



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“PREVENCIÓN DEL DUELO PATOLÓGICO, EN UN ADOLESCENTE.”

TRABAJO DE GRADUACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: EULALIA MARIBEL BERMEJO CAMPOS.

DIRECTOR: DR. PATRICIO CABRERA.

CUENCA-ECUADOR

2010

DEDICATORIA:

El presente trabajo va dedicado de manera especial, al Creador, a mis padres Ana María y Francisco, hermanos, Fernanda, Paola, Daniel, Samanta y Fredy, quienes han brindado constantemente su apoyo incondicional, fuente inagotable de motivación en mi superación personal.

AGRADECIMIENTO:

Mi sincero agradecimiento a la Universidad del Azuay, a todos los maestros de la escuela de Psicología Clínica, quienes me apoyaron en todo momento, de manera especial al Dr. Patricio Cabrera, Director de la Investigación, quien acertadamente supo guiarnos en la consecución de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	1.
----------------------	-----------

CAPITULO No. 1

EL DUELO.

1.1. Concepto de dolor.	4.
1.2. Concepto de Duelo.	4.
1.3. Concepciones de Duelo.	5.
1.3.1. Proceso de duelo según Freud:	5.
1.3.2. Proceso de duelo según DSM – IV	6.
1.4. Diversos Enfoques del duelo.	7.
1.4.1. Enfoque psicológico.	8.
1.4.2. Enfoque Psicoanalítico.	8.
1.4.3. Enfoque psicosocial: Transiciones Psicosociales	9.
1.4.4. Enfoque social y antropológico.	11.
1.4.5. Enfoque biológico.	12.
1.5. Actitudes Diversas hacia diferentes tipos de dolor según Zborowski:	12.
1.5.1. Expectativa del dolor.	
1.5.2. La aceptación del dolor.	
1.6. Muerte y Dolor como fenómeno cultural.	13.

- ❖ El duelo en la Cultura Inca
- ❖ El duelo en la Cultura de la sociedad occidental Actual.
- ❖ El duelo en la Cultura Egipcia.
- ❖ El duelo en la Cultura de Rumania.
- ❖ El duelo en la Cultura Malaya.
- ❖ El duelo en la Cultura de Grecia.
- ❖ El duelo en la Cultura de Japón.

1.7. Duelo en la Adolescencia. 15.

1.8. Fases de duelo no complicado según J Bowlby . 17.

➤ La fase 1 es la fase de “shock”.

➤ La fase 2 ó de preocupación.

➤ La fase 3 ó de resolución,

1.8.1. Fases en el duelo según Bowlby. 17.

Fase I. de entumecimiento o shock.

Fase II. de anhelo y búsqueda.

Fase III. de desorganización y desesperanza.

Fase IV. de reorganización.

1.9. Síntomas y reacciones habituales frente a la pérdida. 19.

- Negación incredulidad:
- Enojo – Resentimiento – Rabia.

- Depresión.
- Miedo.
- Culpa.
- Soledad.
- Alivio.
- Sensación de oír o ver al fallecido.
- Ambivalencia.

1.10. Relación entre los síntomas psicósomáticos según Freud.	22.
1.11. Actitudes frente al duelo.	22.
1.12. Determinantes del Duelo (Cuadro)	23.
1.13. El modelo Cognitivo del duelo patológico:	23.
1.13.1. Personas Vulnerables al Duelo Patológico según Bowlby.	23.
1.14. Cómo hablar con el adolescente.	25.
1.15. Factores de Riesgo que indiquen que el adolescente necesita ayuda.	25.
1.16. Elaboración del duelo y duración.	26.
1.17. Consejos para Elaborar un duelo.	27.
1.18. Técnicas de Intervención.	28.
1.18.1. Técnicas Cognitivas.	28.

1.18.2. Terapia Sistémica. 28.

1.18.3. Técnicas conductual. 29.

CAPÍTULO No. 2.

TRABAJO DE CAMPO.

2.1 Historia Clínica. 31.

2.1.1. Datos de filiación. 31.

2.1.2. Datos de los padres. 31.

2.1.3. Motivo de consulta. 32.

Fuente de información.

2.1.4. Padecimiento actual. 32.

2.1.5. Revisión de aparatos y sistemas. 34.

Antecedentes Familiares.

2.1.7. Condiciones socio económicas. 34.

2.1.8. Psicobiografía. 34.

2.1.9. Examen mental. 35.

2.2. Entrevista con los familiares. 36.

2.2 .1. Aplicación de reactivos psicológicos. 37.

2.3 Resultados de los reactivos psicológicos. 48.

CAPÍTULO No. 3.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1. Cronograma de trabajo psicoterapéutico: Para prevención de un duelo patológico.	49.
3.1.1. Ejecución de sesiones:	51
➤ SESIÓN # 1 Y # 2.	
➤ SESIÓN # 3.	
➤ SESIÓN # 4.	
Conclusiones.	54.
Recomendaciones.	55.
Bibliografía.	56.

RESUMEN

Prevención del duelo patológico, en un adolescente Caso 1.

La investigación se encuentra enfocada en el proceso de duelo en un adolescente, su impacto, la percepción ante el dolor, emociones, en esta etapa de la vida. Así también, los diversos enfoques, psicológico, sociológico, biológico, psicoanalítico. También la importancia de determinados ritos, como los funerales, que se desarrolla de acuerdo a cada cultura y ayudan en el proceso psicológico del duelo. El proceso de duelo en un adolescente es distinto, por su edad misma, pues los cambios que vive en esa etapa son: físicos, sociales, mentales, dificultades, identificación y aceptación en un grupo, propios de su edad. Por lo tanto la combinación del duelo y estos cambios físicos hacen que el proceso sea diferente, complicado; poniendo en alerta al terapeuta a que el adolescente no desarrolle un duelo patológico, planteándose así un plan terapéutico.

ABSTRACT

This investigation is focused on the grieving process in an adolescent, its impact, perception in the face of pain, and emotions in this stage of life; as well as the psychological, sociological, biological, and psychoanalytical foci. The importance of certain rituals, such as funerals, which are observed according to each culture and help in the psychological process of grieving, is also investigated. The process of mourning in an adolescent is distinct due to the age itself; the changes experienced at this stage are physical, social, mental, as well as difficulties in group identification and acceptance. This combination of mourning and physical changes make the process different - more complicated - so the therapist must be alert to prevent development of pathological mourning by developing a therapeutic plan.



INTRODUCCIÓN.

La investigación se encuentra enfocada en el proceso de duelo en un adolescente, su impacto, la percepción ante el dolor, emociones, en esta etapa de la vida. Vivimos en un mundo indolente frente a los acontecimientos de la vida diaria, donde la mayor parte de personas se han vuelto superficiales; negándose y reprimiéndose a sentir emociones, que son parte del ser humano, y que en cierto modo nos ayudan a crecer internamente, si lo receptamos de manera positiva.

Siendo importante el proceso de duelo en un adolescente, ya que es distinto, por su edad misma, pues los cambios que vive en esa etapa son: físicos, sociales, mentales, dificultades, identificación y aceptación en un grupo, propios de su edad. Por lo tanto la combinación del duelo y estos cambios físicos hacen que el proceso sea diferente, complicado. De ahí las reacciones diversas ante el duelo, sin dejar de lado el vínculo con la persona fallecida y las causas de muerte.

El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV, en problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, incluye el duelo y lo define como “la reacción ante la muerte de una persona querida”.

