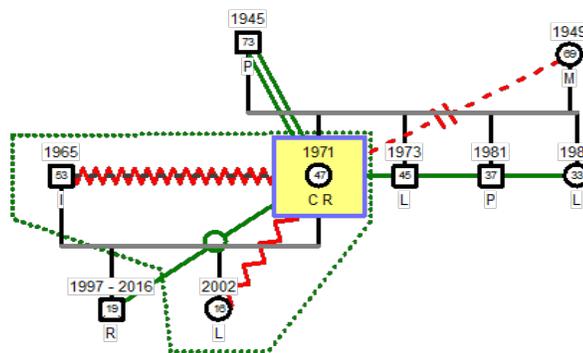
Adulthood. Refiere que en la adultez únicamente trabajó en dos lugares, en los cuales tardó aproximadamente dos años en cada uno y sus relaciones sociales eran buenas con sus compañeros de trabajo, posterior a eso puso su propio negocio y se independizó, actualmente su negocio ha crecido y tiene empleadas a su cargo.

Historia Psicosexual y vida marital. Indica que su primera relación sexual fue a los veinte años y se casó a los veinticuatro años, mantuvo una vida sexual plenamente satisfactoria con su esposo, pero a raíz del fallecimiento de su hijo empeoró el estado alcohólico de su conyugue lo que ha afectado en gran medida las relaciones de pareja y la comunicación entre ellos.

Historia médica. Refiere que durante su niñez y la adolescencia no padeció ninguna enfermedad y en la adultez hace aproximadamente cinco años empezó a padecer de presión arterial alta de la cual manifestó estar controlada en la actualidad, ingiriendo los medicamentos respectivos.

4.1.6 Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: elaboración propia (2018)

Estructura familiar. La estructura familiar está integrada por su esposo I. de 53 años quien es abogado de profesión con quien en estos momentos tienen una relación a la cual califica como distante violenta y conflictiva, su hija L. de 16 quien actualmente estudia diversificado.

Indica no tener buena relación hija, por lo que califica su relación como conflictiva hostil, con el resto de su familia se relaciona muy poco, ya que no tiene buena relación con su progenitora por lo que no la visita y de igual manera a sus hermanos.

Antecedentes familiares. Refiere que con su progenitora no tiene buena relación ya que siempre han tenido diferencias, pero especialmente porque ella tiene preferencias con sus nietos, por lo que a los hijos de la usuaria les hace desprecios, lo cual no le parece y por eso se han alejado, con su progenitor se lleva bien y en ocasiones salen a comer o a compartir, con los hermanos no se visitan ni se relacionan, con su esposo desde que se casaron él ha ejercido violencia sobre ella y sus hijos, posteriormente se volvió alcohólico y empeoró la situación, posterior al fallecimiento de su hijo ella cambio su carácter y decidió no dejarse golpear más, por lo que ahora la violencia es de manera verbal, lo que la usuaria percibe que ha aprendido su hija, quien en ocasiones le ha faltado el respeto.

Antecedente familiar relacionado con problemas mentales. No hay antecedentes de algún problema psicológico de origen genético, hereditario o congénito.

4.1.7 Examen del Estado mental

Aspecto general. Se observa con sobrepeso según su estatura, arreglo personal adecuado a la ocasión. Higiene un poco descuidada, la blusa sucia de restos de alimentos. Contacto visual es mantenido, aunque por momentos tiene la mirada perdida. Sueño interrumpido por sueños recurrentes, según indica. Cooperadora y abierta, aunque al principio le cuesta establecer confianza.

Se denota tensa, ansiosa, insegura. Se observa consciente, orientada, en tiempo, espacio, lugar y persona. Su discurso es incesante, fluido y usa expresiones extrañas, muestra temores por ideas de referencia e interpretaciones inadecuadas, al igual que sentimientos de extrañeza. Estado afectivo es triste, muestra aflicción, culpa miedo y signos de ansiedad.

Lo antes expuesto es congruente con su discurso, el nivel de ansiedad apropiado a su estado afectivo, se observa una persona responsable, extrovertida, capaz de tomar sus propias decisiones hasta cierto punto autoritaria, segura de sí misma e independiente, utiliza el tiempo libre con su familia y refiere sueños repetitivos.

4.1.8 Resultado de pruebas (Cuantitativos y Cualitativos)

En esta etapa la usuaria se muestra colaboradora, aunque ocasionalmente triste, en el siguiente cuadro se presentan las pruebas realizadas.

