

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Como afecta un duelo no resuelto en adolescentes**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Carla Edelmira Morataya Hernandez

Guatemala, abril 2013

**Como afecta un duelo no resuelto en adolescentes**  
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Carla Edelmira Morataya Hernandez

M. A. Rebeca de Chajón (**asesora**)

Licda. Vivian Poggio (**revisora**)

Guatemala, abril 2013

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y  
Secretaria General M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M. A. César Augusto Custodio Cóbar

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Decana Licda. Elizabeth Herrera de Tan

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

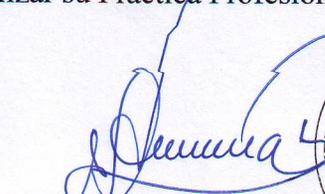
ASUNTO: *Carla Edelmira Morataya Hernández*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 11 de abril 2,013

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante *Carla Edelmira Morataya Hernández*, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala Once de abril del dos mil trece.-----

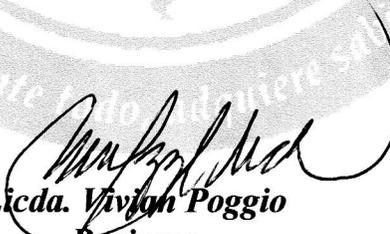
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Como afecta un duelo no resuelto en adolescentes”**. Presentado por el (la) estudiante: **Carla Edelmira Morataya Hernandez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple 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. Rebeca Ramirez de Chajon  
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala Once de abril del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Como afecta un duelo no resuelto en adolescentes”**. Presentado por el (la) estudiante: **Carla Edelmira Morataya Hernandez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología 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. Vivian Poggio  
Revisora

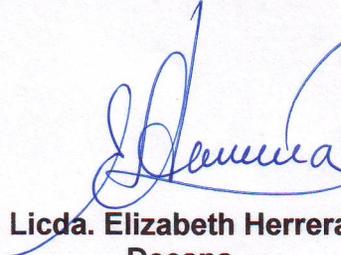


UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

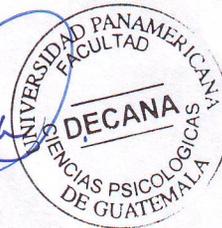
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los  
once días del mes de abril del dos mil trece.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Como afecta un duelo no resuelto en adolescentes**", presentado por: **Carla Edelmira Morataya Hernandez** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y del contenido del presente trabajo de tesis”.

## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
<b>Capítulo I Marco de Referencia</b>	
1. Descripción de la Institución.	1
Misión.	2
Visión.	2
Proyección	2
Estado general de las instalaciones e infraestructura	2
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Objetivo general	5
1.2.2 Objetivos específicos	5
1.2.3 Aporte	5
<b>Capítulo II Marco teórico</b>	
2. Breve descripción de adolescencia	6
2.1. ¿Qué es el duelo?	6
2.2. Diferentes clases de duelo	7
2.2.1. Fases del duelo	9
2.2.2. Conceptos de muerte	12
2.3. Tipos de duelo que se dan en la adolescencia	13
2.3.1. El duelo en el adolescente	14
2.4. Terapias para abordar el duelo	16
2.4.1 Abordaje terapéutico	17
2.5. Estrategias terapéuticas en procesos de duelo	20
2.6. Intervención grupal	23
2.7. Ejemplo para trabajar terapia grupal para un proceso de duelo	24

### **Capítulo III Referente Metodológico**

3 Metodología utilizada	40
-------------------------	----

### **Capítulo IV Presentación de resultados**

Presentación de resultados	41
4.1 Logros	47
4.2 Limitaciones.	47
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Referencias bibliográficas	50
Anexos	52

## **Resumen:**

En las siguientes páginas se presenta el trabajo de sistematización de la práctica supervisada de quinto año de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, realizada en el Instituto Técnico Dr. Imrich Fishmann, se trabajaron procesos terapéuticos, con alumnos en edades comprendidas entre 13 y 18 años, en los que se pudieron conocer casos de duelo que estaban manejando los adolescentes en diferentes etapas.

En la introducción se hace una breve descripción de los temas que se desarrollan en el trabajo presentado. En el capítulo I marco referencial, se presenta un diagnóstico institucional, planteamiento del problema, objetivo general y objetivos específicos. En el capítulo II se presentan definiciones de la adolescencia, el duelo y sus etapas. Se trabajó con los jóvenes, duelos por pérdidas de seres queridos que fueron los más frecuentes y duelos por rompimientos de relaciones sentimentales, amistosas. En el capítulo III se describe la metodología utilizada. En el capítulo IV se presentan los resultados encontrados, así como los procesos terapéuticos que se llevaron a cabo con los alumnos; luego se presentan las conclusiones a las que se llegaron, las recomendaciones y por último los anexos, que son los documentos que respaldan el trabajo finalizado.

## **Introducción**

La muerte es una realidad de todo ser vivo; tanto el nacimiento como la muerte son dos procesos naturales, el comienzo y el final de la vida. Sin embargo, su significado personal e impacto psicológico varían. El tema de la muerte casi siempre se evita.; el impacto psicológico que posee la muerte está relacionado con los varios significados que ésta posee, debido en gran parte a que está vinculada al contexto cultural.

Guatemala al ser un país multiétnico tiene aún más variaciones que otros países del concepto de muerte y cómo es afrontada. La vida no puede existir sin la muerte, que es el último destino del ser humano. Todo ser humano tiene algún tipo de relación con la muerte a lo largo de su vida, cuando muere una mascota, una persona, o un ser querido. Esta relación con la muerte es una fuente primordial de angustia, dicha angustia no se presenta por primera vez en la edad adulta, tiene su origen en la niñez. La forma cómo se enfrenta la muerte durante la infancia y la adolescencia, permite conocer cuáles son sus temores, evasiones, defensas y desarrollo. El duelo está vinculado con la muerte porque es el proceso en el cual la persona se enfrenta a ésta. Es un conflicto significativo y complejo desencadenado por la pérdida de un ser querido; posee características psicológicas, fisiológicas y conductuales específicas. El duelo en los adolescentes, presenta características peculiares determinadas por las características propias de la adolescencia. Se trata de una etapa en la que el carácter y los recursos personales del joven adolescente están en proceso de desarrollo, por lo tanto existe, una dependencia del adulto para afrontar y resolver las situaciones problemáticas. En consecuencia, la reacción de un adolescente frente a la pérdida y el duelo dependerá de la etapa evolutiva en que se encuentre y también de circunstancias externas.

## Capítulo I

### Marco referencial

#### 1.1 Descripción de la institución, donde se llevo a cabo la práctica profesional V

- ✚ Nombre: Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann
- ✚ Nombre del Director: Licenciado Víctor Hernández
- ✚ Dirección: 7ma. Avenida 5-80, zona 13 Ciudad
- ✚ Números de teléfonos: 2472-0152 / 2472-0288
- ✚ Servicios que brinda: Carrera de Bachillerato Industrial y Perito en trece Especialidades:
- ✚ Horarios de atención: de 7:30 a 12:00 y de 14:00 a 18:00 hrs.
- ✚ Población que atiende: Jóvenes y señorita con el nivel básico concluido
- ✚ Tipo de Institución: Institución Pública Nacional a nivel Medio.
- ✚ Clínicas y ambientes del área de Psicología y/o Consejería: Cuenta con tres clínicas y una sala de espera, equipadas con lo necesario para brindar el servicio requerido.
- ✚ Reseña Histórica de la Institución: Fue fundado en el año de 1959 por el gobierno de Guatemala, durante el período del General Miguel Idígoras Fuentes con la ayuda del gobierno de los Estados Unidos, por medio del Dr. Imrich Fischmann Suzitski (De ahí el nombre del instituto). La finalidad de la creación de este instituto fue la de ofrecer estudios que produjeran mano de obra calificada al país, ya que era escasa en ese entonces. Como dato importante para el Instituto cabe mencionar el antecedente del proyecto para la realización del Departamento de Orientación Psicológica, mismo que fue propuesto por Aldo Guevara Instructor del taller de carpintería. Tomando el la iniciativa de crear dicho departamento, inicio con hacer el diseño de la estructura de las clínicas, elaborando una propuesta para hacérsela llegar al Director del Instituto, como se hace constar a continuación.

**VISIÓN:** Ser la base del desarrollo industrial y laboral en Guatemala, para la formación integral de ciudadanos profesionales, con un nivel académico competente para poder ingresar a las distintas universidades dentro y fuera del país. Integrando tecnología con la educación y que corresponda competente y eficazmente a las necesidades que la sociedad guatemalteca plantea y que a través de la metodología innovadora informe a profesionales industriales exitosos en las distintas áreas del sector público y privado.

**MISIÓN:** Incrementar el desarrollo de nuestra nación bajo los principios de solidaridad y cooperación de entidades visionarias consolidándose como la institución rectora de la educación dual académica técnica y en la formación de jóvenes profesionales Bachilleres Industriales y Peritos en las especialidades: Artes Gráficas, Mecánica de Mantenimiento Industrial, Dibujo de Construcción, Mecánica Diesel, Electrónica, Mecánica General, Estructuras Metálicas, Carpintería, Enderezado y Pintura de Automóviles, Refrigeración y Aire Acondicionado, Procesamiento de alimentos, Electricidad.

**PROYECCIÓN:** La proyección del Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fishmann capacita técnica y académicamente al educando, crear en él un completo sentido de organización, responsabilidad, orden y cooperación, desarrollar su capacidad para superar sus intereses individuales en concordancia con el interés social.

**ESTADO GENERAL DE LAS INSTALACIONES E INFRAESTRUCTURA:** El Instituto consta de tres edificios de un nivel, posee laboratorios y talleres en dos áreas en donde se imparte el área práctica de las trece especialidades que brinda dicho Instituto, cada laboratorio con materiales, equipo y herramientas necesarias según la especialidad. El área de formación teórica está ubicada en otro edificio tiene aulas con pupitres cada una con capacidad para 40 alumnos aproximadamente. El área de dirección y administración está en el primer edificio de las instalaciones. Al ingresar al instituto se encuentran varias casetas. Tiene parqueo interno privado. Cuenta con canchas deportivas, biblioteca, salón de computación y audiovisuales. El instituto tiene 52 años de prestar servicios y es poca o nula la remodelación que se le ha dado.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué es duelo? Es la reacción después de una pérdida de un ser amado y otras situaciones. Es un proceso que abarca los aspectos emocionales, espirituales y físicos. Todo ser humano, pasa por un proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido, pérdida de relaciones, pérdidas materiales, pérdidas, pérdida de empleo, pérdida afectiva entre otras. Por esa razón, es importante reconocer y brindar formas constructivas para que los adolescentes puedan expresar su duelo, esto ayudará a evitar un duelo complicado o prolongado. El luto es la forma cultural de expresar un duelo.

Hay diferentes tipos de duelo, de los cuales se pueden mencionar: pérdida de casa, de un vehículo por robo ó accidente, de trabajo, de algún miembro de su cuerpo, duelo por vivir en otro país, ruptura de una relación, rompimiento de amistades, separación de los padres, entre otros.

Tres facetas de la vida que organizan el equilibrio emocional de una persona son:

- El sentir
- El pensar
- El hacer

Ante una experiencia traumática como es la muerte de un ser querido, puede que esa armonía se vea alterada por una preponderancia de una de ellas. Son reacciones naturales de defensa ante algo que incomoda o hace sufrir, negar lo que sucede alrededor. Con el desarrollo tecnológico la sociedad está inundada con noticias sobre guerras, terrorismo, los asesinatos y masacres que se muestran en la televisión y en las películas. Sin embargo, resulta difícil hablar de la muerte y del duelo en la vida diaria.

La mayoría de los adolescentes comprende que la muerte es permanente, universal e inevitable. Los jóvenes de todas las edades responden a la muerte de una manera particular, y lo demuestran ya sea con llanto incontrolable, o con cambios bruscos de su conducta. Cuando un joven, se enfrenta a la muerte, necesita de alguien que lo escuche, lo tranquilice y disipe sus miedos.

En la sociedad guatemalteca la violencia ha afectado a muchas familias de diferentes niveles sociales. En este caso se enfocará en la población adolescente. Para muchos jóvenes es difícil

enfrentarse a la separación repentina de un ser querido, por lo que entran en conflicto, al querer entender la forma en que sucedió la muerte de su ser amado, si estos jóvenes no son orientados adecuadamente, puede provocar muchos sentimientos negativos, de los cuales se pueden mencionar: baja autoestima, desánimo, vulnerabilidad a adicciones, depresión, pueden llegar a ser víctimas de abuso o ser abusadores.