La expresión y duración de un “duelo normal” varía considerablemente entre las diversas etnias y grupos culturales. Abordar el tema acerca de la muerte o duelo, en algunas culturas generalmente como la nuestra, es un tabú, en los adultos y más aún en los adolescentes, donde puede presentarse como una negación al hecho de pérdida o muerte, acompañada en algunas ocasiones con sentimientos marcados de invulnerabilidad y en otras de vulnerabilidad. De la misma manera, la muerte es un hecho biológico, pero

también mencionamos que tiene aspectos, sociales, culturales, históricos, religiosos, legales, psicológicos, del desarrollo, médicos y éticos y a menudo estos se encuentran relacionados estrechamente, Siendo así que la muerte y la pérdida, son experiencias universales, tienen un contexto cultural; por ende las actitudes culturales y religiosas. En esta investigación se apreciará, como se desarrollan los ritos y costumbres de distintas culturas y como estos ritos ayudan en el proceso de duelo. En el proceso se observan los diversos enfoques frente al duelo, siendo estos: psicológico, psicoanalítico, social y antropológico, biológico, psicosocial.

Freud contribuye una descripción más precisa de lo que constituye una definición de duelo, se encuentra en la obra de Freud (1915-1917) llamada "Duelo y melancolía". Freud compara la **melancolía** con el **duelo** en este escrito.

De igual forma Bolwby J. en *Process of mourning*. Int. J. Psychoanal, planteó cuatro fases en el duelo que ayudarán a comprender el proceso de duelo, también hace énfasis en que hay tres tipos de personas que pueden ser vulnerables a desarrollar un duelo patológico.

Varias son las terapias que pueden emplearse en este proceso, una de ellas es la terapia Cognitiva Conductual los patrones de pensamiento, denominado distorsiones cognitivas, actúan de manera nociva en las emociones y conducta; y aprenda a valorar el significado, que el adolescente da a la experiencia de duelo; de modo que pueda contribuir con pensamientos más ajustadas a la realidad y se adapte a la nueva vida sin el difunto; del mismo modo, ayudará también a reducir la tendencia del adolescente a la evitación de recuerdos dolorosos (pensamientos, circunstancias, sentimientos, eventos etc.) y situaciones

que obstaculicen el proceso normal de duelo; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos o procesarlos de una manera adecuada.

Técnica Conductual, su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc.) y situaciones ansiedad externa; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).

Estas técnicas ayudarán, al adolescente a vivir un proceso de duelo normal evitando que se convierta en patológico, sino más bien, que esta experiencia pueda ser aprovechada por adolescente en construir pensamientos más ajustadas a la realidad y pueda aceptar que el dolor es universal y que forma parte de la vida.

La presente investigación aborda tres capítulos, el primer capítulo concepto de duelo, sus diversos enfoques, duelo en las culturas, segundo capítulo, historia clínica y aplicación de reactivos, el tercer capítulo planteamiento de un cronograma de trabajo psicoterapéutico, enfocado en la prevención de un duelo patológico.

CAPITULO No. 1.

EL DUELO

1.1. Concepto de dolor.

Es importante partir del concepto de dolor. La palabra dolor y duelo se encuentran relacionadas, proviene del latín “dolus” que significa dolor, el dolor es un sentimiento al que no estamos exentos absolutamente nadie, es una experiencia diferente en cada ser humano, razón por la cual no todos viven de la misma manera el dolor, sino más bien cada sujeto lo percibe de una manera diferente y única.

El individuo aprende desde temprana edad pautas sociales de conducta, que le llevan a rechazar o aceptar algo, y una de las más importantes es la negación del dolor y la muerte como parte de la vida.

1.2. Concepto de Duelo.

El duelo, el sentimiento de pérdida, son términos que se refieren a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa. Este sentimiento es provocado por la muerte de un ser querido; el sentimiento de pérdida, es el estado de sentirse privado de alguien a causa o consecuencia de la muerte.

El duelo aparece posterior a la pérdida o muerte de un ser querido. Todos sufrimos diversas y múltiples pérdidas durante el proceso de la vida. Es inevitable, atravesar un proceso de duelo, nadie está excluido.

El duelo, se trata de un proceso gradual a lo largo del período de duelo, caracterizado por diferentes emociones que posteriormente las enfatizaremos y que a continuación las mencionamos:

- Sentimiento de pena y dolor
- Sentimientos de ira, culpabilidad y resentimiento
- Sensación de apatía y desinterés
- Reparación de la esperanza y reconducción de la vida.

1.3. Concepciones de Duelo.

1.3.1. Proceso de duelo según Freud:

Freud estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. Freud pensaba que después de la pérdida, la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa, ambivalencia por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otra cosa o personas. Durante este periodo la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos. En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona; basado en este estudio Freud postulo que la depresión es el resultado de la situación de pérdida y la ambivalencia

que el niño siente en contra de sus padres en los periodos tempranos de la vida.

TORO, Ricardo J., YEPES R. Luis Eduardo., "*Psiquiatría*" pág. 155

Para Freud la descripción más precisa de lo que constituye una definición de duelo, se encuentra en la obra de Freud (1915-1917) llamada "Duelo y melancolía". Freud compara la melancolía con el duelo en este escrito. Las dos son reacciones ante la pérdida de un ser querido. En el duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal. Pero no se considera una conducta patológica. En el duelo la pérdida es real, es decir que se pierde un objeto del mundo externo, el sujeto comienza con conductas anormales, pero estas no son patológicas y se van superando con el transcurso del tiempo.

Freud, destaca como características propias del duelo, lo siguiente:

1. Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc.)
2. El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).
3. Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por él. Estos tres puntos constituyen las características de un duelo normal.
4. El duelo patológico, además, tendría las siguientes características: Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida.

1.3.2. Proceso de duelo según DSM - IV

Según el DSM-IV el duelo, no es un trastorno mental, sino lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora estado de ánimo depresivo como “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados con el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal” varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales.

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

- 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida
- 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida
- 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad
- 4) enlentecimiento psicomotor acusado
- 5) deterioro funcional acusado y prolongado

6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen de la persona fallecida. (Comité Elaborador del DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, Masson, S.A, 2002.)

1.4. Diversos Enfoques del duelo.

1.4.1. Enfoque psicológico.

Es imposible evitar los duelos, pues son parte del ser humano, pero la forma de reaccionar ante ellos es única y diferente en cada ser humano. Si examinamos desde la perspectiva psicológica, conocemos que la elaboración de un duelo es importante, ya que ayudará a la elaboración de duelos subsiguientes, así como no elaborar un duelo importante, predispone a la persona con la elaboración de otros duelos. De manera contraria, un duelo no elaborado, puede poner en riesgo a la persona a desarrollar un duelo patológico.

1.4.2. Enfoque Psicoanalítico.

- En el proceso de duelo varios son los mecanismos de defensa utilizados por las personas que atraviesan el proceso de duelo; uno de los mecanismos que se encuentra latente es la Negación, que se presenta bajo múltiples formas o aspectos en relación con las diversas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que rodean al individuo cuando se enfrenta a la muerte. La negación está constantemente cuando la persona intenta evitar la realidad. Como mencionaremos posteriormente en la cultura occidental, se ha observa así que, cuando más se hace

para evitar o posponer la muerte, tanto más se la niega. Por eso, en las sociedades con una tecnología médica más avanzada, la negación de la muerte es mayor.

A nivel empírico se ha relacionado, la negación de la muerte con el miedo y la ansiedad, mostrando en consecuencia que la negación se intensifica, cuando aumenta el miedo o la ansiedad. También, en algunas ocasiones un nivel bajo de ansiedad o miedo ante la muerte o pérdida, encubre una negación poderosa.

Menciona Kubler- Ross hace la comparación, en donde la ansiedad ante la muerte es un iceberg, ya que la mayor parte de la misma permanece escondida, inconsciente.

La negación como mecanismo de defensa psicológico, ha sido muy estudiado, sobre todo en sujetos que se encuentran en peligro inminente de muerte.