Cuadro 1
Pruebas aplicadas

Prueba aplicada	fecha de aplicación
Test de la familia	10 05 18
Test de la figura humana	10 05 18
WHODAS	31 05 18
Inventario de depresión de Beck	31 05 18
AUTOESTIMA Cirilo Toro Vargas.	07 06 18
Test para detectar sentimientos de culpa	07 06 18
Test Psicológico “¿eres codependiente?”	21 06 18

Fuente: Elaboración propia (2018)

Test de la familia: según se evalúa en la prueba aplicada la usuaria tiende a la agresividad, impulsividad, inmadurez Conflicto, violencia, desajuste emocional, inseguridad, inadecuación, dificultades motoras, expansión imaginativa, soñadora e idealista, tiende a la fantasía, audaz, las ideas y tendencias espirituales, expansión vital y fácil extroversión, así como también se observan metas en relación con el futuro, se describe ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionada con lo sexual, se observa que de cierta manera busca ayuda aunque se le dificulta expresar con palabras, se observa que desvaloriza a su pareja aunque muestra también ansiedad y problemas emocionales asociados con esa figura.

Se observa la ausencia física, de un integrante de la familia fallecido, se observa la sobrevalorización de un personaje que se entromete emocionalmente al núcleo familiar, falta de jerarquía familiar por el tamaño de los dibujos.

Evaluación denota evasión, resistencia, perturbaciones en las relaciones interpersonales, vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí misma, así como renuencia a querer oír cosas del exterior, necesidades orales.

Denota posible abuso verbal, pobre control interno, ansiedad respecto al área genital, ansiedad o culpa a causa de conductas socialmente inadecuadas que implican las manos o los brazos, dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas, tendencia al retraimiento, a replegarse dentro de sí misma y a la inhibición de los impulsos.

Se observa en resultados, culpa de agresión física o conductas masturbadoras, Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse, presión del ambiente, preocupación, inseguridad, muestra amor familiar y a un ser ausente.

Test de la figura humana: según la prueba aplicada se observa que la usuaria tiende a la timidez, Bajo nivel energético, represión, persona con depresión, desubicación, agresión, temores a la despersonalización, tendencias histéricas, hostilidad, negatividad, agresión auto dirigida, adaptación, centrada en sí mismo, alta inseguridad, tendencia al negativismo o a la rebelión.

A su vez, percepción vaga del mundo, conflicto de virilidad en relación con la conducta sexual desviada, desorden sexual e infantilidad, conducta más guiada por lo instintivo que por lo intelectual, deseo de contacto, de relaciones, falta de poder, tiende a regresar a eventos del pasado, depresión y desilusión.

Cuadro 2
WHODAS 2.0
Cuestionario de evaluación

Comprensión y comunicación	27
Capacidad para moverse en su alrededor	68
Cuidado personal	35
Relacionarse con otras personas	75
Actividades de la vida diaria	30
Participación social	62

Fuente: Elaboración propia (2018)

Según se evalúa en la prueba, se observa discapacidad en las áreas sociales de la usuaria y puede estar influyendo en la conducta de manera significativa, resto, las puntuaciones entre lo normal.

Cuadro 3
Inventario de depresión de Beck

	Puntuación
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de hacerlo	2
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran	3
Yo no tengo una satisfacción auténtica de las cosas	2
Ahora lloro más que antes	1
No me molesto o irrito más fácil que antes	1
He perdido la mayor parte de interés por los demás	2
Evito tomar decisiones más que antes	1
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto	2
No duermo tan bien como antes	1
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	2
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más	2
Estoy mucho menos interesado por el sexo	2
Total	21

Fuente: Elaboración propia (2018)

Rangos de calificación: Cada ítem responde a una escala que va desde cero a tres puntos máximo, y los rangos de calificación son: de 1-10 normal, 11-16 leve perturbación del estado de ánimo, 17-20 Estados de depresión intermitente, de 21-30 Depresión moderada, 31-40 Depresión grave, más de cuarenta depresiones Extrema. Por lo que según la calificación la usuaria está en un estado depresivo moderado y según su relato y la observación no cumple con todos los criterios, solo presenta algunos rasgos depresivos

Cuadro 4
Autoestima Cirilo Toro Vargas
Rango de calificación

160-104	Alta negativa
103-84	Alta positiva
83-74	Baja positiva
73-40	Baja negativa
USUARIA	
88	Autoestima alta positiva

Fuente: Elaboración propia (2018)

Según se evidencia en la prueba, la usuaria presenta una autoestima alta positiva, lo cual la hace una persona adaptable positivamente en la sociedad, ya que aparentemente, tiene un buen concepto e imagen de sí misma.

Cuadro 5
Test para detectar sentimientos de culpa

	1	2	4	5	Total
	Totalmente falso	Más bien falso	Más bien cierto	Totalmente cierto	
Total	25	7	1	2	35
Usuario	25	14	4	10	53

Fuente. Elaboración propia (2018)

Forma de calificación: De 0-40 muy poca culpa, 41-82 culpa moderada, 83-108 mucha culpa + de 109 culpa excesiva. Según la calificación de la prueba, la usuaria está cargando con un grado de culpa medrado, posiblemente a causa de sucesos de su pasado que no ha logrado superar.