El duelo en el adolescente, al igual que ocurre en los adultos, tendrá una intensidad de mayor o menor grado de intimidad y vinculación con la persona fallecida, el tipo de relación que existía entre ambos y las circunstancias de la muerte.

El adolescente tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido, al mismo tiempo que hace frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad. Aunque exteriormente parezca ya un adulto, el desarrollo del cuerpo no va siempre a la par con la madurez afectiva. Es por eso que puede necesitar apoyo, comprensión y afecto para emprender el doloroso y difícil proceso de duelo.

Los adolescentes necesitan que se les permita vivir su duelo en forma intermitente, en otras palabras, el duelo del adolescente va y viene. El duelo no es algo que se "supera", se aprende a vivir sin la persona fallecida.

En los días especiales como los cumpleaños, celebración de navidad, aniversarios, graduaciones y otros momentos importantes pueden hacer que las emociones de dolor reaparezcan cuando se echa de menos al ser querido; en esos momentos la presencia tranquilizadora de adultos comprensivos, cariñosos y amorosos puede marcar la diferencia en la experiencia y en la capacidad de un adolescente para hacer frente a su duelo.

Es importante el apoyo emocional que puedan recibir por parte de su familia, amigos cercanos, y todas las personas que rodean su entorno. Los adolescentes pueden expresar su luto de formas diversas: participando de los rituales funerarios, ponerse una camisa con la foto de esa persona fallecida, regalarle globos, realizar tarjetas con un "siempre te recordaremos", escribirle cartas, cantar la música preferida del fallecido, en fin, todo aquello que ayude al joven a canalizar los sentimientos de dolor y les ayude a aprender a vivir con la pérdida. Lamentablemente muchos de

estos jóvenes no cuentan con la dicha de tener estas posibilidades, por lo que enfrentan su proceso de duelo en soledad. Los efectos negativos que pueden afectar en la vida de un adolescente, las causas y el pronóstico, si no es tratada a tiempo, siendo estos procesos y tipos de duelos lo que generan hacer la siguiente interrogante: ¿Cómo influye en la vida de los adolescentes vivir un duelo no resuelto?.

### **1.2.1 Objetivo general**

Determinar las formas, en que influye en la salud emocional de los y las adolescentes un duelo no resuelto.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Enlistar las diversas formas de los duelos que puede presentar un adolescente.

Describir las diferentes técnicas de abordaje terapéutico para tratar el duelo en el adolescente.

**1.2.3 Aporte:** El aporte que brinda este trabajo al campo de psicología Clínica, es dar a conocer el trabajo llevado a cabo con jóvenes adolescentes que están pasando por procesos de duelo, dar a conocer una investigación completa acerca del tema y como se debe llevar a cabo un seguimiento en el proceso de investigación sobre la referente temática.

## Capítulo II

### Marco Teórico

Breve descripción de la adolescencia: es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los y las jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables, cuando reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir, llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, y alcanzar que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos.

**2.1 ¿Que es el duelo?** Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia. El duelo se puede conceptualizar como un conjunto de diversas emociones, representaciones y proyecciones mentales y conductas que están ligadas con alguna pérdida afectiva, la frustración e, incluso, el dolor. De manera habitual, se considera “duelo” a todos los procesos que se desencadenan ante la pérdida de seres animados, es decir, un familiar, un amigo, maltrato, una enfermedad grave, etc., o bien, por objetos inanimados o abstractos, como puede ser un trabajo, un fracaso personal o familiar, una vivienda, entre otras.

Generalidades acerca del duelo: De manera frecuente, se puede determinar que el duelo está directamente ligado a la pérdida afectiva, cualquiera que esta sea. Varios autores, expresan que la situación vital que puede generar mayor grado de estrés por la que atraviesa una persona es la

muerte de algún hijo y la del cónyuge. El estar en duelo, es doloroso y se conduce de un intenso sufrimiento y conlleva una pérdida y ruptura con la vida anterior a dicha pérdida. Es importante mencionar que el duelo es el proceso psicológico que se produce a partir de alguna pérdida. Etimológicamente significa duellum o combate, dolus–dolor. Es la reacción frente a la pérdida de algo significativo, las cuales pueden ser desde una persona, un animal, una cosa, una relación, etc. Es una experiencia emocional humana y universal, única y dolorosa; el hecho de enfrentarse a esta pérdida se le llama elaboración de duelo y conduce a la necesidad de la adaptación a una nueva situación.

Hay que resaltar que el sentimiento de pérdida no sólo se manifiesta después de que ésta ocurre, también suele presentarse antes, como por ejemplo en el diagnóstico de una enfermedad terminal o en situaciones más triviales de la vida como el temor a perder algún objeto material o la amistad y el cariño de ciertas personas. Así, se puede entender al duelo como un sentimiento de miedo que se encuentra presente en cualquier etapa de nuestra vida, desde que somos pequeños y nuestro primer temor es vernos desamparados por parte de nuestra protectora, hasta que somos mayores, a diariamente se puede enfrentar a sufrir cualquier pérdida, lo que se vuelve un círculo vicioso que llena de angustias que en muchas ocasiones no tienen una razón bien fundamentada.

## **2.2 Diferentes clases de duelo:**

**El duelo patológico:** El duelo es un proceso, además de normal, necesario. "La evitación del duelo conlleva problemas psicológicos que pueden redundar en formas atípicas o patológicas del duelo" Tanto J. Bowlby (1983) como C.M. Parkes (1985), describen dos tipos de duelos patológicos.

**Duelo Crónico:** Las respuestas emocionales que se siguen a la pérdida perduran por largo tiempo y generalmente con mucha intensidad. Estas respuestas son, por lo general: pena, accesos de cólera y auto reproches. El síntoma principal que aparece es la depresión, la cual a menudo se combina con ansiedad. El individuo es incapaz de replanificar su vida, apareciendo una triste desorganización. Este tipo de duelo, según C.M. Parkes, suele desarrollarse cuando la relación existente con la figura perdida se caracterizaba por la dependencia.

**Duelo Evitado:** El sujeto es incapaz de elaborar el duelo, manteniendo la organización de su vida de manera muy similar a como era antes. Sin embargo, aparecen dolencias psicológicas y fisiológicas, y puede llegar repentinamente a un estado de depresión aguda. Este tipo de duelo, según C.M. Parkes, puede ocurrir frente a una pérdida inesperada. Frente a esto surgiría una reacción defensiva de shock que impediría comenzar a elaborar el duelo. Pérdida de personas con quienes se ha tenido una relación muy ambivalente. Frente a esto surgiría una primera sensación de alivio y baja ansiedad, para posteriormente aparecer la desesperación y la pena, caracterizadas por una actitud autopunitiva.

R. Florenzano, en 1983, señala la clasificación de E.K. Rynearson, la cual distingue tres tipos de duelo patológico o anormal.

**Duelo Crónico o Dependiente:** Este se produce cuando existió una relación de sobre apego con la persona perdida. Hay una relación de dependencia en la que se requiere de un continuo intercambio con el otro, para así mantener una imagen coherente de sí mismo. La muerte de esa persona lleva a una nostalgia aguda por este y un duelo prolongado. El sobreviviente se siente débil, desvalido e incapaz. Esto hace que la autoimagen del sobreviviente se organice deformando los pensamientos y las conductas centrándose en la persona perdida.

**Duelo Distorsionado:** por pérdida repentina o inesperada. En este caso lo inesperado de la noticia lleva a una angustia excesiva, junto con esto aparecen pensamientos o recuerdos intrusivos intensos. La muerte repentina puede sobrepasar a la persona, que enfrenta una y otra vez los sucesos que rodearon las circunstancias de la muerte. La elaboración del duelo en este caso se estanca en la etapa de pensamiento intrusivo y es difícil completar esta elaboración sin ayuda terapéutica.

**Duelo Conflictivo o Retardado:** En este caso en un comienzo se observa una respuesta mínima al duelo para evolucionar posteriormente en angustia o depresión prolongada. En estos casos hay dificultad en elaborar los esquemas del otro y de sí mismo, estos tienden a confundirse produciéndose una contaminación de las emociones negativas hacia la figura perdida con la propia autoimagen empobrecida y defectuosa con una baja autoestima. Al parecer en estos casos la ambivalencia emocional frente a la persona perdida es intensa. En la literatura se observan

indicadores clínicos para detectar complicaciones en el duelo, los cuales son: excesiva sensibilidad y vulnerabilidad ante las experiencias que impliquen pérdida o separación, conductas y respuestas psicológicas hiperactivas de desasosiego, acelere o necesidad de mantenerse ocupado como si el silencio o la sensación de movimiento amenazaran permitir la aparición de contenidos reprimidos indicadores de ansiedad o temores ante la muerte, en especial de los seres queridos, demasiados exacerbados. Idealización excesiva de quien murió o conductas rígidas, compulsivas que limitan la libertad y bienestar del doliente o pensamientos obsesivos, "rumiativos" y persistentes sobre el fallecido y de las circunstancias de la pérdida, dificultad para experimentar las reacciones emocionales de dolor naturales ante la pérdida, debido a excesiva constricción de la parte afectiva, confusión e inhabilidad para articular pensamientos y sentimientos relativos a quien murió, temor a intimidad de la relación con los demás y otros indicadores de dificultad en la vida afectiva relacionados con la idea y miedo de volver a perder.

### **2.2.1 Fases del duelo**

A continuación se presentan las fases del duelo, referidas por distintos autores, entre ellos se pueden mencionar a:

- **John Bowlby que ha sido un estudioso del tema del apego y la pérdida, él realiza una clasificación que ordena el proceso del duelo, diferenciando cuatro fases:**

**Fase de embotamiento de la sensibilidad:** Comienza cuando se muere el familiar y se prolonga desde algunas horas hasta una semana. Los deudos se sienten aturdidos e incapaces de aceptar la realidad. Suelen continuar con sus actividades cotidianas en forma casi automática, como si, " la muerte no fuera una realidad, como si fuera un sueño. En esta etapa aparecen episodios de rabia y dolor muy intensos.

**Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida:** Comienza algunas horas o días después de la muerte y suele durar algunos meses e incluso un año. En la medida en que comienza a aparecer la realidad de la pérdida, surgen pensamientos obsesivos respecto a la figura perdida (se le confunde en la calle, se le sueña como si estuviera viva, etc.). Aún cuando la persona sabe racionalmente que su ser querido ha muerto, experimenta un fuerte impulso a tratar de encontrarlo y a la vez de

olvidarlo. En esta fase, entonces, se mezclan el dolor, la rabia, la búsqueda inquieta y la ingratitud hacia quienes brindan ayuda. Todos estos sentimientos expresan la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida.

**Fase de desorganización y desesperanza:** Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, la persona acepta finalmente la muerte y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía.

**Fase de reorganización:** Esta última fase se inicia aproximadamente luego de un año de ocurrida la pérdida. El familiar se encuentra en condición de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a sí mismo y al nuevo contexto, el cual no incluye a la persona perdida. Esta redefinición de sí mismo es tan penosa como determinante, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa. Hasta que no se logra esta nueva definición, no pueden hacerse planes a futuro.

- **M. Horowitz, distingue cinco frases en el proceso del duelo:**

**Reacción inicial de shock.** Corresponde a la reacción inmediata luego de conocer la noticia de la muerte o pérdida. Esta confrontación súbita con la información de la pérdida provoca la aparición inmediata de una serie de estados.

**Negación.** La persona no vivencia claramente el hecho traumático. El foco de conciencia se dirige a otras preocupaciones entrando en una especie de anestesia emocional en relación al evento penoso. La persona frecuentemente está consciente de estar funcionando en forma automática, sin embargo, esto sirve como defensa frente al intenso dolor emocional experimentado. Esta etapa no es permanente, puede durar días, semanas o meses.

**Intrusión del pensamiento.** El individuo comienza a recordar a la persona muerta apareciendo en la conciencia imágenes o pensamientos relacionados con el suceso penoso, volviendo a activarse emocionalmente. En esta fase el reconocimiento del significado de la pérdida para sí mismo adquiere relevancia, pudiendo aparecer una identificación con el difunto y por lo tanto una mayor percepción de la propia vulnerabilidad ante la muerte. También en ocasiones puede aparecer culpa por haber sobrevivido al difunto.

**Elaboración.** En este período aparece una mayor racionalidad tanto para analizar lo sucedido como para considerar sus consecuencias. El dolor psíquico disminuye, como también disminuyen los altibajos emocionales. Esta etapa es denominada trabajo de duelo, ya que en ella se revisa a propia relación con el muerto en términos de sí mismo, del otro y de la relación entre ambos. En esta etapa también pueden establecerse nuevas relaciones que no son vistas como sustitutas o reemplazantes del difunto, sino que como personas diferentes con características propias.