También existen otros mecanismos presentes en el proceso de duelo como:

1. Proyección.
2. Represión.
3. Racionalización.
4. Evitación.
5. Aislamiento.
6. Negación.

1.4.3. Enfoque psicosocial.

La manera de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un elemento esencial de nuestra adaptación al entorno. Lo que desencadena un duelo en un individuo es siempre la idiosincrasia de la persona; en la infancia la primera experiencia de pérdida, se da cuando los niños pierden a su mascota, y es así que, en los seres humanos hay circunstancias o

hechos, que desencadenan duelos, y estos son las llamadas transiciones o crisis psicosociales. En la siguiente tabla, se ilustran las principales transiciones psicosociales para cada grupo de edad:

Transiciones Psicosociales

En la Infancia:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida o separación de los padres. ▪ Pérdida del contacto con el medio del hogar familiar por acontecimientos tales como, el ingreso en un hospital, en un internado o en una escuela
En la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separación de los padres, del hogar y la escuela.
En los adultos jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruptura matrimonial. ▪ Embarazo en el primero. ▪ Aborto (más si es de repetición). ▪ Nacimiento de un niño disminuido. ▪ Pérdida del trabajo. ▪ Pérdida de un progenitor. ▪ Emigración
En los adultos y ancianos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jubilación. ▪ Pérdida de las funciones físicas. ▪ Duelo por familiares o allegados. ▪ Pérdida del ambiente familiar (ingreso a una

	<p>residencia de ancianos).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad o incapacidad de algún miembro de la familia. (TIZÓN GARCÍA J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 1998)
--	--

1.4.4. Enfoque social y antropológico.

El proceso o elaboración normal del duelo, lleva a cada persona a reconstruir su mundo interno. En donde la circunstancia del duelo es la que ritualisa, obligando a la persona, a desarrollar un estado de recogimiento, permaneciendo el individuo en casa, estando prohibida socialmente para la persona: fiestas, diversiones, vestidos vistosos, etc. De esta manera podrá concentrarse en el proceso interno de duelo

Las reacciones sociales y antropológicas del duelo y sus procesos tienen las siguientes funciones:

- Permitir la expresión al nivel de la sociedad y su cultura, de esos procesos de duelo.
- Ayudan en el proceso psicológico del duelo, por eso la importancia de determinados ritos, como los funerales, que se desarrolla de acuerdo a cada cultura.
- Favorecen y facilitan la comunicación del acontecimiento de pérdida a la comunidad, dando la oportunidad a las personas vivas, demostrar el cariño y su consagración al fallecido, mediante actos.

1.4.5. Enfoque biológico.

Podemos encontrar respuestas fisiológicas y emocionales en el duelo:

- ❖ Durante este proceso se observa alteraciones de los ritmos biológicos, como ritmo cardíaco, respiratorio.
- ❖ Alteración del sistema inmune, disminuye la proliferación de leucocitos, glóbulos blancos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales, bajan o disminuyen las defensas, y están propensos a desarrollar cualquier enfermedad.
- ❖ Evidencia complejas interacciones psico-neuro-endocrino-inmunitarias, con alteración del eje hipotálamo- hipófisis-suprarrenal.
- ❖ El índice de mortalidad es mayor en los hombres viudos, que el de la población general.

1.5. Actitudes Diversas hacia diferentes tipos de dolor según Zborowski

El dolor en la sociedad, adquiere un significado cultural y social específico. Los integrantes de las culturas diversas pueden adquirir o asumir actitudes diversas frente al dolor.

Según Zborowski (1952) estas actitudes se describen:

1.5.1. Expectativa del dolor.- Hace referencia a la anticipación, que en una situación dada, el dolor es inevitable, como en el parto, deporte, batalla.

1.5.2. La aceptación del dolor.- No es más que la disposición para aceptar y experimentar dolor, manifestándose generalmente como el componente inevitable en experiencias culturalmente aceptadas, como los ritos de iniciación y el tratamiento médico.

1.6. Muerte y Dolor como fenómeno cultural.

La pluralidad del sentido de muerte, nos lleva siempre al sistema socio cultural en que se desenvuelve el sujeto o individuo, Por eso cada pueblo, cultura o civilización, posee su propia concepción acerca de la muerte y, paralelo a ella, desarrolla un sistema en que integra todos sus contenidos significativos: actos, valores, costumbres, ritos, creencias. El aproximarse a la muerte, implica también introducirse, en el contexto de cada sistema cultural, en su psicología, filosofía, religión, economía política.

“Según Rollman (1998), decir que el dolor es universal no implica que pueda entenderse sólo en términos psicológicos y bioquímicos. La experiencia humana del dolor comprende componentes, sensoriales, emocionales y cognitivos. Tanto en su expresión, como en su manejo, los factores biológicos y psicológicos y sociales interactúan de forma compleja” (D. Gross Richard, Psicología, La ciencia de la mente y la conducta, pág. 220, Manual Moderno Editorial, 2004).

Se puede decir que la influencia de la cultura en la expresión del dolor, inicia casi con seguridad desde el nacimiento, y se extiende a lo largo de la vida del hombre.

Como lo mencionamos anteriormente, la muerte es un hecho biológico, pero también mencionamos que tiene aspectos, sociales, culturales, históricos, religiosos, legales, psicológicos, del desarrollo, médicos y éticos y a menudo estos se encuentran relacionados estrechamente, Siendo así que la muerte y la pérdida, son experiencias universales, tienen

un contexto cultural; por ende las actitudes culturales y religiosas, hacia la pérdida o muerte, perjudican los aspectos psicológicos y del desarrollo de muerte, es decir, cómo los seres humanos de diversas edades, confrontan la muerte de sus seres amados y cercanos, e incluso algunos, hasta de su propia muerte.

Por ello a continuación haremos una reseña cultural, acerca de las costumbres, ritos, de muerte, así descubriremos una serie de situaciones históricas, reacciones emocionales, muy diferenciadas y marcadas en cada cultura:

- ❖ **El duelo en la Cultura Inca.-** Los ritos funerarios son significativos en esta cultura, era costumbre poner a los difuntos trozos de plata, en la boca en las manos en los senos y en otras partes del cuerpo, luego vestirlos con ropas nuevas. Se cierra la puerta por donde ha salido el difunto y no se vuelve a usar de ella por algún tiempo. Se esparce en el suelo harina de maíz o de quinua para ver si vuelve el muerto, por las huellas que deja el muerto, las exequias duran ocho días aproximadamente, donde hay comida y bebida abundante. A los diez días de la muerte, se reúne la familia o parentela y se lleva al pariente más cercano, al río y lo zambullen, ahí mismo lavan la ropa del difunto, luego en la merienda mastican el primer bocado y lo arrojan a la tierra. Después de beber abundantemente, barren el aposento del difunto y cantan los magos, esperando que venga el alma a beber con ellos, y si no se presenta quiere decir que el ánima esta en **Samay huasi**, que quiere decir casa de descanso y que no volverá más.
- ❖ **El duelo en la Cultura de la sociedad occidental Actual.-** En la que predomina la exaltación del “aquí y ahora” de la vida, procurando olvidar la segura muerte. Se observa así que, cuando más se hace para evitar o posponer la muerte, tanto más se

la niega. Por eso, en las sociedades con una tecnología médica más avanzada, la negación de la muerte es mayor.