Cuadro 6 **Test Psicológico ¿eres codependiente?**

Pregunta	Respuesta
¿Los problemas de él o ella te afectan a ti en gran modo?	si
¿Centralizas tu atención en manipular las cosas de manera que él siempre haga lo que tú deseas?	si
¿No te importa que tu autoestima sufra con tal de evitarle a tu pareja un sufrimiento?	si
¿Tus pasatiempos y diversiones los pones a un lado con tal de verlo a él o a ella feliz disfrutando de lo que le gusta?	si
¿Te gusta escoger su ropa a tu gusto para complacer tu ego cuando sales con él?	si
¿Su comportamiento en eventos sociales afecta directamente tu autoestima, te sientes orgulloso(a) o avergonzado(a)?	si
¿No estás consciente de lo que quieres o de lo que sientes, sin embargo, estás muy consciente de lo que tu pareja quiere o siente?	si
¿Tu círculo de amistades encierra únicamente las personas que tu pareja acepta como tus amigos?	si
¿Tu mayor preocupación es decir algo que pueda disgustar a tu pareja?	si
¿Pones tus creencias religiosas y tus valores morales a un lado para conectarte sentimentalmente a tu compañero(a)?	si
¿Te importa su opinión en todos los aspectos y te da temor expresar la tuya por temor a disgustarlo?	si
¿La calidad de vida que tienes está basada en la calidad de vida que tu pareja tiene?	si
¿Sacrificas tus propios gustos en cuanto al tipo de películas que te gustan, tu comida favorita y reuniones sociales con tal que puedas complacer sus gustos?	si
Total	13

Fuente: Elaboración propia (2018)

0-5 codependiente, pero no al extremo, 5-10 centralizar tu vida un poco más en lo que a ti te gusta hacer sin afectar tu relación, 10-15 afirmaciones. Problema serio de codependencia, debes trabajar en enfocarte en tus metas y sueños individuales.

4.1.9 Impresión diagnóstica

Usuaría de 46 años, indico en ese entonces estar casada, sin embargo, comentó que su pareja es alcohólico, a su vez informó que ha sufrido violencia intrafamiliar, tanto física como verbal, continuó con el relato, haciendo referencia al fallecimiento de su hijo de 19 años de edad a causa de un paro cardíaco, la paciente relató en ese entonces que , su hijo consumía marihuana a la cual según su percepción era adicto, a su vez refirió que un día antes de fallecer, pidió a Dios que se llevara a su hijo, con el propósito de no verlo preso o causando daño a otras personas.

Todo lo anteriormente mencionado provocó que la paciente no pudiera llorar la muerte de su hijo, ni abrazarlo cuando yacía tirado en el suelo ya muerto, indica que recuerda recurrentemente como lo metieron en una bolsa negra y lo arrastraban, mientras que el progenitor y un tío paterno lo cargaron, para subirlo al carro de Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), desde entonces la usuaria se ha vuelto agresiva, no se deja violentar físicamente o responde de igual manera, indica que visita a su hijo cada mes en el cementerio, sin embargo no puede visitarlo sola pues, le da miedo.

La señora comentó en esa ocasión, estar teniendo sueños recurrentes, indicando no recordar con claridad pero sí estaban relacionados con la muerte, lo cual hace que se despierte a las 11: 30 de la noche, esto le preocupa ya que dos meses antes que falleciera su hijo le pasaba exactamente lo mismo, la diferencia es que antes, en sus sueños Dios le decía que se levantara a orar y ella nunca lo hizo.

Por anterior descrito piensa que cuando su hijo cumpla dos años de fallecido ella morirá, actualmente ella refiere tener otra pareja sexual, pues con su conyugue ya no sostiene relaciones íntimas, aun así indica que lo necesita para sentirse protegida, más no amada porque ella considera que están juntos solo por costumbre, a pesar de que él la maltrata verbal, psicológica y económicamente.

Según las pruebas que se aplicaron en esa ocasión, la usuaria, tiende a sentimientos depresivos, altos niveles de agresividad, temores a la despersonalización, tendencias histéricas, hostilidad, negatividad, incapacidad para moverse en su alrededor, relacionarse con otras personas y su participación social, sentimientos de culpa en un grado medrado, posiblemente a causa de sucesos de su pasado que no ha logrado superar, y problema de codependencia.

4.1.10 Diagnóstico según DSM 5

Duelo no complicado Z63.4. Se aplica cuando el objeto de atención es una reacción normal ante la muerte de un ser querido y presenta sentimientos de tristeza.