**Completación.** Esta es la etapa final del proceso de duelo, aquí disminuyen las oscilaciones emocionales propias de las fases anteriores, existiendo una mayor coherencia interna y estados emocionales más positivos. Cuando se completa el trabajo de duelo, la persona pérdida no es olvidada, sino integrada como un recuerdo positivo que muchas veces proporciona fuerza interior para enfrentar los nuevos desafíos que trae la vida.

Las consecuencias pueden ser negativas si no se le da seguimiento o se busca ayuda profesional a tiempo, cabe mencionar que es normal padecer algunas situaciones los días recientes a la muerte del ser amado, sin embargo hay que tomar en cuenta que es un tiempo corto, si estas situaciones se alargan, se corre el riesgo que esto se vuelva crónico y pueda presentar patologías futuras.

Algunas consecuencias negativas pueden ser:

- La pérdida de apetito es significativa y dura más de una semana.
- La imposibilidad de integrarse a la comunidad y el autoaislamiento duran más de 10 días.
- La imposibilidad para levantarse de la cama dura más de 10 días.
- Un adolescente que solía ser limpio y aseado abandona su aseo personal (como el baño, el lavado general, el cuidado facial y del cabello y maquillarse) durante más de 10 días.

Obtener evaluación y ayuda inmediatamente en caso de:

- Comportamiento extremadamente inapropiado y agresivo que sea peligroso para sí mismo o para otros.
- Amenazas de muerte a otras personas.

- Señales de comportamiento suicida, como decir, "Sólo deseo matarme"; regalar pertenencias personales valiosas o ropa; o un interés especial por el tema del suicidio en las noticias, películas, música o literatura.

### **2.2.2 Conceptos de muerte:**

A) Muerte Biológica. Considera como un cese de las funciones corporales. Una persona se considera que muere cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o se detiene la actividad eléctrica del cerebro.

B) Muerte Social. Se relaciona con los rituales funerarios y de duelo, y a las disposiciones legales con respecto a la herencia de poder y riqueza.

C) Muerte Psicológica. Incluye los sentimientos de las personas acerca de su propio deceso cuando están, próximos a este y la muerte de quienes están cerca, es importante la aceptación de la muerte como parte inherente a la existencia humana.

En términos generales durante el proceso del duelo se describen una multiplicidad de sentimientos, cogniciones y conductas más o menos típicas. Entre los Sentimientos que se expresan durante duelo están: tristeza, rabia, culpa y auto reproche, ansiedad, soledad, fatiga, apatía, indiferencia, impotencia, anhelo, liberación, alivio, insensibilidad, etc. Las sensaciones físicas también se ven intensificadas en este proceso, las personas las describen como "vacío del estomago", "opresión en el pecho o garganta", "hipersensibilidad al ruido", "sensación de irrealidad", "falta de aire", "debilidad muscular", "alta de energía", "sequedad de la boca".

Con relación a lo cognitivo la persona se vuelve más incrédula, existe confusión, sensaciones de que le persona está aquí y alucinaciones, dificultad en la memoria, falta de atención y concentración. Las conductas más comunes que adquiere la persona son trastornos del sueño, comer demasiado o poco, anda continuamente distraído, se genera un aislamiento social, comienza a soñar con la persona perdida, evita los recuerdos, comienza a buscar y llamar en voz alta, suspira continuamente, hiperactividad, llanto, se visitan de lugares significativos y se realiza un atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido. Un duelo es normal, cuando las

respuestas de una persona a la pérdida son esperables y presentan síntomas y un desarrollo predecibles. Generalmente suele ser breve. Las manifestaciones del duelo suelen perdurar en el tiempo. La duración e intensidad del duelo va a depender de las condiciones que rodearon a la muerte, es decir si ha sido una muerte más o menos inesperada: Si la muerte es repentina, el shock y la negación perdurarán más tiempo. Si la muerte es esperable o inevitable el duelo puede darse desde tiempo antes de que ésta se produzca y culminar cuando se produce efectivamente la muerte.

Lo normal y esperable es una duración de entre seis meses y un año. Puede ocurrir que luego de uno o dos años persistan signos y síntomas del duelo, e incluso puede suceder que permanezca toda la vida. Pero los duelos normales se resuelven finalmente, logrando, recuperar el ánimo productivo. Generalmente a los 2 meses del fallecimiento, los signos y síntomas más agudos suelen perder fuerza con el tiempo, la persona puede adaptarse mejor (recuperar el sueño, el apetito y el funcionamiento normal. Los adultos suelen presentar una tendencia a la idealización y un recuerdo selectivo de los atributos valorados positivamente. También puede producirse la sensación de "presencia del fallecido", que puede tener una magnitud tal que aparezcan alucinaciones o ilusiones (oír al difunto, verlo, olerlo). Pero, al tratarse de un duelo normal, la persona puede darse cuenta de que esto no es real. Entre los factores que determinan el proceso de elaboración del duelo se señalan la Personalidad del doliente, relación con el difunto, los duelos previos, tipo de muerte, edad del difunto y contexto.

### **2.3 Tipos de duelo que se dan en la adolescencia**

La adolescencia es una etapa en que lo normal es lo anormal. Es un proceso de agonía, muerte y resurrección: la infancia se debate en agonía hasta que muere y da paso a la adultez. Tarea del adolescente es enfrentarse a las diversas pérdidas que se le imponen, elaborando los duelos correspondientes, lo que posibilitará la adquisición de las ganancias. Veamos algunos duelos de los adolescentes.

**Duelo por el cuerpo y sexualidad infantiles:** Los adolescentes se encuentran, sin elegirlo, con el desarrollo sexual hormonal, con cambios en los caracteres sexuales genitales y corporales, con diferentes deseos y conductas sexuales.

**Duelo por la dependencia de los padres:** Pierden en parte, y progresivamente, esa dependencia, pero aún no saben cómo hacer la independencia. Están en la contradependencia: la rebeldía contra la autoridad (sobre todo, contra la de los padres), el inconformismo, las protestas.

**Duelo por los padres de la infancia:** Si en la temprana infancia los padres están idealizados, en la adolescencia caen del pedestal o el adolescente los tira de una patada. Esto produce un vacío en el adolescente que ha de transitar.

Estos duelos hallan su equivalencia en los padres, duelo por el hijo que crece y que jamás volverá a ser un hijo niño, duelo por las tareas que ya no podrán ejercer, y de algún modo, queda señalado que la muerte está más cerca.

La adolescencia es también la reedición del drama edípico de la infancia. Así cuanto peor resueltas estén las posiciones del triángulo padre, madre e hijo, más conflictiva será la adolescencia.

Y la adolescencia es un reencuentro con la falta: con las carencias y limitaciones que todos tenemos. Yo, ni lo tengo todo ni soy todo lo que desean mis padres. El adolescente coloca sus deseos por fuera de sus padres y ha de aceptarse a sí mismo como incompleto.

### **2.3.1 El duelo en él y la adolescente**

Los y las adolescentes tienden a presentar ideas muy románticas acerca de la muerte. Están interesados en el cómo vivirán y no cuánto vivirán. Muchos aún piensan en forma egocéntrica y se hallan en un mito personal. Piensan que pueden tomar cualquier riesgo sin exponerse al peligro. No existe ninguna forma en la cual la muerte o el dolor que ella causa, haga que los adolescentes actúen. Su manera de manejar la situación es fruto de su propia personalidad. Generalmente se les pide a los adolescentes el que sea fuerte. Muchas veces el adolescente, aunque sufra intensas emociones, no las comparte con nadie, porque se siente, de alguna manera, presionado a comportarse como si se las arreglara mejor de lo que realmente lo hace. No se siente capaz de sobrevivir a su propio dolor y además se les exige que sostengan a otros. Este tipo de conflictos puede tener como resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo a esto se le llama (duelo aplazado o congelado).

El adolescente puede sentir mucha rabia, miedo, impotencia y preguntarse por qué y para qué vivir. La adolescencia suele ser ya una etapa difícil. El adolescente tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido, al mismo tiempo que hace frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad.

Es por eso que necesita todavía mucho apoyo afectivo para emprender el doloroso y difícil proceso de duelo. Es por eso que a veces puede faltarles ayuda. Como se ha mencionado antes, es frecuente que se espere del adolescente que sea adulto y se haga cargo de cuidar y ayudar al resto de la familia, sobre todo al padre o madre sobreviviente o a los hermanos más pequeños. Podemos pensar que entonces puede encontrar alivio y ayuda en sus amigos. Pero cuando se trata de la muerte, salvo que se haya vivido una situación similar, los amigos se sienten impotentes y pueden ignorarlo totalmente. El esfuerzo del adolescente para ser cada vez más independiente de sus padres, suele acompañarse de conflictos y problemas en la relación. Atraviesan un período de desvalorización de su familia es una forma normal, aunque difícil, de separarse de ellos. Si su padre o su madre fallecen mientras está alejándose física y emocionalmente de ellos, puede experimentar un gran sentimiento de culpa y de tarea inconclusa.

Aunque la necesidad de separarse es completamente natural, esta experiencia puede hacer el proceso de duelo más complicado. Los signos de un proceso de duelo en un adolescente y que requieren intervención terapéutica serían: Síntomas de depresión, insomnio, inquietud psicomotriz, baja autoestima. Se agregan fracaso escolar, o indiferencia frente a las actividades extraescolares. También deterioro de las relaciones familiares y con los amigos. Conductas de riesgo como abuso de alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales impulsivas y sin medidas preventivas. Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez. Es importante mencionar que, una gran parte del tiempo del adolescente lo pasa en su establecimiento escolar, el personal de la misma puede ser un aliado invaluable para ayudar a los adolescentes en su proceso de duelo. Ya que es importante que los catedráticos tengan buena relación y comunicación con los alumnos y más aún, cuando se sabe de un duelo en la familia, los catedráticos pueden informarse de la situación actual del adolescente y apoyarlo emocionalmente, es necesario usar la observación en este tiempo ya que en muchas ocasiones no se le da importancia, y en la mayoría de casos es necesario apoyar al adolescente enviándolo con un consejero, para evitar futuras

complicaciones en la vida de los adolescentes. Es necesario informar al consejero previo a enviar a los adolescentes y todo esto ayudara a brindarle a joven la ayuda que el necesita, y donde él se pueda sentir apoyado por su segunda familia que son sus maestros y compañeros.

**2.4 Terapias para abordar el duelo:** La aproximación general al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de este proceso dependerá, tal como se ha planteado reiteradamente de las variables asociadas. El profesional deberá diagnosticar la normalidad o patología del duelo. Es conveniente distinguir distintos tipos de trabajo clínico con relación a las terapias de duelo, es así que existen:

- Terapia centrada en soluciones (Se centra en lo que los pacientes quieren lograr a través de la terapia en lugar de en el problema o los problemas que les hizo buscar ayuda. El enfoque no se centra en el pasado, sino más bien se centra en el presente y el futuro).
- Terapia de duelo reciente,
- Terapia para duelos patológicos,
- Terapia de duelos específicos: duelo de seres queridos desaparecidos,
- Terapia de duelo en medio de una terapia que tenía otros objetivos.
- Terapia de duelo en situaciones traumáticas: atentados, catástrofes, accidentes, guerras, Terapia de pérdida de pareja por infidelidad, violencia intrafamiliar, separación.

Los principios generales del proceso terapéutico se basan en una actitud empática y de contención por parte del terapeuta. Si se presenta sintomatología depresiva y/o angustiosa muy intensa será necesario el uso de psicofármacos. El médico será cuidadoso, tendiendo a prescribir dosis bajas de antidepresivos (algún inhibidor de la recaptación de la serotonina y/o sí hay insomnio antidepresivos con efecto sedante e hipnótico. Serán utilizados psicofármacos apropiados para los cuadros clínicos concomitantes: síndrome de pánico, psicosis reactivas, trastornos del ánimo, esquizofrenia. Dentro de una terapia convencional, el terapeuta trabajará intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida.

Se puede optar por terapias individuales, grupales y/o de autoayuda, desde distintos paradigmas: psicoanalítico, sistémico, humanista, cognitivo-conductual.

### 2.4.1 Abordaje terapéutico:

Terapias para abordar a los y las adolescentes en procesos de duelos.