- ❖ **El duelo en la Cultura Egipcia.-** Pueblo fundamentalmente religioso, que organiza su vida en función de la muerte.
- ❖ **El duelo en la Cultura de Rumania.-** En la antigua Rumania sus guerreros iban contentos a sus sepulturas, con la esperanza de reunirse con su dios supremo Zalmoxsis.
- ❖ **El duelo en la Cultura Malaya.-** En la sociedad Malaya, la muerte era vista como una transición progresiva. Recibiendo al inicio un entierro provisional. Los sobrevivientes, realizan ritos mortuorios, hasta que el cuerpo llegue a un estado de descomposición y este proceso indica, que el alma había abandonado el cuerpo, para ser admitido en el campo espiritual.
- ❖ **El duelo en la Cultura de Grecia.-** En esta cultura eran cremados, los cuerpos de los héroes públicamente, esto no significaba más que una señal de honor. Es importante mencionar que todavía se practica la cremación en público, en países como la India; mientras que en la sociedad judía ortodoxa, no es permitida la cremación por sus creencias, en donde los muertos resucitarán en el juicio final y vida eterna.
- ❖ **El duelo en la Cultura de Japón.-** Los sobrevivientes mantenían contacto con el fallecido, animados por sus rituales religiosos. Los familiares levantan un altar en el hogar, para sus ancestros, dialogan con sus seres queridos fallecidos y les ofrecen cigarros y comida.

1.7. Duelo en la Adolescencia:

Así como ocurre el duelo en los adultos, sucede del mismo modo en los adolescentes, pues su impacto manifestara una intensidad leve, en algunos casos y en otros como en este profundo.

Por supuesto que los procesos de duelo en un adolescente son distintos, por su edad misma, los cambios que atraviesa en ese momento, como cambios físicos, sociales, mentales, dificultades, identificación y aceptación en un grupo, propios de su edad. Por ello las reacciones diversas ante el duelo; claro que la cercanía marca también un punto importante en este proceso, el vínculo y la relación que se sostenía con la persona fenecida, las causas de muerte, la edad de la persona fallecida, como también la de la persona que vive el duelo, que en este caso es un adolescente.

Aparentemente, aunque el adolescente se vea físicamente maduro, no siempre su estado mental afectivo lo estará del mismo modo; es frecuente que los que rodean al adolescente, esperen se convierta en adulto inmediatamente y sea responsable del cuidado de su familia, sobre todo al padre o madre sobreviviente o a los hermanos más pequeños.

En la etapa de la adolescencia la muerte, se podría decir que ya es entendida en términos abstractos, semejante a los del adulto, es característico a esta edad tener una concepción idealizada de la realidad y del mundo.

El adolescente crea su propia filosofía acerca de la vida y la muerte, a través de sus reflexiones y experiencias; surgiendo actitudes diferentes y complejas ante la muerte.

Es preciso mencionar que la reacción del adolescente ante el miedo a la muerte, en algunos casos, puede ser positiva, haciendo que el joven valore más la vida y la de los que lo rodean, pero también se corre el riesgo de que cuando la muerte, angustia y obsesiona de

manera prolongada, da espacio a conductas agresivas e inadaptadas, que en ocasiones pone en peligro la propia vida del adolescente y de los demás.

Algunas veces el adolescente no demuestra sus emociones, pues tiene el temor, que su dolor sea interpretado por los demás, como signo de debilidad. Es normal y natural que sienta mucha rabia, miedo, impotencia, perdiendo el sentido de la vida, interrogándose constantemente, el ¿por qué y para qué vivir?

1.8. Fases de duelo no complicado según J Bowlby

En un duelo no complicado pueden describirse tres fases, cada una con manifestaciones distintas a nivel emocional, somático, contenido del pensamiento y motivación:

➤ **La fase 1 es la fase de “shock”.-** Esta fase se caracteriza por la presencia de aturdimiento, confusión, duda, nudo en la garganta, suspiros, vacío en el estómago, sentido de irrealidad, negación, y desconfianza.

➤ **La fase 2 ó de preocupación,** Esta fase se diferencia por la presencia de rabia, tristeza, insomnio, anorexia, debilidad, agotamiento, culpabilidad, sueños y pensamientos sobre el difunto, introversión.

➤ **La fase 3 ó de resolución,** Donde la persona en duelo puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones.

1.8.1. Fases en el duelo según Bowlby.

En su libro Bowlby J. “Process of mourning - Procesos de duelo” también plantea cuatro fases, que a continuación las describiremos:

Fase I. de entumecimiento o shock.

Esta fase es de intensa desesperación, pues es la fase temprana, diferenciada por el aturdimiento, la negación, la cólera. Su duración puede ser momentánea o durar varios días, el sujeto que experimenta el duelo, tiene la posibilidad de recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

Fase II. de anhelo y búsqueda.

Fase caracterizada por una intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, diferenciada por inquietud física y pensamientos continuos sobre el fallecido. Su duración puede ser de varios meses o incluso hasta años de manera atenuada.

Fase III. de desorganización y desesperanza.

En la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

Fase IV. De reorganización.

Es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida.

1.9. Síntomas y reacciones habituales frente a la pérdida

Presentamos a continuación, algunos de los síntomas más habituales, descritos por Nancy O' Connor que aparecen después de la pérdida, es importante mencionar, que el duelo es único en cada ser humano.

- **Negación incredulidad:**

Se utiliza el mecanismo de defensa como la negación, pues se apodera de las personas en duelo la incredulidad, negándose al deceso, es un estado protector que aísla al doliente o afligido de la angustia que se presentará en los siguientes meses, para poder llegar a la aceptación de la pérdida.

La etapa de negación dura de cuatro a seis semanas. En este proceso es posible que algunos individuos se sientan culpables al no “sentir nada”, siendo así que algunos no lloran en el funeral, sino más bien ayudan a otros.

Cuando una persona continua combatiendo su dolor y sentimientos profundos, pasada las seis semanas, está proclive a desarrollar un duelo patológico.

Estas son algunas de las expresiones de negación ante el dolor:

¡No es verdad!

Actúan como si las persona fenecida continuara viva.

¡Es tan solo un sueño, una pesadilla!

- **Enojo – Resentimiento – Rabia.**

Se expresa externamente el enojo como rabia, el enojo se puede proyectar hacia otras personas, y corren el riesgo de quedarse sumidos en la amargura y resentimiento. Pero también se puede internalizar y se experimenta en forma de

depresión; el resentimiento también es parte del dolor y a medida que este dolor de pérdida vaya calmando, este irá cediendo.

Estas son algunas expresiones de enojo frente al dolor:

¿Por qué a mi Dios mío?

¡Ellos la dejaron morir y no hicieron nada!

¿Por qué me dejas ahora, con todo lo que te necesito?

- **Depresión.**

Una depresión moderada, sentir una pena y tristeza muy grande, es normal después de que alguien fallece. El doliente, durante un período de tiempo necesitará estar sólo, para ordenar sus sentimientos y comenzar hacer planes para el futuro.

Esta etapa puede tener diferentes expresiones como el llanto, pena, melancolía, nostalgia.

- **Miedo.**

El enojo se traduce también en miedo, angustia, a tomar decisiones, temor a no ser capaz de manejar la sobrevivencia emocional, física y en algunos casos financiera. Al atravesar la pérdida el individuo se siente, desesperado, indefenso, confundido, tiene miedo a no poder sobrellevar estas sensaciones y volverse loco. Estas son algunas de las expresiones:

¡Ahora que va a ser de mí, si ya no lo tengo!

- **Culpa.**

La culpa proviene de la idea de algo que hizo o dijo y que debió haber hecho con la persona fenecida, reprochándose cada vez: debí o hubiera, estos pensamientos sirven para alimentar el sentimiento de culpabilidad.

Estas son algunas expresiones de culpa frente al dolor:

¡Si, sólo hubiese sido un poco más afectuoso!

¿Por qué no le demostré, cuanto lo quería?

- **Soledad.**

El sentimiento de sentirse sólo abandonado, tanto por el ser que fallece como por los familiares y amigos más cercanos, acompañado con sentimientos de catastrofización donde el individuo o sobreviviente siente que el mundo se le hubiera acabado.