Rasgos depresivos. Es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo, el duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente a un estado depresivo mayor.

Relación conflictiva con el conyugue o la pareja. Z63.0 (codependencia) según los criterios diagnósticos se aplica cuando el principal objeto de atención consiste en abordar la calidad de la relación de pareja y está asociada a un deterioro funcional en los dominios conductuales.

4.1.11 Recomendaciones

Que la usuaria continúe su proceso terapéutico, para que logre superar el fallecimiento de su hijo. Participar en actividades físicas, como natación o zumba para contribuir a su estado de ánimo. Sería de mucho beneficio que iniciara una terapia de pareja, y mediante esto mejorar su relación de pareja.

4.1.12 Plan de tratamiento

1 Objetivo: Expresar todos los sentimientos y emociones que no fueron resueltos o que no pudieron ser expresados en su momento de manera que supere el duelo en un menor plazo.		
No. SESIONES	TÉCNICAS	OBSERVACIONES
1	-Asuntos pendientes: Se trata de realizar una carta donde ella exprese los sentimientos, pensamientos o palabras que no pudo expresar al fallecido en su momento antes de morir.	Dicha técnica permitirá a la paciente en total libertad expresar de manera escrita sus pensamientos y de esta manera lograr homeostasis en su vida.
2	-Dialogo con los padres: con los ojos cerrados, tratar de tener contacto con su familiar fallecido, visualizarlo, abrazarlo y preguntarle algo que quisiera saber de él.	La técnica permitirá que la señora entre en contacto con su hijo, de manera que pueda de alguna manera hacer alguna pregunta que haya quedado pendiente en vida
3	-la silla vacía: poner una silla frente a ella con una fotografía del familiar fallecido y expresar todo lo que ella quiera, colera, resentimiento, amor etc.	Mencionada técnica tiene por objetivo que la paciente establezca un dialogo con el fallecido y exprese algún estímulo que causa malestar.
4	-Focalización del presente: en relajación se le pide que se dé cuenta de su respiración, cada parte de su cuerpo, las sensaciones positivas que siente, que le dé un nombre que le dé un nombre y las traiga aquí y ahora.	Lograr que la paciente entre en contacto con sus emociones y con cada una de sus partes corporales y pueda darse cuenta de qué manera éstas afectan su vida y su entorno
5	-Fantasía guiada: En relajación imaginar que hacen un viaje a las fechas donde su hijo estaba vivo y revivir algún momento que sea significativo para ella y él.	Mencionada técnica permitirá que la paciente vea su propio valor y se sienta merecedora del amor que su hijo le tenía, sin culpa ni reproche.
6	-Contactar al niño herido: mediante relajación llegar a un suceso en donde, se hayan ofendido con su hijo y cambiar esas palabras hirientes por unas positivas.	La técnica en mención Permitirá que fluyan los recuerdos y emociones para resaltar los recursos positivos que posee.

2 Objetivo: mejorar el estado de ánimo de la usuaria y fortalecer sus relaciones interpersonales.		
No. SESIONES	TÉCNICAS	OBSERVACIONES
7	Ceremonia para liberar emociones negativas (técnica de relajación) cuando sienta la emoción (tristeza) escribir una carta con los pensamientos o deseos que aparezcan y quemar o romper y eliminar por el desagüe.	Esto permitirá que la paciente identifique en qué momento llegan las emociones negativas y mediante una carta los elimine gradualmente.
8	-Un milagro por la mañana: se pide que visualice como está su vida actualmente y posteriormente que imagine como le gustaría que fuera al día siguiente.	El objetivo es que la paciente se plantee nuevas metas y proponga diferentes expectativas.
9	Vivir conscientemente: significa llevarla a darse cuenta de todo lo que tiene que ver con sus acciones, propósitos, valores y metas, sean cuales sean éstas.	La técnica trata de que la paciente sea consciente de su realidad sin minimizar o maximizar los acontecimientos.

3 Objetivo: empoderar a la usuaria sobre su autoestima y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de los conflictos y la violencia intrafamiliar.		
No. SESIONES	TÉCNICAS	OBSERVACIONES
10	1-Registro ABC (tarea para casa) Mediante un formato registrar los acontecimientos, interpretaciones y consecuencias Transacciones (PAN) Explicar las transacciones: Padre, adulto y niño, mediante cuadros de papel se pedirá que se ubique en que rol se identifica cuando actúa de determinada manera	Consiste en que la persona pueda darse cuenta de que no es lo que sucede lo que causa malestar, sino la actitud o reacción al respecto. 2 que pueda detectar en qué estado se ubica al actuar o responder y pueda causar conflicto.
11	2- Enlistar y reforzamiento positivo: Elaborar un listado de los aspectos positivos de su pareja, y recordar en que situaciones los vivieron para re vivenciar	Revivir los detalles o cualidades positivas de su pareja para mejorar la relación.
12	3-Reestructuración cognitiva: mediante el análisis del registro ABC y detectando los debo, tengo qué, luego utilizar dialogo socrático 4- Escala de Ajuste marital	Cambiar las creencias irracionales a pensamientos y respuestas positivas.