**La Terapia Breve Centrada en Soluciones:** es uno de los enfoques conocidos como terapias de sistemas, que se han desarrollado en los últimos 50 años, primero en los EE.UU. y, finalmente, la evolución de todo el mundo, incluida Europa. El Terapeuta Centrado en Soluciones ayuda a que el paciente pueda identificar los momentos en su vida actual en que está más cerca de dicho futuro deseado y examinar qué es diferente en tales ocasiones. Al tomar conciencia de estos pequeños logros y ayudarles a repetir las cosas que pueden lograr cuando el problema no existe o cuando no es tan grave, los terapeutas ayudan al paciente a dirigirse hacia el futuro preferido que han identificado. (Venegas Chalen, 2009) Según Worden (2007), es difícil pensar que un duelo se resuelva plenamente antes del año. Un punto de referencia para decidir si el duelo se ha terminado o no, es cuando el sobreviviente puede pensar en el fallecido sin un sentimiento de dolor.

Rituales de terapia de duelo: El duelo se concibe como una forma de despedida. Este tipo de rituales se formalizan en actos simbólicos a través de los cuales el cliente puede despedirse de la persona desaparecida. La mayoría de las modalidades de terapia de duelo son tratamientos intensivos, con frecuencia de varias sesiones semanales (Ramsay, 1977 y Volkan, 1981). Por el contrario, la terapia que incluye los rituales de despedida comienza con al menos una sesión por semana con el terapeuta, posteriormente, el énfasis se sitúa en el trabajo que el cliente ha de hacer en casa y las sesiones terapéuticas se dedican a consultas y a evaluar el progreso. Los rituales terapéuticos de despedida se componen de tres fases: (1) preparación, (2) reorganización, y (3) finalización. Después se puede hacer una ceremonia conmemorativa.

Tratamiento del Duelo Patológico: Pautas diagnósticas del duelo patológico

La descripción más precisa de lo que constituye una definición de duelo, se encuentra en la obra de Freud (1917) llamada “Duelo y melancolía”. Freud, destaca como las características propias del duelo:

A. Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc.)

B. 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).

C. Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por él.

D. Sin embargo, lo anterior constituiría las características de un duelo normal. El duelo patológico, además, tendría las siguientes características:

E. Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido, es importante conocer la relación que había con el adolescente). Tras un año de la pérdida el sujeto puede llegar a manifestar (Ramsay, 1977):

◦Estado de ánimo depresivo.

◦Recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la pérdida, o sueños recurrentes respecto a la persona perdida.

◦Reacciones de estrés (insomnio, ansiedad, etc).

El modelo Cognitivo del duelo patológico: Modelo de Bowlby

El duelo patológico consta de tres grupos de variables esenciales: (1) Características personales del individuo que sufrió la pérdida, (2) Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida y (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: Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (apego ansioso); aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros; y aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos. Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción prolongada que produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores, debido a determinadas experiencias. 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. 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. 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. Sin embargo la conexión entre el hecho de la pérdida, las experiencias infantiles, la predisposición personal, y la respuesta patológica, es vinculada cognitivamente. Esta última información a menudo no es accesible a la conciencia, y su procesamiento suele ser "inconsciente". La explicación que da Bowlby a este hecho es que los padres de alguna manera "presionaron" para que el chico/a tuviera una buena imagen de ellos, y esa presión introdujo una regla cognitiva que prohibía revisar el funcionamiento real con ellos (que se reproduce de alguna manera con la persona perdida).

Los terapeutas cognitivos-conductuales han adoptado la anterior formulación "cognitivo-dinámica" en general. Especialmente Ramsay (1977) han definido el duelo patológico como un estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida.

Técnicas Cognitivas: Su objetivo es revisar la validez de las 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 la persona fallecida.

1. Descatratroafizar: Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.

2. Reatribución: 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.

### **2.5 Estrategias terapéuticas en procesos de duelo**

Los procesos de duelo forman parte del ciclo de la vida. Se nace, se vive y se muere. Actualmente se habita en una sociedad en la que prima la rapidez y los aspectos funcionales del presente, de forma que no se suele tener tiempo de detenerse y contactar con las emociones, menos aún si son dolorosas. El objetivo principal de la estrategia terapéutica en la intervención en procesos de duelo es que la persona en duelo, o doliente, sea capaz de recordar el objeto o la persona perdida sin un dolor intenso, y ser apto de dirigir la energía emocional dentro de la propia vida, recuperando la capacidad de amar. El dolor tiene una cualidad de curación en sí mismo que es muy profunda porque fuerza a una profundidad de emoción que normalmente está por debajo del umbral de la conciencia. En la planificación de estrategias terapéuticas en procesos de duelo, es necesario subrayar que el trabajo emocional es la parte central de la intervención. Por tanto, la primera de las estrategias a desarrollar es la adaptación de la intervención a los recursos disponibles. Es recomendable disponer de salas insonorizadas que permitan la libre expresión emocional. El uso de materiales como cojines, colchonetas o bates permite llevar a cabo “ejercicios en T”, de dar patadas o de golpeo que son enormemente liberadores de emociones como la tristeza, el miedo o la rabia.

**La toma de contacto:** La vía de acceso puede ser telefónica, presencial, por correo electrónico o a través de la derivación de un profesional. Esta última alternativa, y la recomendación de otro usuario, son las formas de acceso mayoritarias de cara a iniciar el trabajo en la clínica. La primera toma de contacto consiste en la petición de una cita con el profesional de referencia en procesos de duelo, y es llevada a cabo por el personal del departamento de administración. El tiempo de espera para la primera cita suele ser breve, de entre una y dos semanas. En esta primera toma de

contacto no se dan pautas de actuación, simplemente se atiende la demanda del futuro usuario, se piden datos personales básicos, se pregunta el motivo de la demanda y se le da la cita con el profesional en cuestión.

**Las primeras entrevistas:** Las primeras entrevistas entre el profesional y el doliente son siempre de tipo individual. Hay personas que acuden a una clínica o un centro de apoyo; porque les han hablado de los grupos de duelo y quieren ingresar en uno de ellos para sentirse mejor. Siempre hay que dejar claro, que antes de un proceso terapéutico grupal, es necesario realizar una serie de entrevistas individuales previas. El objetivo de estas entrevistas individuales es el establecimiento del vínculo terapéutico, el vínculo es entendido como el proceso en el que se trata de construir una relación humana desde la empatía y el genuino aprecio por el otro tal como es, sin valoraciones críticas o morales en torno a su valía. El vínculo terapéutico entre terapeuta y paciente es la estrategia terapéutica principal e imprescindible para el desarrollo de un proceso de duelo curativo. Gracias al vínculo que se crea, el paciente puede sentirse acompañado, escuchado y entendido, lo que le permitirá la apertura y expresión de las emociones asociadas a un proceso de duelo. El vínculo terapéutico ofrece la protección que el paciente necesita para enfrentarse a las emociones dolorosas del duelo, así como para poder expresarlas de forma sana y saludable. Cuando algún paciente ha ingresado a un grupo habiendo tenido una sola o dos entrevistas individuales con el terapeuta el resultado puede ser: abandono del grupo en las primeras sesiones. Esto sucede porque el vínculo no es lo suficientemente sólido como para que el doliente se sienta con la protección necesaria para llevar a cabo el trabajo emocional, el cual se realiza en grupo.

La estrategia terapéutica en esta primera etapa de la intervención debe tener por objetivo consolidar el vínculo y la alianza terapéutica. Para ello, es recomendable permitir al paciente expresar sus emociones y su dolor en la forma que necesite hacerlo desde la primera sesión. Mostrar interés real y entender sus vivencias, acoger sus emociones, darle a entender a la persona que dispone de ese espacio para ello y que el profesional está ahí para apoyarle y permitir al paciente liberarse de su sufrimiento a través del acompañamiento en la expresión de sus emociones dolorosas. Este tipo de estrategias de intervención basadas en la escucha activa, la empatía y la presencia del profesional, son las que van a permitir consolidar un vínculo necesario para llegar a buen puerto en este proceso.

También es recomendable prestar atención a la estructura de personalidad del paciente y al canal de comunicación donde se exprese habitualmente, a fin de conseguir facilitar la conexión, la sensación de ser comprendido y el establecimiento del vínculo. En las primeras entrevistas, el terapeuta también recoge información sobre las diferentes áreas de la vida del paciente; trabajo, pasatiempos, pareja, familia formada, familia de origen. Respecto al área personal es importante obtener información acerca de los hábitos básicos de alimentación, sueño e higiene. Es habitual encontrarnos con que estos hábitos están desestructurados o afectados en un proceso de duelo, principalmente el sueño y la alimentación. Una de las primeras estrategias de intervención es dar pautas para estructurar de forma normalizada estos hábitos, debido a que el cansancio por la falta de sueño o por una dieta insuficiente influye en un estado de ánimo más inestable, lo cual puede acentuar las emociones asociadas al duelo, como la tristeza, el miedo o la rabia. Por tanto, se va a controlar que estos hábitos tengan una mínima estructuración, pidiendo al paciente que cumpla un horario de acostarse y levantarse, de comidas y de ejercicio físico. Es habitual relacionar las emociones asociadas al duelo con procesos de depresión o ansiedad. Se entiende el proceso de duelo como una reacción natural a la pérdida de un ser querido con quien el paciente tenía un vínculo afectivo. Es necesario en las sesiones iniciales normalizar la vivencia del duelo. Para ello, se suele explicar al paciente en qué consiste el proceso que se vive actualmente proporcionándole como herramienta el siguiente esquema:

**Contacto con la emoción:** No contacto, contacto total, este esquema muestra cuál es la posición ideal ante un proceso de duelo, y tomar en cuenta dos factores principales: el contacto con las emociones dolorosas y la continuidad en la realización de tareas cotidianas. Colocarse en torno al extremo derecho implica un contacto total con la emoción en confluencia, lo que impide a la persona continuar con su vida. Es la situación característica de un episodio de depresión mayor, donde la persona se siente totalmente superada y devastada por las emociones durante un período de tiempo. El otro extremo, el izquierdo del continuo, conlleva una negación del duelo y de las emociones asociadas que impiden la elaboración del duelo. Supone una evitación del contacto con las emociones dolorosas, lo cual impide su expresión y la elaboración del proceso de duelo. Son las personas que continúan con su vida como si nada hubiera sucedido, como si el fallecimiento del ser querido no hubiera ocurrido. Por tanto, lo recomendable es posicionarse en

torno a la zona intermedia del continuo, marcada por la elipse, de manera que las emociones asociadas al duelo puedan expresarse y por tanto se pueda elaborar el duelo, a la vez que la persona continúa con su vida a nivel laboral, de ocio, de pareja y personal.

## **2.6 Intervención grupal.**

En los procesos de duelo se lleva a cabo un trabajo eminentemente emocional. Duelo viene de la palabra dolor, es un dolor físico y, ante todo, es un dolor emocional. Para poder elaborar la pérdida, es necesario elaborar el dolor emocional. Es decir, el doliente necesita vivir la pérdida, sentirla, y expresar su dolor. El grupo de duelo es el espacio óptimo en la mayoría de casos por varias razones:

Permite la expresión emocional del dolor de forma abierta, en un entorno protegido y diseñado para ello bajo la guía, el cuidado y el acompañamiento de un profesional especialista.

Proporciona apoyo y comprensión a un nivel superlativo, ya que lo que todos los miembros del grupo tienen en común es estar viviendo un proceso de duelo, por lo tanto, no existe un espacio donde la persona se pueda sentir más comprendida en su dolor. Una de las demandas que se suele encontrar en consulta de manera habitual es que el doliente no se siente comprendido por su entorno y que no es escuchado como necesitaría.

Permite la creación de redes sociales una vez finalizado el grupo, lo cual suele ser una de las carencias que arrastran los miembros al principio de la intervención; por otra parte, de este modo se satisface la necesidad de pertenencia a grupos sociales y de actividades de ocio.

Es más práctico y funcional para el terapeuta que las sesiones individuales estándar de una hora de duración, pues permite atender a varios usuarios en un espacio y tiempo determinado.

Estas razones son las que hacen que una terapia grupal sea la apropiada para trabajar con un adolescente que esté pasando por un proceso de duelo, esta estrategia de intervención sirve para desarrollar la actuación terapéutica relacionada con el trabajo emocional profundo que es la parte central, primordial, liberadora y curativa en un proceso de duelo. Los grupos pueden ser formados por un máximo de ocho integrantes. Su duración puede ser de diez sesiones con una

periodicidad quincenal. Las sesiones duran entre dos horas y dos horas y media. El presente artículo se da un ejemplo plasmado de una terapia grupal, llevada a cabo con pacientes en proceso de duelo por la pérdida de un familiar cercano, como un hijo o la pareja. A continuación se presenta el modelo de una intervención de terapia grupal en la que cada participante está atravesando un proceso de duelo.