- **Alivio.**

En caso de una enfermedad terminal o pronosticada, se expresa al final de la pérdida alivio, después de haber observado batallar al ser amado con una tortuosa y dolorosa enfermedad.

- **Sensación de oír o ver al fallecido.**

Son sensaciones que se presentan algunas veces en esta etapa de pérdida, con delirios visuales, auditivos, algunos individuos ven a la persona fallecida, lo escuchan, sienten su presencia. Es normal después de la pérdida tener estas sensaciones, siempre y cuando no se prolonguen de una manera exagerada. Si estas sensaciones son más persistentes y prolongadas en tiempo es importante acudir a un profesional.

- **Ambivalencia.**

Sentimientos de ambivalencia también están presentes, es notable en algunos casos el cambio de humor, los sentimientos son variables es decir cambiantes y contradictorias. La persona en proceso de duelo, puede estar tranquila en un momento y en el siguiente instante exasperado, algunos muestran un aplanamiento afectivo tal y al siguiente momento están tratando de mostrarse tranquilos y alegres.

1.10. Relación entre los síntomas psicósomáticos según Freud.

Freud desarrollo una hipótesis sobre la génesis de los síntomas psicósomáticos, hipótesis centrada en el concepto de equivalente somático de angustia. En el estudio sobre la llamada neurosis angustia de 1895. Freud hace notar que algunas manifestaciones orgánicas, como perturbaciones cardiacas y respiratorias, los temblores, los vértigos, las parestesias acompañan o a menudo sustituyen el ataque de angustia, adquiriendo por lo tanto el significado de equivalentes somáticos de la angustia o de angustia enmascarada.

La aparición de algunas manifestaciones orgánicas, sensaciones corporales se puede observar en el proceso de duelo:

Nauseas.	Palpitaciones.
Opresión en la garganta.	Nudo en el estómago.
Dolor de cabeza.	Pérdida de apetito.
Fatiga.	Sensación de falta de aire.
Punzadas en el pecho.	Pérdida de fuerza, debilidad.
Dolor de espalda.	Temblores.
Hipersensibilidad al ruido.	Dificultad para tragar.
Oleadas de calor.	Visión borrosa. Insomnio.

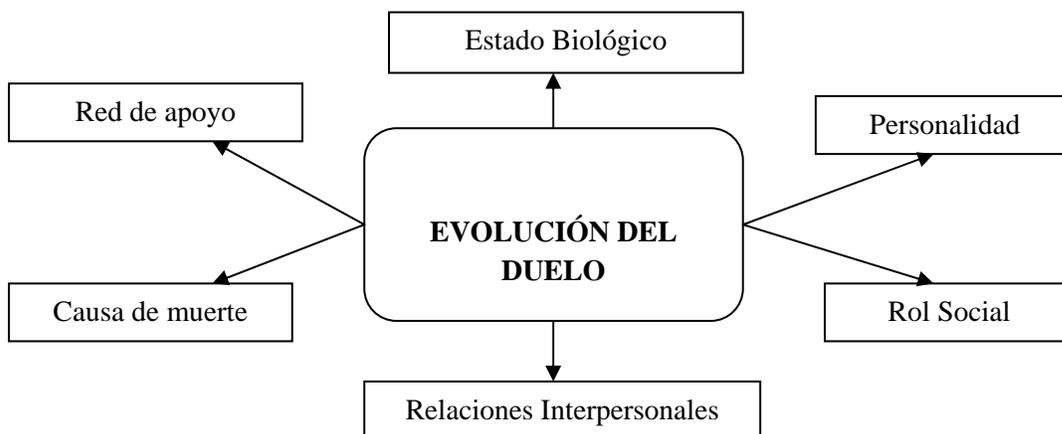
1.11. Actitudes frente al duelo.

A continuación presentamos algunas de las conductas y comportamientos más habituales frente a duelo:

1. Llorar.
2. Suspirar.
3. Buscar y llamar al fallecido.
4. Aislamiento de las personas.
5. Evitar a la gente. Insomnio – Hipersomnia con pesadillas.
6. Falta de interés por el sexo. Apatía para realizar las actividades.

1.12. Determinantes del Duelo (Cuadro)

Presentamos el siguiente cuadro como factores o determinantes que intervienen en el proceso de duelo.



1.13. El modelo Cognitivo del duelo patológico:

1.13.1. Personas Vulnerables a desarrollar un Duelo Patológico según Bowlby.

El modelo de Bowlby (1980) referente al duelo patológico consta de tres grupos de variables esenciales:

1. Características personales de la persona que sufrió la pérdida.
2. Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida.
3. Procesamiento cognitivo de la pérdida ("Elaboración del duelo").

Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos; ya que reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso y esta reacción prolongada produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores, debido a determinadas experiencias.

➤ Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (apego ansioso). Así, las personas con un apego ansioso tuvieron experiencias con sus padres (o sustitutos) donde estos le amenazaban con el abandono o suicidio, o bien con amenazas más sutiles como la retirada de afecto si no cumplían sus exigencias, o bien le referían lo detestable que era el sujeto para sus padres y lo que les hacía sufrir.

➤ Aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros. En cambio las personas predispuestas a prodigar cuidados compulsivos, tuvieron experiencias por parte de sus padres en el sentido de que estos le hacían sentir responsables de su enfermedad (padres enfermos reales, o hipocondriacos) o bien de inducirles la obligación de cuidarlos, o ambos aspectos conjuntamente.

➤ Aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos. Por último las personas predispuestas a mostrar compulsivamente autosuficiencia e independencia solieran recibir críticas y castigos por mostrar sus emociones o necesidades afectivas. Estos tres grupos de personas, posteriormente "reproducirían" relaciones similares; y reaccionarían a la pérdida con un intenso sentimiento de culpa.

1.14. Cómo hablar con el adolescente.

Es conveniente dialogar con el adolescente de una manera abierta y directa si la pérdida sucede en el seno de la familia, acerca de los cambios en la nueva forma de vida y en los roles de cada integrante de la familia, para evitar que el adolescente quiera remplazar al fallecido.

Es recomendable conversar con el adolescente de forma naturalidad, formulándole las siguientes interrogantes:

- ¿Tienes mucha pena?
- ¿Le extrañas mucho?

Por ello es necesario, dejar que el adolescente exteriorice su dolor, emociones, hacerle conocer que no hay nada malo en estar melancólico o triste y hablar de lo sucedido.

Esto ayudará para que se descargue parte de su dolor y no se sienta sólo, sino más bien acompañado.

1.15. Factores de Riesgo que indiquen que el adolescente necesita ayuda.

Existen algunos factores y motivos, que determinan que el duelo sea más complicado en el adolescente. Como mencionamos anteriormente cuando la muerte angustia y obsesiona, da lugar a conductas agresivas e inadaptadas, siendo este un foco de atención para la familia. Es prioritario estar alerta a los siguientes comportamientos:

- ❖ Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez, por la edad misma el adolescente, quiere mostrar fortaleza aún cuando no exista en su interior.
- ❖ Síntomas de depresión, insomnio, hipersomnia, impaciencia, baja tolerancia y autoestima.
- ❖ Apariencia personal, su peso, la forma de vestir.
- ❖ Aislamiento social.
- ❖ Fracaso en el colegio o indiferencia hacia las actividades de aprendizaje
- ❖ Sociabilidad afectada, deterioro de las relaciones familiares o con los amigos.
- ❖ Hacer alusión al suicidio como posibilidad de reencuentro con la persona fenecida, pero esta manifestación debe ser constante.
- ❖ Conductas de riesgo: abuso de drogas, alcohol, riñas o peleas, relaciones sexuales sin medidas preventivas, juegos peligrosos, como conducción temeraria de vehículos; poniendo en riesgo evidente su propia vida y la de los demás.