13	5- Frio y caliente: (tarea para la casa) Se brinda un objeto para que cada vez que surja una pelea o conflicto ella lo meterá al refrigerador y cuando se arreglen las cosas lo saca, esto lo anotará en el calendario y se discute en la próxima sesión	Esta consiste en identificar y tomar consciencia cuantas veces al día pelean y cuáles son los motivos, si en realidad valen la pena.
14	6- Aceptar cumplidos: Brindar halagos durante parte de la sesión y resaltar lo importante que es aceptarlos	Que la paciente tenga la capacidad de no rechazar los cumplidos

Fuente: elaboración propia (2018)

4.1.13 Análisis de resultados

Duelo no resuelto, según DSM 5 (2013)

Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor como: sentimientos de tristeza, insomnio, falta de apetito, pérdida de peso y el individuo suele considerar su ánimo deprimido como normal. (p. 716)

En el presente caso se trata de un duelo no resuelto en una mujer adulta por la muerte de un hijo que sucedió de manera súbita, sin embargo ya se advertía el posible resultado si él no cumplía con ciertas ordenes médicas, dicho suceso fue devastador para la progenitora, quien indica que un día antes ella sin pensar lo que sucedería, deseó la muerte de él, cabe mencionar que ella señala que hace dos meses ha estado teniendo sueños recurrentes que se relacionan con la muerte y tiene la convicción que al cumplir dos años de fallecido su hijo ella también morirá. Todo lo anteriormente expuesto le ha traído complicaciones en su familia; mala relación con su hija, conflictos y violencia intrafamiliar, graves problemas en sus relaciones interpersonales, aislamiento social, necesidad afectiva, especialmente de su conyugue quien es alcohólico y con quien tiene una relación distante muy marcada.

Rasgos depresivos, según DSM 5 (2013)

Es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo, el duelo suele

conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente a un estado depresivo mayor. (p. 155).

El estado de ánimo triste ha causado en la usuaria un deterioro significativo en sus relaciones sociales, puesto que sus habilidades en este campo también han disminuido, el hecho de no querer salir por estar pensando en su hijo fallecido ha provocado en ella aislamiento social y distanciamiento de su familia, el anhelo de visitarlo mes a mes a la tumba se ha vuelto una necesidad, a pesar de que no es capaz de asistir sola al cementerio, ha buscado las alternativas para realizar la acción y es únicamente en este momento donde ella relata sentirse genuina.

Conflictos familiares y de pareja, según Martínez Vila (2006)

Muchas relaciones de pareja se hunden por la presión a raíz de la muerte de un hijo y muchos de ellos acaban en divorcio, la comunicación se vuelve difícil y la amargura invade hasta el último rincón de la relación. (p.141)

Se debe tomar en cuenta que un duelo de esta categoría puede provocar la desestabilización familiar y de pareja, tomando en cuenta que los padres perdieron un hijo, pero los hermanos también perdieron un hermano por lo que es de suma importancia brindar la atención necesaria al resto de hermanos, sin dejar de lado que hay otros aspectos en la pareja que no hay que descuidar como por ejemplo la intimidad en la pareja, ya que alguno de los dos posiblemente esté buscando como llenar este vacío; en estos momentos la comunicación es irrelevante, hablar de la pérdida y los sentimientos de cada miembro en la familia sería lo ideal ya que mediante esto sería más fácil superar el duelo.

De no cumplirse las expectativas de la pareja, se podría prever una infidelidad de alguno de los conyugues e incluso el abandono, a causa de alguna adicción en especial el alcohol que puede conllevar a violencia intrafamiliar.

Para Martínez Vila (2006)

Es importante comprender el significado de la culpa en el duelo. Por lo general, es esa sensación de responsabilidad por la muerte no está relacionada con ningún hecho real, faltas o errores concretos. A pesar de lo que el doliente cree, no es la culpa la que provoca el dolor, sino el dolor lo que provoca la culpa. (p. 42)

Ese estado emocional negativo que le hace sentir responsabilidad de lo sucedido, puede generar autoreproches repetitivos y torturantes hasta el punto de sentir autorechazo, llegando a tener deterioro en la autoestima y consecuencias en sus relaciones interpersonales, por lo que es necesario perdonarse a sí mismo de cualquier acontecimiento sucedido tomando en cuenta que nada de lo que se hizo fue con el afán de provocar la muerte ya que la relación estaba basada en el cariño y la confianza, aparte de que mediante esto se presenta una oportunidad para crecer y superar la pérdida con más facilidad.