## **2.7 Ejemplo para trabajar una terapia grupal para un proceso de duelo**

### **Creación del clima de grupo de duelo.**

#### **Sesión 1.**

Al inicio de la intervención grupal, la estrategia terapéutica se encamina a crear un clima propicio, que permita la vinculación dentro del grupo y el fortalecimiento de la alianza terapéutica con el terapeuta. Por tanto, es recomendable comenzar la sesión inicial con alguna dinámica de presentación. De esta forma, los miembros del grupo se dan a conocer mutuamente a través de una metodología distendida, que relaja el ambiente y disminuye la tensión inicial y la ansiedad con la cual los miembros del grupo pueden acudir el primer día.

Aquí se propone la dinámica “La mano”. Consiste en que cada uno de los miembros, por turnos, se va presentando al resto de la siguiente forma:

El dedo pulgar. Deben decir sus datos personales básicos, como el nombre, la edad o la ciudad de procedencia.

El dedo índice. Indican cuáles son las capacidades y cualidades que considera que tiene. Se busca crear un clima distendido y conectar con las potencialidades de uno mismo.

El dedo de en medio. Comentan cosas que le guste hacer. Se busca conectar con emociones agradables y positivas que sienten al hacer estas cosas.

El dedo anular. Éxitos y triunfos en su vida. En la misma línea de conexión con emociones positivas y potencialidades desarrolladas.

El dedo meñique. Esperanzas y deseos de futuro. En este último apartado se busca abrir una luz, una puerta al final del túnel que motive al paciente a enganchar en el tratamiento. Es el objetivo en sí de la terapia de duelo, liberar del dolor y dar a la persona la oportunidad de alcanzar sus esperanzas y deseos, de vivir nuevas relaciones.

Tras la dinámica de presentación se hace necesario crear un marco que de estructura, solidez y seguridad al grupo. Esto se realiza a través de las reglas del grupo. Las reglas son pocas, claras, y suponen un compromiso para los miembros al que se deben adherir como requisito para entrar al grupo.

Como estrategia terapéutica, las reglas van a crear un marco de trabajo estructurado y protegido. La estructura y la protección son el punto de partida sobre el que edificar las estrategias de intervención en duelo, porque proporcionarán la seguridad que el doliente necesita para profundizar en su mundo emocional.

***Las reglas son:***

- 3 La confidencialidad.
- 4 Todos tienen derecho a no participar si no lo desean.
- 5 Todos tienen oportunidad de hablar. No es permitido acaparar el tiempo.
- 6 Cuando alguien hable, los demás escuchan.
- 7 No se deben permitir teléfonos celulares.
- 8 Terminar cada sesión y terminar todas las sesiones del grupo.

Tras las presentaciones y el encuadre del grupo, se pasa a comenzar la intervención directamente relacionada con el duelo. Para ello, se lanza una simple pregunta:

**“¿Qué les ha traído hoy aquí?”**

Esta pregunta conecta al doliente con su dolor, y a su vez la expresión de emociones asociadas al duelo, objetivo esencial de estos grupos y hacia el que se dirige un buen porcentaje del conjunto de intervenciones que se van a desarrollar en estos grupos. Además, permite al resto de miembros conocer la situación de duelo que está viviendo cada uno de ellos. La estrategia aquí se

encamina al desarrollo del vínculo en el grupo, ya que hay personas que comparten el mismo duelo, por ejemplo un hijo o la pareja, lo que genera un nivel de conexión y empatía altísimo entre estos miembros, y se genera un clima de escucha y comprensión que será la base sobre la que se cimiente el grupo.

Una de las estrategias que consideramos conveniente utilizar es la realización de tareas en casa. Será una intervención habitual y común en la mayoría de las sesiones. Esta estrategia permite profundizar en el trabajo del duelo a lo largo de los quince días que pasan entre cada sesión y mantener la conexión con las emociones y el proceso que están llevando a cabo. A la hora de estructurar la intervención en sesiones quincenales existe un riesgo: la persona se puede desconectar del proceso durante este tiempo y sólo hacerlo en el transcurso del tiempo que duran las sesiones. Con las tareas para la casa se busca minimizar este riesgo. Por otro lado, se prepara al paciente para la intervención en la próxima sesión, ya que en la mayoría de ocasiones, la siguiente sesión se organiza en relación a esta tarea que el paciente ha hecho a lo largo de las dos semanas intermedias. En la primera sesión, se pide a los miembros del grupo que para el próximo día traigan algún objeto que simbolice todas sus esperanzas y deseos de futuro, por ejemplo puede ser un pacha de su nieto, un viaje que deseen hacer. Esto permitirá enganchar al paciente a la intervención, motivarlo para ella y sacarlo de una posición de dolor o tristeza patológica si se encontrara anclado y fijado en ella.

Finalmente se hace el cierre de la sesión. El cierre es importante porque es necesaria, tras el trabajo emocional, una buena retirada que permita cerrar lo que se haya abierto en cada sesión. Tras contactar con su dolor se busca que cada miembro pueda retirarse cerrado, ya que no volveremos a vernos en quince días. Para ello, proponemos un cierre que será semejante para cada sesión. Se hará una rueda, donde cada miembro pondrá una palabra a su sentimiento en el aquí y ahora, a cómo es su vivencia presente y a cómo se va después de la sesión. Por último se pasa a las despedidas. Las despedidas deben fomentar la conexión y el vínculo entre los miembros por lo que no deben ser despedidas de ritual con un hasta luego o con un beso, para ello se pide que cada uno se despidan de forma individual con un abrazo, con un beso, o con lo que sea necesario para cada miembro si el otro está de acuerdo. De esta forma se termina el primer día de grupo y todos los demás días.

### **Etapa cognitiva. Sesión 2 y 3.**

La primera etapa a trabajar en un grupo de duelo tiene que ver con los estados de negación. Al iniciar un proceso de duelo se puede observar que un porcentaje importante de los casos que acuden al centro demandando ayuda se encuentran en un estado de negación respecto a su duelo.

La etapa de negación se caracteriza por ser la fase defensiva ante la pérdida. Mediante la negación el doliente anestesia el dolor ante una noticia impresionante o inesperada. Así, la persona evita el dolor de encontrarse y enfrentarse a la pérdida, de esta forma continúa haciendo planes contando con el fallecido o pensando en él como si fuera a volver en cualquier momento. Muchas personas tienen la sensación de que el fallecido está en un viaje o en unas vacaciones, y que aparecerá por la puerta en cualquier momento.

Por esta razón, la estrategia terapéutica debe encaminarse al inicio de la intervención en superar esta fase de negación del duelo, por ser irreal y entorpecer la elaboración natural del duelo. La negación pospone el hecho de enfrentarnos con la ausencia de la relación. La estrategia se puede basar en la racionalización del duelo, es decir, en hacer entender a la persona que la pérdida es real, que verdaderamente ha sucedido y que la persona no va a volver. Negación y racionalización conforman las etapas cognitivas del duelo. Una estrategia centrada en superar la negación a través de la racionalización no quiere decir que no se pueda hacer trabajo a nivel emocional en este momento del proceso. En realidad, las etapas no están estructuradas de forma cerrada o esquematizada sino que se suelen mezclar. Además, la intervención a nivel emocional es una constante a lo largo del proceso completo de duelo.

Las intervenciones que podemos llevar a cabo en torno a esta estrategia de racionalización son variadas. A continuación se desarrollan cuatro intervenciones que profundizan en esta línea. Explicación sobre conceptos relacionados con el duelo.

Al inicio del proceso el doliente se suele sentir confundido y perdido, no entiende qué ha sucedido ni lo que le está sucediendo internamente. A veces puede llegar a sentirse culpable por no haber aceptado ya la pérdida, o por llorar delante de otros familiares o amigos. Es positivo para ellos explicarles cuáles son los sentimientos que se tienen en un proceso de duelo, cuáles son

las diferentes fases por las que se pasa, y normalizar lo que están experimentando. Es aconsejable relacionar todo esto con un final del proceso donde se pueda visualizar un futuro con esperanza de cambio en torno al dolor, la ansiedad y la tristeza. Para ello, se elabora un documento titulado “Las reglas del duelo”. Es un documento que recoge un decálogo sobre lo que es adecuado y natural en un proceso de duelo, y refleja la actitud más recomendable a tener en este proceso con intención de elaborar la pérdida. Entregamos un documento a cada miembro, y se dedica unos minutos a explicarlo y comentarlo. La idea es que la persona lo pueda colocar en un lugar visible de la casa y así tenerlo presente en su vida cotidiana. El documento es el siguiente:

➤ **Las reglas del duelo**

Todas las personas no reaccionan igual ante la muerte de un ser querido.

Disimular nuestro dolor no conduce a nada positivo: bloquea la comunicación con otros familiares que pueden estar sintiendo lo mismo que nosotros.

Tras la muerte de un ser querido es normal que el mundo se vuelva caótico e inseguro.

Durante el duelo debe seguirse un control médico periódico para prevenir, tratar a tiempo o controlar ciertas enfermedades que pueden aparecer o empeorar.

Si existen factores de riesgo de un proceso de recuperación complicado o difícil, consulte a los especialistas en duelo.

Uno de los aspectos más importantes para facilitar la recuperación de los adultos que han perdido un ser querido es la educación en duelo, y la técnica más importante es la del reconfortamiento.

El revivir la experiencia (la causa de la muerte o lo que condujo a ésta) facilita la integración de la realidad de la pérdida (todo lo contrario a lo que la gente suele hacer).

El primer paso a dar cuando se quiere ayudar a alguien que intenta reponerse y recuperarse de la pérdida de un ser querido es el informarse, aprender la cultura del duelo.

¿Se puede o no llorar? Si me golpeo la espinilla, si me quemo, si me operan, si algo me sale mal, si me roban el carro o un objeto familiar muy valioso, etc., suelo llorar con amplia libertad y

plena justificación. Todas estas circunstancias son dolorosas. ¿Porqué no he de llorar entonces ante una situación que me produce un dolor total? Duele el alma, el pasado, el presente, el futuro. Duele la vida. Así, no sólo se puede llorar, sino que además, es sano. Es importante recuperar nuestras actividades cotidianas en la medida de lo posible. Esto permite tomar conciencia de que nuestra vida después de la pérdida puede continuar, e incluso ser una vida más agradable de la que ahora tenemos.

Proporcionar bibliografía de apoyo al proceso.

Esta intervención continúa la línea estratégica de explicar y tomar conciencia de las vivencias y experiencias que son normales y naturales en un proceso de duelo. Además, atendemos así una demanda habitual en el doliente que pide material de lectura para profundizar en el conocimiento del proceso que está viviendo.

### **El relato de la muerte.**

El relato de la muerte es una técnica dirigida a que la persona tome conciencia de la realidad de la pérdida. Busca integrar la aceptación de la pérdida en el doliente a través de su expresión. Esta integración es necesaria para poder superar la etapa de negación y será la puerta de entrada a la etapa emocional del duelo, donde emergen las emociones dolorosas profundas asociadas a este proceso. Cuantas más veces relata la muerte del fallecido, más real se hace su pérdida.

En el relato de la muerte se pide a la persona que reviva como si estuviera de nuevo en el suceso los últimos días y horas de la persona fallecida. Es recomendable hacer el relato utilizando el tiempo verbal presente, para aumentar la conexión con las emociones y la integración de la pérdida. La persona revive cómo fue el proceso de la muerte, dónde se encontraba ella cuando sucedió, cuáles fueron sus últimas interacciones y diálogos con la persona fallecida, de qué forma se despidió de ella, si es que pudo hacerlo. También es recomendable prolongar el relato hasta el velatorio y el entierro. Así, podemos profundizar en cómo fueron las primeras reacciones ante la muerte y chequearemos si hubo rituales de despedida o no, y cómo fue en el caso de que sí se haya hecho ritual de despedida.

### **La historia de la relación con la persona fallecida.**

El duelo es un proceso de despedida de la relación con la persona fallecida. Es un proceso donde se dice adiós a la relación que se tuvo y en donde el doliente renuncia definitivamente a ella y a lo que le aportaba esa relación. Es positivo, en este momento del proceso, hacer un recorrido que rememore los diferentes momentos vividos en dicha relación. Para ello se puede pedir al paciente que elija tres momentos importantes en la historia de la relación. Una vez los tenga, se le pide que vaya conectando, de uno en uno, con ellos. Se le preguntan por sus sentimientos en ese momento de la relación, sus pensamientos, sus mejores y peores recuerdos, sobre las cosas que hacían juntos, sobre lo que le gustaba y no le gustaba, sobre cómo se comportaba el otro con el doliente, sobre lo que le aportaba esa relación, sobre sus deseos, sobre los aspectos positivos y negativos de la relación, sobre lo que pudo aprender en esa relación. De esta forma la estrategia se encamina a racionalizar la relación, a hacer un compendio y resumen de los diferentes elementos que la componían, tanto positivos como negativos. Con esta estrategia, la persona se posiciona de modo realista ante la pérdida, va dejando atrás la etapa de negación, y comienza a conectar con las emociones dolorosas, lo que le llevará a avanzar en su proceso de elaboración de la pérdida.