La existencia persistente y prolongada de alguno o varios de estos signos, son un foco de atención para la familia, siendo necesario buscar ayuda profesional de inmediato para que valore la situación y facilite la aceptación de la pérdida y asesore al adolescente y su familia en el proceso de duelo.

1.16. Elaboración del duelo y duración

La elaboración del duelo, son los procesos psicológicos complejos, para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la muerte o pérdida; inicia desde la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad.

Terminado este proceso, se observa el duelo resuelto y no es más que cuando las personas son capaces de recordar a la persona fenecida sin sentir dolor, aprenden a vivir sin ella o él, adaptándose a la nueva situación.

La duración del duelo por un ser querido puede durar entre 1 y 3 años.

1.17. Consejos para Elaborar un duelo.

- Buscar ayuda profesional es importante, si se quiere vivir un proceso de duelo normal.
- Un efecto benéfico, produce la etapa de negación, de movilizar tus recursos internos, para que el sujeto pueda enfrentar la realidad de la nueva situación. Conforme vaya respondiendo el sujeto al proceso de duelo, comenzará a percibir lo que sucedido, y reconocerá otros sentimientos.
- Cuando una persona maneja sus emociones a nivel intelectual, las está racionalizando produciendo un desequilibrio.
- Es importante, la persona que niega permanentemente o ignora las emociones fuertes y dolorosas, posteriormente se derrumbará emocionalmente, con ataques de ansiedad, con estallidos irracionales de enojo u otros síntomas neuróticos o psicóticos.
- Ocuparse de las cosas que necesitan atención, tratar de hacer algo especial o que le guste a la persona en duelo.

- Tratar en lo posible de no dejar los buenos hábitos como el deporte y una buena alimentación.
- El sentimiento de culpa retrasa la recuperación, así como los reproches ya que nadie dispone de los hechos para saber lo que hubiese ocurrido o puede suceder.

1.18. Técnicas de Intervención.

1.18.1. Técnicas Cognitivas

Su objetivo es revisar la validez de la cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida; de modo que pueda realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto.

1. **Descatastrofizar.-** Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.
2. **Retribución.-** Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a internas).
3. **Autoaceptación.-** Se trabaja con el sujeto sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (p.e agresivos, odio, etc.) y se diferencia entre estos y la persona global.

1.18.2. Terapia Sistémica.

Ayudar al adolescente y a su familia, haciendo que el adolescente, observe que este proceso de dolor es compartido y no único en él. Creando un ambiente de apoyo y solidaridad entre el adolescente y cada miembro de la familia.

1.18.3. Técnicas conductuales

Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc.) y situaciones ansiógenas externas; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).

1. **Programación de actividades de agrado.-** Por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.
2. **Exposición Simbólica.-** Por ejemplo ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.
3. **Exposición y Prevención de respuestas de Evitación.-** Consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.
4. **La amplificación de sentimientos.-** Consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.
5. **Juego de Roles.-** Psicodramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se puedan experimentar cogniciones y emociones relevante y que han sido evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la Gestalt.

“La muerte de un ser querido, es una prueba emocional. Nuestra emociones son parte de nosotros y, al reconocerlas y poseerlas, podemos alcanzar nuevos niveles de sensibilidad, amor y autoconocimiento” Nancy O’ Connor, Déjalos ir con amor, 1995 Editorial Trillas, México.

CAPÍTULO No. 2.

TRABAJO DE CAMPO.

2.1. HISTORIA CLINICA.

2.1.1. Datos de filiación.

***Fecha de Aplicación:** 18 de Abril de 2010.

***Nombres y Apellidos:** E.A. A.V.

***Edad:** 17 años 8 meses.

***Lugar de Nacimiento y fecha:** Cuenca, 28 de septiembre de 1992.

***Nivel de Instrucción:** Actualmente cursa el 3er. Año de bachillerato.

***Sexo:** Masculino

***Estado Civil:** Soltero.

***Religión:** Católico.

***Lugar de Residencia:** Sector Norte de Cuenca.

***Responsable:** Desde pequeño se encuentra bajo la responsabilidad de la madre del adolescente.

2.1.2. Datos de los padres.

***Nombre de la Madre:** M.E.V. A.

Edad: 40 años. **Nivel de Instrucción:** Primaria. **Ocupación:** Comerciante.

* **Nombre del padre:**

Edad: 43 años. **Nivel de Instrucción:** Primaria. **Ocupación:** Actualmente reside en los Estados Unidos.

Presentamos a continuación cuadro familiar y sus respectivos roles:

ROL	EDAD		DOMICILIO
Madre del Adolescente	40 años	Actualmente vive con sus hijos y trabaja.	Parroquia urbana. Cuenca.
Padre del Adolescente	----	No vive con su familia desde hace ocho años.	Estados Unidos (Indocumentado).
Hijo -Adolescente (caso)	17 años	Vive con su madre y estudia en el 3er. Año de bachillerato.	Parroquia urbana.
Hija - Adolescente	15 años	+ FENECIDA (Cuenca, 7 de febrero de 2010)	Parroquia urbana.
Hijo – Niño	12 años	Vive con su madre. Estudia en la escuela.	Parroquia urbana.
Hijo – Niño	9 años	Vive con su madre. Estudia en la escuela	Parroquia urbana.

2.1.3. Motivo de Consulta:

Análisis de caso, ya que él adolescente se encuentra en la etapa de proceso de duelo.

Fuente de información:

Directa: Paciente proporciono la información de una manera eficaz.

Indirecta: La madre del paciente copera con la información, siendo esta confiable.

2.1.4. Padecimiento actual: Actualmente el adolescente de 17 años atraviesa un proceso de duelo, su impacto es profundo, ya que el vínculo con la persona fallecida es

cercano y estrecho, siendo la hermana de 15 años víctima de un accidente, por ahogamiento.

El adolescente en mención, continúa siendo el hermano mayor, solo que ahora de dos niños, de 12 y 9 años.

La estructura familiar es disfuncional y de condiciones socio económica media, el adolescente vive con su madre y hermanos, el padre vive en los Estados Unidos hace 10 años en condiciones ilegales, por lo que no asistió al funeral de su hija.

La relación que mantenía el adolescente con su hermana fenecida, era sumamente estrecho por su edad y porque en realidad mantenían una buena amistad; juntos asistían los fines de semana a un Grupo Juvenil e iban al colegio, haciendo que los lazos amor y hermandad sean más fuertes entre ellos.

Ser hijo mayor involucro al adolescente, a ocupar el puesto y la imagen paterna para sus hermanos, estar pendiente de cada uno de ellos y de su madre.

Ha sido visible también mecanismos de defensa empleados por el adolescente como: negación, represión, aislamiento, proyección.

El accidente de su hermana, ha causado depresión y culpabilidad para el adolescente, por no haber podido estar en ese momento y cuidar de la hermana fallecida.

En este proceso son evidentes distorsiones cognitivas como: “no tiene sentido mi vida” “sin ella quisiera morir” “fue mi culpa... yo no la acompañe, si yo hubiera estado, no hubiera sucedido el accidente”, el adolescente presenta también sentimientos de ira contra las personas involucradas en el accidente.

Todos estos puntos son un foco de atención, en este proceso y en caso de no ser tratado a tiempo puede convertirse en un duelo patológico.

2.1.5. Revisión de aparatos y sistemas:

Presenta cefaleas desde el mes de abril. De igual manera los síntomas gastrointestinales, como dolor del estómago y ardor son presentes.

2.1.6. Antecedentes Personales y Patológicos: La madre refiere no haber tenido ningún antecedente patológico, el adolescente.