La codependencia según Melody Beattie (2009)

Codependencia es un estado emocional, psicológico y conductual que se desarrolla como resultado de que un individuo haya estado expuesto prolongadamente y haya practicado, una serie de reglas que previenen la abierta expresión de sentimientos al igual que la discusión abierta de problemas personales e interpersonales. (p. 14)

Una persona codependiente puede ser vulnerable a maltratos, debido a su necesidad afectiva y su estado de baja autoestima, aparte de eso, maneja sentimientos de inferioridad e inseguridad hacia sí misma, provocando esto la incapacidad para tomar sus propias decisiones, debido al tipo de crianza que posiblemente tuvieron en la infancia, con la rigidez de reglas y la falta de libertad de expresión.

Conclusiones

El duelo se relaciona estrechamente con los síntomas depresivos ya que mediante estos se manifiestan los sentimientos de una lucha interna mientras se supera la pérdida, todo esto genera aislamiento social y la pérdida de las habilidades que benefician a las mismas; mientras el resto de los familiares retornan a sus actividades cotidianas, la persona afectada empeora debido a la falta de atención y hunde cada día más en su soledad.

El estado emocional afectivo-negativo o el aislamiento pueden ser un detonante de situaciones conflictivas, pudiendo provocar problemas en las áreas familiares y sociales incluyendo los conflictos de pareja si la comunicación es deficiente generando violencia intrafamiliar o problemas de adicciones.

Posterior a un deceso pueden surgir sentimientos de culpabilidad, autoreproches o autoacusaciones, esto puede deberse a las creencias irracionales de que algo no se hizo bien, se obvió o simplemente que se hizo algo que pudo provocar el fallecimiento como, por ejemplo: dejarlo sólo, mandarlo a realizar algo o dejarlo en un lugar específico.

Al vivenciar una pérdida, queda un vacío interno que ha dejado el ser que ya no está, el cual se necesita llenar, especialmente si no se vive correctamente el proceso del duelo, esto hace vulnerable a la persona a codependiente afectivamente de otro individuo para satisfacer su necesidad de afecto, pudiéndose convertir en psicopatológico y dañando gravemente su autoestima limitándose de tomar sus propias decisiones.

Recomendaciones

Acompañamiento psicológico posterior a la pérdida de un ser querido, para garantizar un buen proceso de duelo sin esperar a que este sea patológico y afecte el buen desenvolvimiento en las distintas áreas del sujeto, evitando el aislamiento y la pérdida de su círculo social.

Trabajar en la comunicación asertiva a nivel familiar, identificar al integrante más afectado y vulnerable para darle especial acompañamiento en su dolor, mediante la empatía e incluso el abordaje psicológico oportuno para prevenir conflictos o incluso violencia intrafamiliar a causa del desconocimiento de las etapas del proceso posterior a un deceso.

Perdonarse a sí mismo y al fallecido, tomando en cuenta que la relación no estaba basada en la perfección, sino en el afecto mutuo, considerando que ambos reconocen, que no existe la perfección, a su vez reconocen que la muerte es un proceso natural del ser humano y los autorreproches pueden ser torturantes, dolorosos y o por lo general son únicamente creencias erróneas que le postergaran alcanzar la homeostasis al individuo.

Tomarse el tiempo necesario para superar la ausencia del ser querido, asimilando el vacío afectivo que dejó, el cual se irá llenando de forma gradual mediante su readaptación a la vida cotidiana, sin necesidad de exponerse a relaciones desadaptadas o codependientes que ya pueden suponer la necesidad de intervención Psicológica.

Referencias

- Beattie, M. (2009). *Libérate de la codependencia: ya no seas codependiente 1ª ed.* Mexico: Editorial Sirio.
- Jeffrey, K. (2002) *Entrenamiento de las habilidades sociales 7ª ed.* Nueva York: Editorial Desclee de Brower, S.A.
- Martin, M. (2010). *Ganar perdiendo: los procesos del duelo y las experiencias de la pérdida.* España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A
- Martínez, P. (2006). *Más allá del dolor: superando el dolor y las pérdidas y el dolor 2ª. ed.* Barcelona: Editorial publicaciones andamio.
- Montoya, J. (1998). *Perdida aflicción y luto: Manual para la recuperación 1ª ed.* Colombia: Editorial Trillas.
- O´Conor, N. (2014). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo 2ª. Ed.* México: Editorial Trillas.
- Pía, M. (2005) *La Codependencia: que es de donde procede, como sabotea nuestras vidas.* Editorial Paidós.
- Manual Diagnóstico y estadístico de la Trastornos Mentales. DSM-5 (2013). 5ª. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
- La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista (2016) Ramírez (2013) Psicología, psicoanálisis y conexiones. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/326982/2078420>
- 8