Respecto a las tareas para casa en estas dos sesiones, se trabajará con el material que hayan traído los pacientes, objetos que simbolicen sus deseos y esperanzas de futuro a lo largo de ambas sesiones. Se le pide que lo pongan en común con el grupo y expliquen su simbología y la importancia que le otorgan. La intención de esta estrategia es, por un lado, mantener la motivación al tratamiento, y por otro, conectar al paciente con su capacidad de resiliencia y sus recursos a través de sus esperanzas y deseos. Al final de la tercera sesión, se les pide a los miembros del grupo una nueva tarea, la elaboración de la biografía del fallecido. Desde el principio hasta el final deben contar, como ellos la recuerden, cuál fue la vida de la persona que han perdido. No es necesario ser exhaustivos ni contrastar datos. Este ejercicio va a permitir al paciente dar por terminada la etapa de racionalización e introducirse en la siguiente fase. Es importante la forma en que cierren esa biografía, explicar lo que implica el punto y final de la última línea de la biografía que permite ir asumiendo la pérdida y dejar atrás la negación de ésta.

Estas técnicas conforman la preparación a la siguiente etapa del proceso, la etapa emocional, que es la parte central en la elaboración de la pérdida y la que permitirá realmente aceptar y superar el duelo. Ese paso hacia la aceptación supondrá para el paciente contactar con las emociones reales y auténticas del duelo. Este paso en ocasiones es tan doloroso, o más, que la propia noticia de la muerte de la persona acerca de quien se está haciendo el duelo, ya que implica la renuncia a los mecanismos defensivos que desconectaban y anestesiaban del dolor. En este momento del proceso es lógico, por tanto, que el paciente exprese un malestar mayor y más profundo, o que lo viva como un paso atrás en su proceso. Es necesario normalizar y explicar lo sucedido, de cara a tranquilizar al paciente y a disminuir las posibles tentativas de abandono de la terapia pero, sobre todo, es necesaria la contención emocional.

Todas las sesiones se comienzan con una rueda inicial, en la que los miembros del grupo irán expresando, uno a uno, cuál es su sentir y su vivencia en el aquí y ahora: la manera en que se sienten y llegan al grupo al inicio de la sesión. De esta forma, se empieza a calentar motores de cara al desarrollo de la sesión. En este momento del proceso, las estrategias terapéuticas que se emplearan tendrán la finalidad de facilitar en los pacientes la expresión de las emociones dolorosas asociadas al duelo, como la rabia, la protesta, el miedo o la tristeza. De esta forma, el doliente puede elaborar el proceso de duelo sin bloquearlo, lo que ocurriría si negara o reprimiera sus emociones de dolor o desarrollase estrategias que le evitaran contactar con ellas. Es la tristeza la emoción más presente en la mayoría de personas que están elaborando un duelo. La tristeza suele asociarse a la depresión. Hay pacientes que no se permitirán expresarla y otros que se instalan en esta tristeza y se vivencia constantemente a lo largo de las horas, los días y los meses.

Siguiendo el modelo de las etapas del duelo desarrollado por Kübler Ross en 1969, la depresión se manifiesta cuando no se puede seguir negando entonces la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le

será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

En esta parte del proceso se pueden observar numerosos síntomas depresivos que se dan como parte del duelo, sin constituirse necesariamente en una depresión, tales como: anhedonia, retraimiento social, apatía, desesperanza, pérdida de concentración y de la capacidad para tomar decisiones, síntomas fisiológicos como problemas de sueño y alimentación, etc. Por estas razones, se hace necesario planificar estrategias que permitan al paciente la expresión de su tristeza, que esta fluya. La persona vive la expresión emocional durante las sesiones como un desahogo que le libera, que le disminuye el pesar, y que le tranquiliza. Poco a poco, estos síntomas depresivos irán aliviándose. Si a ello se le suman técnicas que permitan el consuelo y el reconfortamiento, la persona además puede sentirse acompañada y apoyada por su grupo y por su terapeuta. Las intervenciones que se llevan a cabo para la expresión emocional serán variadas. Permitirán la expresión de la tristeza y la pena, también el miedo, la rabia o la culpa que van asociadas en este proceso. Realmente estas emociones se están expresando desde el inicio del proceso, ya en la primera sesión son apreciables de forma clara. La diferencia radica en que ahora se convierten en el centro de una intervención terapéutica. Algunas de las intervenciones que se realizan para permitir la expresión emocional son:

- |                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| El trabajo con fotos.  | Cartas para expresar la rabia |
| El trabajo con música. | El ejercicio físico           |
| La silla vacía.        | El contacto físico            |
| La carta de despedida. | El reconfortamiento           |

a. El trabajo con fotos.

Se busca conectar al paciente con las experiencias y vivencias compartidas con la persona de la que se despide y para ello, se hace uso de fotografías. Se le pide a la persona que busque fotos de los diferentes momentos de su relación y las traiga al grupo. Una vez aquí se le invita a compartirlas con el resto de miembros y a que vaya explicando lo que sucedía en aquella época en su relación, cómo era, cómo se sentía, los recuerdos que le trae. En todo momento se irá guiando al paciente hacia su mundo emocional preguntándole qué siente al recordar cada experiencia, cómo lo vive. Se le pide que permanezca un tiempo mirándolas y que se deje llevar por las emociones que van fluyendo, sin oponerse ni luchar. Para ello, podrá apoyarse en sus compañeros de grupo y en el terapeuta, quienes están prestándole su atención y su ánimo.

b. El trabajo con música.

Esta intervención es similar a la técnica del trabajo con fotos. Algunas personas refieren conectar con sus emociones, más fácil y profundamente a través de la música. Esto es debido a que los canales perceptivos juegan una influencia directa con la comunicación emocional, pudiendo encontrar personas que tengan más desarrollada su capacidad de conectar emociones a través del oído, por ejemplo. Se debe tener en cuenta el canal perceptivo favorito del paciente si la meta es la expresión emocional. Para las personas que conectan mejor a través del oído es recomendable utilizar música. Estas personas tienen canciones o tipos de música que les recuerdan diferentes etapas de su relación o que asocian a momentos concretos que han vivido, por ejemplo esto sucede habitualmente con viudas. Muchas de ellas refieren que no han podido volver a escuchar estas canciones que en el pasado escuchaban junto a su pareja o que si lo han hecho les ha hecho sentir un gran dolor. Pueden ser canciones o música asociadas a algún momento concreto de su relación, como la época en la que bailaban juntos. A ellas les propone que se traigan esas canciones y se les permite escucharlas en el grupo, en un clima de apoyo y contención. Los resultados suelen ser beneficiosos con este tipo de técnicas en lo que se refiere a la expresión de tristeza y también de miedo, ya que algunas personas comentan que sienten temor al pensar en volver a escuchar música, con lo que se le está permitiendo expresar y enfrentar sus miedos con la protección del grupo y del terapeuta.

c. La silla vacía.

Esta es una técnica desarrollada en primer lugar por Fritz Perls, el padre de la psicoterapia gestáltica. Consiste en colocar una silla vacía frente a la persona que va a realizar el trabajo. En esta silla se sentará a la persona acerca de la que está haciendo el duelo. El objetivo de la intervención es proporcionar un espacio al paciente en el que poder llevar a cabo una despedida lo más real y emocional posible. De esta manera, podrá expresar abiertamente su dolor e integrar todo el proceso llevado a cabo hasta ahora. Durante esta intervención el paciente se enfrenta a sus miedos y a su tristeza y permite que fluya abiertamente. Es un ejercicio intenso y potente, que demanda una gran confianza del paciente en el grupo y en el terapeuta para poder ser realizado. La capacidad liberadora es muy grande, ya que muchos pacientes se quejan de no haber podido despedirse de la persona como hubieran querido y esto les genera pesar y culpabilidad. Para realizar este ejercicio, es necesario que el paciente conecte, previamente, con sus emociones, por lo que es recomendable dedicar un tiempo para ello, previo al ejercicio. Se pedirá al paciente que cierre los ojos, que conecte con las emociones, que se deje llevar por ellas, y que cuando abra los ojos, la persona fallecida esté sentada enfrente de ella y podrá decirle todo aquello que necesite para despedirse de ella, ya que será la única oportunidad que tenga para hacerlo. Esta etapa previa es necesaria para preparar el ejercicio de manera que se genere la activación emocional suficiente para liberar el dolor que el paciente guarda en su interior.

d. La carta de despedida.

Una de las tareas que se pedirá a los miembros del grupo para hacer en casa es una carta de despedida. Con esta intervención se comienza la parte final de la etapa emocional y se inicia el paso a la última etapa, la del cierre. Por tanto, será una intervención a llevar a cabo en las últimas sesiones de esta fase del proceso. Se invita a los pacientes a escribir una carta donde expresen aquellas cosas que necesiten decirle al fallecido, o aquello que no pudieron decir en la despedida real, bien porque no se despidieron, bien porque la despedida resultó ser insuficiente. En esta técnica de intervención, el asunto de mayor importancia es cómo se hace el final de la carta. Es necesario que al final de la carta, el doliente se despida con un “adiós” o un “adiós para siempre”. Se busca que la persona definitivamente renuncie a esa relación, renuncie a recuperar a la

persona, y acepte que se ha marchado y que no va a volver. Esto es lo que le permitirá dejar marchar al fallecido y aceptar su pérdida. Cada miembro del grupo leerá la carta uno por uno, mientras el resto permanecerá en silencio escuchando y dispuesto para apoyar y proteger a la persona en lo que necesite.

e. Las cartas para expresar rabia.

La rabia es una emoción esencial dentro del proceso de duelo, como ya ha comentado. En el marco de referencia en el que se ubica la intervención, no es posible hacer un trabajo grupal en profundidad con esta emoción. Sin embargo, es necesario dar recursos al paciente para permitir la expresión sana de esta emoción. Para que la rabia se exprese de forma saludable, es necesario advertir al paciente que debe seguir tres sencillas normas para hacerlo: no dañar a nadie, no dañar a ninguna cosa, y no dañarse a sí mismo. Se le propone, que conecte con esta emoción y escriba una carta donde la pueda expresar y canalizar fuera de sí mismo. Si después de escribirla aún sigue sintiendo la rabia, se le invitará a romper la carta en mil pedazos y así continuar con la expresión de esta emoción. Además, esta será una intervención que el paciente podrá hacer por sí mismo en su casa o en su vida cotidiana, de manera que pueda mantener el contacto y la expresión de esta emoción de forma sana y saludable.

f. El ejercicio físico.

En relación a la técnica anterior y como complemento a ésta, una pauta que suele en invitar a llevar a cabo a todos los pacientes es la realización de ejercicio físico de manera habitual, como método de canalización de la rabia. En torno a dos o tres veces por semana, les recomendamos salir a correr o a practicar algún deporte de golpeo, como fútbol, tenis u otro deporte que al paciente le guste. Si es el caso de una persona mayor con dificultades para practicar estos ejercicios la recomendación consistirá en salir a caminar de 30 a 60 minutos diarios. De esta forma, además de hacer ejercicio físico, se busca sacar a la persona de su casa si está instalada en la tristeza y la apatía, como posición de afrontar el duelo.

g. El contacto físico.

Más que una técnica, el contacto físico es un principio que se debe de entender en el trabajo de duelo. Desde la primera sesión se invita a los miembros del grupo a contactar físicamente, a sentirse con libertad de tocar la mano o el hombro del compañero, siempre que esto esté bien para el otro. Al igual que algunas personas contactan con sus emociones más profundamente mediante la vista o el oído, otras personas lo hacen mediante el contacto físico. Además, con esta apertura al contacto contribuimos a crear un clima de cercanía, protección, seguridad y apoyo, que fortalecerá el vínculo terapéutico dentro del grupo.

h. El reconfortamiento.

Todo trabajo emocional debe terminar en un reconfortamiento. El reconfortamiento es la transmisión de un soporte afectivo de mayor o menor intensidad, a través del contacto físico del terapeuta o de una figura terapéutica (como puede ser un compañero de grupo, o un terapeuta), dentro del espacio de terapia. A través de ese contacto físico, se le ofrece un soporte afectivo: un amor incondicional real de mayor o menor intensidad, por el que el paciente no tiene que hacer nada especial.