Antecedentes familiares: A la madre del adolescente recientemente le descubrieron cáncer.

2.1.7. Condiciones Socio económicas: El adolescente pertenece a una condición socio económica media.

2.1.8. PSICOBIOGRAFIA

Embarazo: Nació a los ocho meses. **Gesta N° 1.** Durante el embarazo no presento ninguna enfermedad materna.

Etapa Primera Infancia: La madre, asevera que la infancia del adolescente fue “saludable, un niño inquieto, pero siempre dedicado, no me daba problemas en el estudio”

Etapa Escolar: Refiere la madre haber sido un niño dedicado.

Adolescencia: La madre menciona “luego de la pérdida de la hermana, él se empezó a cambiar de genio, a veces reacciona con ira, otras se aísla”

Vida Social: Desde hace un año el adolescente forma parte de un grupo juvenil de la parroquia, su guía y coordinador expresa: “al inicio no quiso saber nada del grupo, se aisló, pues este le recuerda a su hermana, ya que los dos asistían al mismo grupo, ahora si asiste pero todavía está en ese proceso de dolor”.

2.1.9. EXAMEN MENTAL:

Apariencia de la conducta general: Su forma de vestir es normal y acorde, en ocasiones se observa ansioso. El adolescente comenta que en estas últimas semanas tiene sensaciones de desesperación, tres veces por semana generalmente y que duran breves minutos.

Funciones Cognitivas:

A. Conciencia:

I. Orientación Alopsíquica:

a) Orientación en el tiempo: El adolescente posee buena orientación en el tiempo.

- **Orientación Cronológica:** Se le ha preguntado al adolescente acerca de hechos pasados y el adolescente los recuerda de una manera ordenada, estando así su orientación cronológica correcta

- **Vivencia del tiempo ó tiempo inmanente:** Investigamos como se siente el adolescente en el paso del tiempo y aparentemente es normal.

b) Orientación en el espacio:

- **Orientación de lugar:** No se encuentra ninguna anomalía, está bien orientado en lugar.

- **Orientación Espacial:** No se observa ninguna distorsión.

II. Orientación Autopsíquica:

- **Memoria:** Preguntamos al paciente nombres y números telefónicos, mencionados anteriormente, así como hechos pasados, dando como resultado favorable al adolescente.

- **Atención:** Se realiza la prueba de atención, pedimos al adolescente que cuente 100 – 7 y realiza la prueba favorablemente.

- **Inteligencia:** En esta prueba sometimos al adolescente a la interpretación de refranes y también el cálculo de sumas restas y multiplicaciones mentales, lo realiza bien.

- **Pensamiento:** Se planteó un problema al adolescente y sus juicios e ideas fueron positivas.

- **Afecto:** La madre afirma ser un hijo amable y cariñoso, “pero últimamente ha disminuido su parte afectiva, se lo ve apagado, a raíz de la pérdida de su hermana”.

DIAGNOSTICO: Proceso de Duelo, según el DSM-IV el duelo, no es un trastorno mental, sino lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden ser objeto de atención clínica. En este caso, trataremos que el proceso de duelo no se convierta en patológico, a través de las terapias planteadas.

2.2. Entrevista con los familiares.

Es importante mencionar que, la entrevista con la madre y el coordinador del grupo al que asiste el adolescente, fue valioso y de mucha cooperación, pues no se observó ningún tipo de resistencia frente a la investigación terapéutica.

La madre del adolescente, manifiesta haber cambiado la conducta de su hijo a raíz de la muerte de la hermana del adolescente, manifiesta lo siguiente “bajo de peso, se aisló de sus amigos del grupo juvenil, aún llora pero trata de disimular, frente a los hermanos, tiene resentimiento con las personas involucradas en el accidente”

2.1 .1. Aplicación de reactivos psicológicos

Se realizará la aplicación de los siguientes reactivos:

- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de depresión de Hamilton.

Los ítems que están subrayados son elegidos por el adolescente:

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

1. Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 = Ausente.

1 = Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 = Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 = El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2. Sensación de culpabilidad

0 = Ausente.

1 = culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 = Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 = La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 = La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad

3. Idea de suicidio

0 = Ausente.

1 = Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3 = Ideas o amenazas de suicidio.

4 = Intentos de suicidio.

4. Insomnio precoz

0 = Ausente.

1 = Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 = Dificultades para dormirse cada noche.

5. Insomnio medio

0 = Ausente.

1 = El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 = Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

6. Insomnio tardío

0 = Ausente.

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. problemas en el trabajo y actividades

0 = Ausente.

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 = Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 = Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 = Palabra y pensamiento normales.

1 = Ligero retraso en el diálogo.

2 = Evidente retraso en el diálogo.

3 = Diálogo difícil.

4 = Torpeza absoluta.

9. Agitación

0 = Ausente.

1 = "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 = Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los
cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica

0 = No hay dificultad.

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 = Preocupación por pequeñas cosas.

3 = Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 = Terrores expresados sin preguntarle.

11. Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 = Ausente.

1 = Ligera.

2 = Moderada.

3 = Grave.

4 = Incapacitante.

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

0 = Ninguno.

1 = Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales

0 = Ninguno.

1 = Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 = Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

14. Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 = Ausente.

1 = Débiles.

2 = Graves

3 = Incapacitantes

15. Hipocondría

0 = No la hay.

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 = Preocupado por su salud.

3 = Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 = Ideas delirantes hipocondríacas.

16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 = No hay pérdida de peso.

1 = Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 = Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 = Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 = Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 = Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

17. Insight (conciencia de enfermedad)

0 = Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 = Niega estar enfermo.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: E. A..A.V. **Edad:** 17 años. **Fecha:** Mayo/2010

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo, describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Marque

la afirmación que considere aplicable a su caso. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

La opción elegida por el adolescente, es la subrayada.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.**
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.**
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.**
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.**
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.**
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.**
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.**
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mí mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.

- Me critico por mis debilidades o errores.
- **Me culpo por todas las cosas malas que suceden.**

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- **Me gustaría matarme.**
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- **Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.**

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- **Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.**
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- **Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.**
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- **Tomo decisiones como siempre.**
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- **No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.**
- Me preocupa que esté pareciendo viejo (a) sin atractivos.
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- **Puedo trabajar tan bien como antes.**
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- **Puedo dormir tan bien como antes.**
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.**
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.**
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.**
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.**
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- **No he notado cambio alguno reciente de mi interés por el sexo.**
- Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo el interés por el sexo.

2.2 Resultados de los reactivos psicológicos.

📊 Escala de depresión de Hamilton: Puntuación total 9 =Depresión Menor

📊 Inventario de Depresión de Beck: Puntuación total 13 = Depresión Leve

Estos resultados implican, que es importante continuar con la terapia planteada, para prevenir un posible duelo patológico.

CAPÍTULO No. 3.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1 CRONOGRAMA DE TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO, PARA PREVENIR UN POSIBLE DUELO PATOLÓGICO.

A continuación presentamos el siguiente plan terapéutico, basado en un enfoque integrativo, de acuerdo a las necesidades del adolescente en proceso de duelo, se llevarán a cabo 2 sesiones al mes.