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Celeste Johana Chávez

Título de la sistematización: Duelo de una mujer adulta de 47 años, asociado al fallecimiento de su hijo adolescente, atendido en el Centro de Asistencia Social CAS

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
Aislamiento social y deterioro de las relaciones interpersonales	Duelo	1. Duelo, tipos de duelo, Rasgos depresivos	¿Cómo puede afectar el duelo no resuelto las relaciones familiares y sociales de una persona, incluso causar problemas de pareja y codependencia?	Analizar cómo puede afectar el duelo no resuelto las relaciones familiares y sociales de una persona, incluso causar problemas de pareja y codependencia	1. Analizar si el deterioro en las relaciones sociales se relaciona con los rasgos depresivos causados por el duelo.
Afección emocional debido a conflictos familiares y violencia intrafamiliar		2. Conflictos familiares y de pareja			2. Evaluar hasta qué grado está afectado el estado emocional, que le causa conflictos familiares hasta llegar a la violencia.
		3. Sentimientos de culpa			3. Identificar el por qué surgen los sentimientos

<p>Sentimientos de responsabilidad en cuanto al fallecimiento</p> <p>Necesidad afectiva a causa de la ausencia de un ser querido</p>		<p>4. Codependencia</p>		<p>de culpabilidad que le hacen sentirse responsable del suceso</p> <p>4</p> <p>Establecer como la necesidad afectiva puede hacerla vulnerable a depender de otras personas, a causa de la ausencia del ser querido.</p>
--	--	-------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia 2018



Anexo 2
Entrevista
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ENTREVISTA ADULTOS

Práctica IV

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Referido por: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo: _____

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlos aquí):

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción: _____

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico: _____

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta: _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas?:

Actitud de los familiares en relación con su problema:

Consulta y tratamientos previos:

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia:

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.):

Relación con las personas que convive:

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia:

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación?:

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar): _____

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad): _____

V Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares):

Relaciones con compañeros y superiores:

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes): _____

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual): _____

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes): _____

OBSERVACIONES:

Anexo 3

Examen Mental

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

EXAMEN MENTAL

Práctica IV

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

No. De sesión: _____ Edad del paciente: _____

1. Conducta y aspecto general:

1.1 Aspecto:

____ Peso
____ Altura
____ Aliño
____ Arreglo
____ Higiene
____ Contacto Visual
____ Postura
____ Apetito
____ Sueño
____ Adecuación de vestuario

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

____ Cooperador ____ Ansioso
____ Abierto ____ Despreocupado
____ Hostil ____ Distraído
____ Tenso ____ Evasivo
____ Concentrado ____ Lento
____ Atento ____ Desorientado
____ Relajado ____ Amable
____ Repetitivo ____ Inseguro
____ Confiado ____ Retador

Forma en que pasa el día: _____

Observaciones: _____

1.3 Conducta motora:

____ Mov. estereotipado
____ Mov. lento
____ Mov. rápido

____ Aumento de actividad motora
____ Disminución de actividad motora

2. Estado de la cognición y del sensorio:

2.1 ____ Orientación en persona
 ____ Orientación en lugar
 ____ Orientación en tiempo
2.2 ____ Atención
 ____ Concentración

- 2.3 Memoria corto plazo
- Memoria mediano plazo
- Memoria largo plazo
- 2.4 Inteligencia

3 Discurso:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habla incesante | <input type="checkbox"/> Usa expresiones extrañas |
| <input type="checkbox"/> Habla escasa | <input type="checkbox"/> Usa palabras sin sentido |
| <input type="checkbox"/> Habla espontánea | <input type="checkbox"/> Fuga de ideas |
| <input type="checkbox"/> Habla fluida | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Habla escueta | <input type="checkbox"/> Circunstancial |
| <input type="checkbox"/> Discurso rápido | <input type="checkbox"/> Tangencial |
| <input type="checkbox"/> Discurso lento | <input type="checkbox"/> Bloqueos |
| <input type="checkbox"/> Discurso vacilante | <input type="checkbox"/> Disociaciones |
| <input type="checkbox"/> Discurso explosivo | <input type="checkbox"/> Reiteraciones |
| <input type="checkbox"/> Expresión precisa | <input type="checkbox"/> Perseverancias |
| <input type="checkbox"/> Expresión | <input type="checkbox"/> Incoherencias |
| <input type="checkbox"/> Se pierde en interrupciones | <input type="checkbox"/> Incongruencias |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema frecuente | <input type="checkbox"/> Neologismos |
| <input type="checkbox"/> Prolijidad | <input type="checkbox"/> Pararespuestas |
| <input type="checkbox"/> Usa palabras apropiadas | <input type="checkbox"/> Debe consignarse |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Balbuceo |
| <input type="checkbox"/> Vago | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |

4 Contenido del pensamiento (Contenido neurótico- no fuera de realidad)

- Ansiedad Temores Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: _____

Compulsiones y rituales: _____

Fobias: _____

Ideas delirantes: _____

Ideas suicidas: _____

Planes a futuro: . _____

¿Qué es lo que más le preocupa en este momento? : _____

¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito? ____SI ____NO

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

____ ilusiones ____ alucinaciones ____ delirios ____ ideas de referencia
____ interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo: ____ ideas ____ delirios

5.1.3 En relación a sí mismo: ____ intrusiones ____ lectura de pensamiento ____ delirios de influencia

5.2 Experiencias anormales:

5.2.1 Al medio ambiente:

____ alucinaciones auditivas ____ alucinaciones táctiles
____ alucinaciones visuales ____ sentimientos de extrañeza
____ alucinaciones olfatorias ____ perplejidad
____ alucinaciones gustativas ____ sensación de ubicuidad

5.2.2 Al cuerpo:

____ dolores ____ alteraciones en sensibilidad
____ somatizaciones ____ alteraciones en esquema corporal
____ creencias de enfermedad ____ alucinaciones cinestésicas

5.2.3 Al Yo:

____ disociación ____ despersonalización
____ bloqueos ____ pensamiento forzado

6. Afectividad:

____Afecto plano ____Afecto eutímico ____Expansión
____Afecto hipotímico ____Afecto hipertímico ____Hiperactividad
____Embotamiento ____Labilidad emocional ____Culpa

___ Depresión

___ Pánico

___ Miedo

___ Elación

___ Hostilidad

___ Ansiedad

___ Enojo

___ Calma

___ Otros

___ Susplicacia

___ Aflicción

Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera: _____

___ Alegría

___ Perplejidad

___ Congruencia de afecto con discurso

___ Tristeza

___ Aburrimiento

___ Afecto al nivel de intensidad apropiado

___ ¿Expresión de verdaderos sentimientos?

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: _____

___ Insight

Enfermedad: mental nerviosa física relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera: _____

Origen que atribuye a su problema: _____

Actitudes y expectativas: constructivas destructivas
 realistas irrealistas

8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

___ Simpatía Frustración Dificultad de la entrevista: _____

___ Interés Impaciencia Observaciones: _____

___ Tristeza Enojo _____

___ Ansiedad Otro: _____

___ Irritabilidad

9. Personalidad:

9.1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

___ ansioso dirigente seguidor

___ responsable capaz de tomar decisiones amistoso

___ cálido demostrativo reservado

___ frío indiferente competitivo

___ celoso dominante seguro

___ sumiso sensible inseguro

___ suspicaz pendenciero dependiente

___ resentido autoritario independiente

9. 7 Reacción a situaciones críticas:

___ tolerancia a frustración

___ tolerancia a pérdida

___ desilusiones

___ insatisfacción de necesidades biológicas

___ insatisfacción de necesidades sociales

___ uso de mecanismos de defensa

9. 8 Rasgos del carácter:

___ pasivo

___ agresivo

___ pasivo- agresivo

___ esquizoide

___ neurótico

___ paranoide

___ psicopático

___ asténico

Otro: _____

Anexo 4
Registro Semanal
REGISTRO SEMANAL

Nombre del practicante:

Fecha de sesión:

Nombre del usuario:

No. de sesión:

Si el usuario es un niño, las sesiones con los padres se enumeran según la secuencia.

Si el usuario no se presenta, en el número de sesión se coloca 00

Instrucciones: A la brevedad posible, de haber realizado la sesión se llenará la siguiente información. Sea específica (o), citando literalmente si es posible.

I. Resumen del estado mental del/ la paciente:

Anotaciones:

El resumen del estado mental aplica para la primera y última sesión

II. Contenido: ¿Qué áreas fueron discutidas durante la sesión?

III. Proceso: Describa los sentimientos del/ la paciente, cambios en sentimientos durante esta sesión. Relacione la concordancia entre emociones y lo que estaba sucediendo en ese momento.

IV. Ideas: ¿Qué ideas le transmitió el/ la paciente?

V. Intervenciones: ¿Qué Hizo usted? ¿Cómo respondió el/la paciente?

VI. Técnicas: identifique las técnicas empleadas durante la sesión.

VII. Impresiones: ¿Qué sintió usted durante esta hora? ¿Después de la hora?
¿Cómo avalúa su trabajo durante esta sesión?

VIII. Metas: Predicciones y planes para la próxima sesión.