Después de cada trabajo emocional, o cuando el paciente sienta la necesidad de apoyo físico y contención emocional, puede pedir ser reconfortado por cualquier miembro del grupo, si está bien hacerlo así para ambos. Esta será una técnica básica y principal en cada enfoque estratégico, pues el reconfortamiento proporciona la seguridad, el consuelo y el apoyo emocional que el paciente necesita para poder hacer frente al dolor del duelo. El reconfortamiento no tiene una única forma, puede ser un acercamiento que permita poner una mano en la pierna del paciente, o en su espalda, o un abrazo intenso de varios minutos de duración. Es una técnica con un gran poder curativo desde la expresión y la recepción de amor entre dos personas.

Etapas de cierre. Sesión 8, 9 y 10.

En esta etapa final del grupo, se lleva a cabo una intervención que permita al doliente cerrar las heridas que ha ido abriendo a lo largo del proceso. La estrategia terapéutica tiene como meta que la persona cierre estas heridas, renuncie a la relación que tenía con la persona fallecida y haga lo

que necesite para quedarse en paz consigo mismo. Para ello, se centra la intervención en tres áreas que conforman las fases de la etapa de cierre: el perdón, los agradecimientos y los nuevos apegos.

- Carta de perdón.

Se pide a cada miembro que haga un repaso completo de toda la relación con la persona fallecida, poniendo su atención en recordar los momentos o situaciones donde hiciera algo de lo que ahora se lamenta o arrepienta. Hacer un listado de las situaciones donde sienta que le falló a la otra persona, y de las que necesite disculparse. También se puede hacer un repaso de los momentos donde se haya sentido herido, decepcionado o dolido con esta persona por algo que ella hubiera hecho. Después, se invita al paciente a escribir una carta donde recoja todas estas situaciones. Se le pide que reflexione sobre cada situación escrita, y que decida si quiere pedir perdón, si prefiere no hacerlo y si quiere o no perdonar al otro por aquello que sucedió. Pero debe ser algo que decida en cada una de las situaciones, y después debe escribirlo. Esta es una tarea en la que se invita al paciente a realizar en casa y a traerla hecha al grupo. Una vez realizada, se le ofrece la oportunidad de compartirla con el resto.

- Carta de agradecimientos.

La carta de agradecimientos sigue la misma metodología de desarrollo que la intervención anteriormente explicada, la carta de perdón. Es una tarea para hacer en casa. La diferencia radica en que la temática aquí es el agradecimiento. Por ello, se invita a pensar en todos aquellos momentos y situaciones concretas que el doliente puede agradecer a la persona fallecida, haciendo un repaso a lo largo de toda la relación, de principio a fin. Se le pide que escriba la carta y de las gracias por cada momento de uno en uno, y por cada situación vivida que quiera agradecerle. Finalmente, también se invita a leer la carta y compartirla con el grupo.

Con estas dos intervenciones, se sigue una estrategia de intervención que permite a la persona ir alcanzando las metas propuestas para esta etapa de la terapia. Los participantes del grupo dicen quedarse aliviados y tranquilos, con la sensación de estar en paz, con serenidad después de hacer estos ejercicios. Esto es debido a que se les brinda la oportunidad de decir aquello que no

pudieron o no quisieron en su momento, lo cual ahora es necesario hacer para poderse vaciar en lo que respecta a su proceso de duelo.

- Dibujo del futuro.

Esta intervención se enmarca dentro de las estrategias terapéuticas relacionadas con los nuevos apegos. Se invita al paciente a hacer un dibujo de su futuro: se le anima a que plasme en el dibujo sus deseos, sus ilusiones y sus esperanzas de futuro, tal como los sienta y los visualice. De esta forma, se busca generar una imagen que recoja todo aquello que le invite a seguir viviendo y disfrutando de ello. Algo que se convierta en una motivación para el paciente, y en un nuevo objeto o relación en el que pueda enfocar y canalizar el amor y la energía que antes invertía en la relación de la que se acaba de despedir. Como estrategia de cierre en un proceso de duelo, es indispensable dedicar al menos una sesión a analizar, junto al paciente, hacia donde va a dirigir la energía que ha invertido hasta ahora en la relación de la que se despide. La necesidad radica en evitar posibles recaídas en estados emocionales dolorosos, al volver a enfocar la atención o energía de nuevo en lo mismo. Por otro lado, es una decisión natural y adaptativa, que permitirá a la persona por una parte continuar con su vida, y por otra desarrollar relaciones sanas y satisfactorias que le enriquezcan y le permitan continuar su crecimiento personal.

Fantasías y visualizaciones dirigidas.

Las fantasías y visualizaciones dirigidas suponen imaginar una situación que se desea alcanzar, con rasgos positivos. El ejercicio se realiza durante unos minutos, y se hace con los ojos cerrados para mejorar los detalles y el nivel de concreción de la situación deseable, lo que redundará en mejores resultados. Generalmente se tratará de trabajar con las dificultades que presenta el doliente. Esta intervención se enmarca dentro de la misma línea estratégica que los dibujos del futuro, en relación a preparar al doliente para afrontar la vida después de la elaboración del duelo. Se puede realizar una visualización de sí mismo imaginándose logros o situaciones de bienestar social, personal o familiar que resuelven la tendencia, que a menudo estaba larvada, de “lealtad” al ausente desde el mantenimiento del malestar. Imágenes o fantasías que integren, en definitiva, un permiso para sentirse progresivamente mejor en su propia vida.

- Rituales de despedida.

Un último aspecto a destacar en relación a los procesos de duelos son los rituales de despedida. Los rituales ayudan a manejar los sentimientos que emergen en un proceso de duelo y permiten el cierre del proceso. Siguiendo a E. Childs- Gowell, los rituales son acciones diseñadas específicamente, ya sean físicas o mentales, que se usan para cambiar nuestra percepción de la realidad. Cada Ritual que tiene un significado absoluto y profundo para quien lo realiza tendrá como resultado una transformación de personalidad y parecerá magia. Los rituales ayudan a reconocer y utilizar flujos de energía, es importante mencionar que los sentimientos son energía. Un ritual puede ser tan sencillo como encender una vela o tener algún pensamiento especial. En el ritual se crea un acontecimiento pequeño para reflejar acontecimientos mayores en la vida. Un ritual de duelo permitirá mover energía y experimentar una transformación de la relación con la persona perdida.

Los rituales de despedida son potentes estrategias que buscan cerrar las heridas abiertas durante el proceso de duelo. Por ello, se recomienda a todos los pacientes con los que se trabaje, diseñar un ritual concreto para el duelo acerca de la relación que están haciendo, como última tarea. Se les invita a terminar el proceso yendo al cementerio o al lugar donde esparcieron las cenizas del difunto. Si no han esparcido sus cenizas, se recomienda que lo hagan, insistiendo en la importancia de este hecho. Algunas personas escriben cartas, otros poemas, ponen alguna música especial, se deshacen de algún objeto con valor simbólico o lo queman. Es recomendable hacer estos rituales de despedida acompañados de los familiares más cercanos. Se busca con este ejercicio decir adiós definitivamente en compañía de los seres queridos o más allegados.

Como se indica en el resumen, la meta de las estrategias terapéuticas en los procesos de duelo se concentra en lograr que el doliente recuerde a la persona fallecida con serenidad, alegría y amor en lugar de hacerlo con tristeza, miedo, rabia o culpa. Este amor es la energía de la que se llena la persona tras el vacío de la etapa emocional, y le coloca en una posición en la que es capaz de amar y desarrollar nuevos vínculos de forma sana. En definitiva, el interés del psicólogo (a) consiste, en que se restaure esa rueda de la vida que pasa por aceptar la pérdida, expresar el duelo, adaptarse a una vida distinta y orientarse hacia nuevas relaciones.

## **Capítulo III**

### **Referente metodológico**

#### 3. Metodología utilizada

En este proceso de sistematización del proceso de práctica profesional, se aplicó el método cualitativo – descriptivo. La población atendida se explica en el capítulo uno, y se atendieron de forma oficial para el programa de la Universidad Panamericana, seis casos psicológicos, aunque se atendieron otros más por requerimientos urgentes de las autoridades del Instituto Fishmann, siendo que las necesidades de atención psicológica en dicho lugar son grandes. En los casos atendidos se utilizaron como metodología de proceso psicodiagnóstico: entrevistas a cada paciente, observación individual y observación grupal, (comportamiento en grupo y con los catedráticos), elaboración de diagnósticos diferenciales y diagnósticos multiaxiales, se aplicaron tests psicológicos siendo estos en forma individual y colectiva, de los cuales se mencionan:

- ✚ Test de la figura humana,
- ✚ Test de la familia,
- ✚ Test bajo la lluvia, CAQ,
- ✚ Test de depresión de Beck,
- ✚ Test de ansiedad de Hamilton,
- ✚ Test de perfiles personales de Disc.
- ✚ Las terapias utilizadas fueron:
- ✚ Terapia cognitivo conductual,
- ✚ Terapia Gestalt.

El programa del curso de Práctica de quinto año de licenciatura y las actividades realizadas se encuentran en el lado de anexos.

## Capítulo IV

### Presentación de resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los casos terapéuticos atendidos en la práctica profesional de quinto año de licenciatura en psicología clínica y consejería social, llevada a cabo con alumnos de cuarto año, con diferentes especializaciones, presentándose en primer lugar, el caso que generó la inquietud de la temática de “¿Cómo influye en la vida de los adolescentes vivir un duelo no resuelto?”

#### Caso No. 1

Datos generales:	Nombre: A. O Edad: 17 años Sexo: masculino Lugar de residencia: zona 7 de Mixco
Motivo de consulta:	“Vine a buscar ayuda porque me pasa que cierro los ojos y no puedo quitar de mi mente las imágenes de lo que me pasó”.
Diagnostico multiaxial:	<b>V. Evaluación Multiaxial</b> <b>EJE I:</b> Rasgos de trastorno sexual (hipersexual) Problemas de conducta compulsiva <b>EJE II:</b> ninguno <b>EJE III:</b> ninguno <b>EJE IV:</b> Problemas relativos al grupo primario de apoyo (ausencia de la madre por muerte en la familia, falta de afecto por parte de los miembros de la familia). <b>EJE V:</b> EEAG: 75
Plan terapéutico que se trabajó con el paciente fue: Conductual Cognitivo	En este caso se recomendó al padre, que dedicará tiempo de calidad a su hijo, ya que hay temas que el paciente, puede tocar solo con el padre. Se recomendó al paciente que se involucrará de lleno en las actividades de su iglesia y practicará un deporte, ya que eso ayudaría a mantener su mente ocupada. Al establecimiento se le recomendó involucrarlo en actividades que le ayude a desarrollar creatividad, y desenvolverse en algún deporte.

--	--

## Caso No. 2

Datos generales:	Nombre: I. R Edad: 16 años Sexo: masculino Lugar de residencia: zona 6 de Mixco
Motivo de consulta:	“Bajas notas en su desenvolvimiento escolar”
Diagnostico multiaxial:	<b>EJE I:</b> F34.1 Trastorno distímico (300.4) <b>EJE II:</b> Sin diagnostico <b>EJE III:</b> ninguno <b>EJE IV: Problemas relativos a la enseñanza</b> <b>EJE V:</b> 65
Plan terapéutico que se trabajó con el paciente fue: Conductual Cognitivo	<p>Se exhortó a los padres del I.R para que lo llevaran con un médico a un chequeo general, para descartar cualquier enfermedad que esté afectando en su desarrollo.</p> <p>Se recomendó comprarle vitaminas y controlarle las horas en las que se duerme por las noches.</p> <p>Se sugirió que en la medida posible traten de incorporar al paciente a algún deporte que le guste, ya que eso le ayudará a socializar y a hacer ejercicio.</p> <p>A las autoridades del Instituto se recomendó que intervinieran con el problema, ya que no es normal que el paciente se duerma en clase, porque esto afecta su desarrollo académico, al mismo tiempo se les pidió a los catedráticos sentarlo hasta adelante en sus clases, para evitar que se duerma en la parte de atrás, donde nadie lo observa.</p> <p>Involucrarlo en actividades, donde el pueda desarrollar sus habilidades.</p>

### Caso No. 3

Datos generales:	Nombre: R. R Edad: 17 años Sexo: masculino Lugar de residencia: Zona 2
Motivo de consulta:	La orientadora refiere al paciente al departamento de psicología porque tiene mal comportamiento y bajas notas. El paciente dice:” <b>No sé porque estoy aquí si no estoy loco</b> ”.
Diagnostico multiaxial:	<b>EJE I:</b> Síntomas de Trastornos de ansiedad <b>EJE II:</b> Rasgos de la personalidad histriónica <b>EJE III:</b> Hasta el momento ninguno <b>EJE IV:</b> Problemas relativos a la enseñanza, diferencias con una catedrática y bajas notas en algunas materias. <b>EJE V:</b> 65
Plan terapéutico que se trabajó con el paciente fue: Conductual Cognitivo	Se recomendó a la madre, que en la medida posible pudiera dedicarle más tiempo al paciente.  Se sugirió al paciente, que en un reciba terapias psicológicas, donde él se comprometa a colaborar y se le pueda ayudar a resolver su problemática.  Al centro educativo se le pidió involucrarlo en actividades donde el pueda desarrollar sus habilidades y relacionarse más con sus compañeros.