N° de Sesiones	TÉCNICAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO
Sesión 1 – 2	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogo con la madre y él adolescente. ▪ Realizar la historia Clínica. ▪ Aplicación de reactivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolectar información para la investigación terapéutica ▪ Identificación de Distorsiones Cognitivas
Sesión 3	La amplificación de sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alentar al paciente que hable a cerca del suceso de pérdida. Se utilizara un registro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la expresión de sentimientos. ▪ Se reconocerá mecanismos de defensa presentes en el caso.
Sesión 4	Identificación de pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examinar la evidencia que el

	automáticos	inadecuados: ventajas y desventajas de los supuestos personales	paciente tiene para atribuirse la culpa
Sesión 5	Manejo de pensamientos automáticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizar las cogniciones erróneas del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que el adolescente perciba la realidad de una manera correcta y acepte su nueva situación.
Sesión 6	Programación de actividades de agrado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invitar al adolescente a partir de la segunda sesión, a ocupar su tiempo libre en actividades placenteras. ▪ Hacer un listado de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir al adolescente centrar su atención en actividades para vivir un duelo saludable.
Sesión 7	Proyectiva:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A través de una carta expresar los sentimientos a la persona fenecida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto. Brindándole seguridad y tranquilidad al

			paciente.
Sesión 8	Sistémica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con los miembros de la familia, realizar una despedida simbólica en donde se colocara una vela encendida en el centro, que representará la persona fenecida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar un cierre, crear compromisos en el adolescente, haciéndolo reconocer sus emociones y pueda alcanzar niveles de sensibilidad y autoconocimiento , llevando así un proceso de duelo saludable y no patológico.

EJECUCIÓN DE LAS SESIONES:

➤ **SESIÓN # 1 Y # 2.**

Entrevista: Diálogo con la madre, coordinador del grupo al que asiste el adolescente, y el mismo adolescente.

Objetivo: Recolectar información para la investigación terapéutica. Identificación de Distorsiones Cognitivas.

Resultados: Se pudo recolectar la información de una manera eficaz. Durante el diálogo se pudo apreciar algunas distorsiones como:

- Polarización: “Todo lo que me ha pasado es malo...”
- Visión catastrófica: “Soy un hermano irresponsable... y si vuelve a ocurrir con uno de mi hermanos”
- Personalización: “Otros hermanos están pendientes yo no estuve pendiente ese día..”
- Falacia de control: “Toda la responsabilidad es mía“
- Culpabilidad: “Por mi culpa paso, por quedarme haciendo mis tareas no la acompañe”

Para hacer un cierre al final de la sesión, se trabaja con la técnica de respiración, acompañada de música de relajación y continuamente se aconseja al paciente realizar actividades placenteras en su tiempo libre.

➤ **SESIÓN # 3.**

La amplificación de sentimientos. Alentar al paciente que hable a cerca del suceso de pérdida. Se utilizara un registro.

Objetivo: Facilitar la expresión de sentimientos. Se reconocerá mecanismos de defensa presentes en el caso.

Resultados: Se llevo a cabo el diálogo con el adolescente acerca de la pérdida de su hermana y lo que esta implica, aún son visibles los sentimientos de dolor y desesperanza, angustia.

Se observo mecanismos de defensa presentes:

- Negación: “Esto no me está pasando a mí,... parece un sueño”.
- Represión: “Yo no hice algunas cosas por ella, no... no quiero recordar, ni hablar de eso..”
- Proyección: El adolescente proyecta su ira contra las personas involucradas en el accidente. “Tengo ganas de golpearlos”.
- Racionalización: “Si yo hubiera estado, esto no hubiera pasado”
- Aislamiento: “A veces prefiero quedarme en casa y no salir ni ver a nadie.”

Para hacer un cierre al final de la sesión, se trabaja con la técnica de respiración, acompañada de música de relajación y continuamente se aconseja al paciente realizar actividades placenteras en su tiempo libre.

➤ **SESIÓN # 4.**

Esta sesión no se ha podido llevar a cabo, puesto que el adolescente se encuentra en último año de colegio y también en prácticas, hasta los días sábados. Esta es la propuesta terapéutica que se ha venido desarrollando y se dará la continuidad como un compromiso, y bienestar del adolescente.

CONCLUSIONES.

- A través de la pérdida, se permite la expresión al nivel de la sociedad y su cultura, de esos procesos de duelo.
- La importancia de determinados ritos, como los funerales, que se desarrolla de acuerdo a cada cultura, ayudan en el proceso psicológico del duelo.
- Favorecen y facilitan la comunicación del acontecimiento de pérdida a la comunidad, dando la oportunidad a las personas vivas, demostrar el cariño y su consagración al fallecido, mediante actos.
- Existen factores de riesgo, que pueden hacer que el proceso desemboque en un proceso de duelo patológico.
- Indicadores, como el vínculo con la persona fenecida, el modo de muerte, son claves en este proceso. Así también como los síntomas reacciones habituales frente a la pérdida. Los mecanismos de defensa presentes.
- Se plantea terapia cognitiva conductual por su eficacia, para prevenir el desarrollo de un duelo patológico.
- La interrelación entre los procesos psicológicos humanos en los que emociones, cogniciones y conductas no son manejados adecuadamente producen depresión en este caso desembocaría en un duelo patológico si no es manejado a tiempo.
- En el análisis del caso, los resultados muestran una depresión leve, siendo el principal desencadenante el duelo. Razón por la cual se ha planteado un cronograma de trabajo terapéutico, el cual tendrá como objetivo prevenir un duelo patológico.

- Se ha llevado a cabo 4 sesiones satisfactorias con el adolescente, en vista de que el tiempo brindado por el adolescente es limitado, ya que cursa el último año de colegio; pero la responsabilidad de continuar la terapia es un compromiso.

RECOMENDACIÓN

En este caso de proceso de duelo se ha empleado la terapia Cognitiva Conductual, está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en los estados de ánimo, para tener un mayor control sobre los sentimientos. Es indispensable la modificación de estructuras mentales erróneas causantes de depresión y que este caso conduciría a un duelo patológico, para que el paciente mejore su calidad de vida aprendiendo a manejar adecuadamente las situaciones presentes y aprenda a reconocer sus emociones. Durante el proceso terapéutico se integrará también terapia de relajación, manejando la respiración con música.

BIBLIOGRAFÍA:

- ✓ Segarra Iñiguez Guillermo, El tesoro del Sígsi Ecuador. Corporación Editora Nacional, Quito Ecuador 2000.
- ✓ Luís E. Valcárcel, Historia del Perú Antiguo Tomo III, Editorial Juan Mejía Baca Lima Perú. (no se encontró la fecha de edición, libro de la Biblioteca de la Universidad de Cuenca)
- ✓ Coon Dennis, Psicología Exploración y Aplicación, Thomson Editorial, 1999.
- ✓ D. Gross Richard, Psicología, La ciencia de la mente y la conducta, Manual Moderno Editorial, 2004.
- ✓ Worchel Stephen, Shebilske Wayne, Psicología, Fundamentos y Aplicaciones, Prentice Hall Editorial, Iberia Madrid, 1998. Última reimpresión en el 2001.
- ✓ G Morris Charles, Maisto Albert, Psicología, Pearson Educación Editorial, México, 2001.
- ✓ E. Papalia Diane, Wendkos Sally, Duskin Feldman Ruth, Desarrollo Humano, Mc. Graw – Hill, Interamericana Editores, México, 2005.
- ✓ Palmedo Francesc, G. Fernandez Enrique, Martinez Francis, Chelis Mariano, Psicología de la Motivación y la Emoción, Mac Graw Hill, España, 2002.
- ✓ Comité Elaborador del DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, Masson, S.A, 2002.
- ✓ TIZÓN GARCÍA J. El duelo y las experiencias de pérdida. en: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 1998.
- ✓ Ramos Francisco, Sánchez José M, Sánchez Jesús, La muerte: Realidad y misterio, Salvat Editores, España, 1982.

- ✓ TORO, Ricardo J., YEPES R. Luis Eduardo., "*Psiquiatría*", Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004.
- ✓ KAPLAN H, SADOCK B. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. Ed. Médica Panamericana S.A. 8ª edición. Madrid. 1999:
- ✓ <http://www.psychologyonline.es>
- ✓ <http://www.tanatologia.amtac.com>.
- ✓ <http://www.cognitivoconductual.org>