## Caso No. 4

<p>Datos generales:</p>	<p>Nombre: R. C.          Edad: 16 años          Sexo: femenino          Lugar de residencia: Colinas de Minerva</p>
<p>Motivo de consulta:</p>	<p>La paciente refiere: “desde hace un tiempo me he sentido muy triste, y preocupada por la mala relación con mi familia”.</p>
<p>Diagnostico multiaxial:</p>	<p><b>EJE I:</b> F34.1 Trastorno distímico [300.4]  <b>EJE II:</b> Ninguno  <b>EJE III:</b> Ninguno  <b>EJE IV:</b> Problemas relativos al grupo primario de apoyo.   <b>EJE V:</b> EEAG = 58-60 actual  <b>(Dificultades moderadas en la actividad social y familiar).</b></p>
<p>Plan terapéutico que se trabajó con la paciente fue:          Conductual Cognitivo</p>	<p>Se recomendó en este caso, que se fomentando la relación en familia, llevando a cabo actividades conjuntamente en las cuales puedan compartir tiempo de calidad.          Se sugirió a la paciente tener comunicación asertiva, y así poder comunicarse sin faltarse el respeto, de la cual se trabajaron algunas técnicas para que las ponga en práctica.          Se sugirió; que haya tolerancia por parte de los padres y que se tenga el mismo trato para los hijos, para así evitar que se den las preferencias y rivalidad entre hermanos.</p>

--	--

## Caso No. 5

Datos generales:	<p>Nombre: T. R.</p> <p>Edad: 17 años</p> <p>Sexo: femenino</p> <p>Lugar de residencia: Rodriguitos, zona 17</p>
Motivo de consulta:	<p>La orientadora refiere a la paciente al departamento de psicología porque es demasiado tímida. La paciente dice:” creo que me mandaron a Psicología, porque hay cosas en mí que tengo que cambiar”</p>
Diagnostico multiaxial:	<p><b>EJE I: F34.1 Trastorno distímico [300.4]</b></p> <p><b>EJE II:</b> Ninguno</p> <p><b>EJE III:</b> Miopía (H00-H59)</p> <p><b>EJE IV:</b> Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas académicos.</p> <p><b>EJE V:</b> EEAG = 58-60 actual</p> <p><b>(Afecto aplanado, dificultades moderadas en la actividad social y escolar, pocos amigos, conflictos con compañeros del instituto.</b></p>
<p>Plan terapéutico que se trabajó con la paciente fue:</p> <p>Conductual Cognitivo</p>	<p>Se recomendó a los padres de familia que siempre que puedan, tomaran el tiempo necesario para hablar con su hija, y darle más importancia para la compra de sus lentes, ya que esto le está afectando en sus estudios.</p> <p>Se exhortó a las autoridades del Instituto que tomen en cuenta cuando los alumnos ponen una queja en contra de otros compañeros que les intimidan. Ya que la problemática que la paciente presentó tuvo relación con el abuso escolar que estaba sufriendo en el instituto, es importante brindar charlas sobre bulín a los alumnos para hacerles conciencia del daño que causan cuando son abusadores, y a los que son abusados orientarles a que no se queden callados.</p> <p>Se sugirió involucrarla en actividades, donde ella pueda desarrollar sus</p>

	habilidades.
--	--------------

## Caso No. 6

Datos generales:	<p>Nombre: V. L.</p> <p>Edad: 17 años</p> <p>Sexo: femenino</p> <p>Lugar de residencia: La brigada zona 7 de Mixco</p>
Motivo de consulta:	<p>La profesora del taller de Artes Graficas, refirió a la paciente al departamento de psicología por manifestar “Aislamiento, y porque no le gusta trabajar en grupo con sus compañeros”.</p>
Diagnostico multiaxial:	<p><b>EJE I: F34.1 Trastorno distímico [300.4]</b></p> <p><b>EJE II:</b> Ninguno</p> <p><b>EJE III:</b> Acné</p> <p><b>EJE IV:</b> Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al grupo social.</p> <p><b>EJE V:</b> EEAG = 51-60 actual</p> <p><b>(Dificultades moderadas en la actividad social y escolar, conflictos con compañeros del instituto, en especial con los de su aula).</b></p>
<p>Plan terapéutico que se trabajó con la paciente fue:</p> <p>Conductual Cognitivo</p>	<p>Se recomendó a los padres de familia que se tomen el tiempo necesario para hablar con su hija, y darle más importancia a las actividades que ella realiza, para que ella les tenga confianza y pueda contarles las situaciones por las que pasa en su centro de estudios.</p> <p>Al mismo tiempo se recomendó a los padres de la paciente, que pongan interés en el acné que su hija sufre, que si esta en sus posibilidades, puedan llevarla con un dermatólogo, para que le den medicamento o algún tratamiento para su mejoría física ya que esto mejorará también su estado emocional y su autoestima.</p> <p>Se recomendó a las autoridades del Instituto que pongan atención al acoso que algunas señoritas sufren por parte de sus compañeros, recordando que la mayoría de la población es masculina, y en grupo los acosos se hacen más frecuentes. Al mismo tiempo involucrarla en actividades, donde ella pueda desarrollar sus habilidades y compartir tiempo con sus compañeros.</p>

## **4.1 Logros**

La práctica llevada a cabo en el Instituto Dr. Imrich Fishmann, ubicado en la zona 13 de la de esta capital, toda vez que la población, asistió entre los meses de mayo a octubre del año 2012, en su mayoría los pacientes atendidos fueron referidos por la orientadora del establecimiento educativo quien juntamente con los catedráticos de grado podían observar la necesidad de salud mental en diferentes alumnos. En el Departamento de Orientación del instituto se les proporcionó una asistencia integral, asistiendo los alumnos referidos a las terapias asignadas en los días y horarios convenidos. Es importante mencionar que se impartieron talleres con diferentes temas, en base a las necesidades observadas y expuestas por los catedráticos, de las cuales destacaron; charlas motivacionales de autoestima, valores, liderazgo. Entre otras actividades que se realizaron en grupos con los alumnos y alumnas fue, cine foro, presentando películas con mensajes positivos en las cuales se observó la atención y colaboración de los alumnos. Se logró darle cierre a todos los casos atendidos, por lo que se puede decir que los resultados fueron los esperados.

## **4.2 Limitaciones**

Una de las mayores limitantes a las que se enfrentó en el centro de práctica, fue que en los corredores siempre había alumnos y alumnas afuera de las aulas, hacían mucho ruido, por lo que interrumpían la concentración de los pacientes que se atendían en esos momentos.

Otra de las limitantes es que los baños de los varones se encuentran a la par de una de las clínicas donde se atienden a los pacientes, por lo que el mal olor que de ahí salía, hacía que fuera difícil el estar ahí y no se pudiera trabajar por la incomodidad que existía de estar en un lugar encerrado con un olor tan desagradable, por lo que en varias ocasiones, se prefería trabajar en la sala de espera con los pacientes.

## **Conclusiones**

Se concluyó que un duelo no resuelto afecta las emociones, los pensamientos y la forma de actuar de un adolescente.

Es importante que el Psicólogo (a) ubique las áreas que están siendo afectadas por el duelo que el paciente está atravesando.

Brindar al adolescente un espacio de seguridad y confianza, en el que se pueda sentir cómodo de expresar sus emociones.

Se determinó, que los adolescentes pueden sufrir diferentes tipos de duelo, los cuales no solo se hablan de pérdidas humanas sino también materiales y emocionales, estas se pueden dar por la etapa de su vida que están atravesando. Los duelos que más se trabajaron con los adolescentes fueron, pérdida de seres queridos y rompimiento de relaciones sentimentales.

La forma en que influye en la salud emocional de los adolescentes un duelo no resuelto, son negativas, y de no ser tratadas de una manera adecuada, pueden presentar baja autoestima, inseguridad, problemas de relación, aislamiento.

Se pudo observar en algunos casos, la resistencia que manifiestan los adolescentes al hablar sobre la muerte de un ser querido, preferían no conversar acerca de su situación dolorosa.

Se puede decir que los adolescentes en su mayoría, prefieren guardar sus sentimientos de dolor, por lo que es necesario orientarlos de una manera adecuada a poder expresarlos, en este caso se utilizaron pruebas proyectivas, técnica de la silla vacía, cartas de despedida.

A nivel educativo, se deben realizar investigaciones cualitativas relacionadas al proceso de duelo con el adolescente, en las cuales se incluyan entrevistas a profundidad con los maestros del adolescente, para conocer el desenvolvimiento académico y social del joven durante el proceso de duelo.

## **Recomendaciones**

Antes de iniciar un proceso terapéutico es de vital importancia, transmitir al paciente, seguridad, confianza y sobretodo asegurar la confidencialidad de la información que proporcione, siempre y cuando su vida no corra peligro.

Se recomienda que durante un proceso de duelo, sea importante propiciar un espacio para que el adolescente exprese sus emociones en cuanto a la situación o la pérdida de la persona amada.

Se recomienda que antes de iniciar un proceso terapéutico, se deba determinar qué áreas en la vida del adolescente, están siendo afectadas, y trabajar directamente en ellas.

Es importante identificar qué tipo de duelo es el que está atravesando el adolescente, al momento de iniciar su proceso terapéutico.

Se recomienda en la medida posible, involucrar a los padres o encargados del adolescente, para que estos brinden el soporte necesario a nivel familiar, además brindar las herramientas necesarias para que puedan involucrarse en el proceso de duelo de manera asertiva y beneficiosa para el adolescente y la familia en general.

Se concluyó que, para que los adolescentes se desarrollen de una manera adecuada ante una situación de duelo, es necesario apoyo familiar, apoyo en su centro de estudios, tener un círculo de amigos que brinden apoyo emocional, buscar ayuda terapéutica.

## Referencias bibliográficas

- Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arévalo, S. (2006). *El proceso de duelo no resuelto en una paciente diagnosticada con un trastorno depresivo que asiste al Instituto de Psicología*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bowlby, John. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. España: Morata.
- Buendía, L. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Barcelona: Paydós.
- Castro, M. (2011). *Coaching Tanatológico*. España: Trillas.
- Childs- Gowell, Elaine. (2003). *Rituales para un buen duelo*. México: Society Hill.
- Craig, G. (1996). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall. Gutiérrez, M.
- D. y Wendkos, S. (1999). *Psicología del desarrollo*. México: Mc. Graw-Hill.
- De Hortera, E. y Benítez, M. (2001). *Modalidades terapéuticas en el duelo*. España
- Freud, Sigmund (1915). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Gómez Sancho, M. (2004). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán ediciones.
- Hazel, L. (2009). *No hay mal que dure 100 años*. México: Época Editorial.
- Hernández, A. (2006). *Consecuencias emocionales en el duelo de dos pacientes por la muerte de la madre*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- IDECC (2011). *Diplomado de tanatología con enfoque Gestalt*. México: Mc. Graw-Hill

Kübler Ross, Elisabeth, (1993) *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Grijalbo Editorial.

*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV texto revisado, DSM-IV-TR*. (2002) España: Masson, S. A.

Navarro Serer, M. (2006). *La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir*. México: Grijalbo Editorial.

Papalia, D.E. (1984). *Desarrollo humano*. México: Edit Mc Graw-Hill

Turner, M. (2004). *Cómo hablar con niños y adolescentes sobre la muerte y el duelo*. España: Editorial Paidós.

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. España: Herder.

## Internet

[www.homestead.com/montedeoya/duelos](http://www.homestead.com/montedeoya/duelos)

[www.psiquiatria.com/psicologia/revista/20/1935/](http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/20/1935/)

## **Anexos**



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 21 de mayo 2012

Lic. Jose Victor Hernández  
Director General  
Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann  
7ª. Ave. 5-80 zona 13  
Presente

Respetable Lic. Hernández:

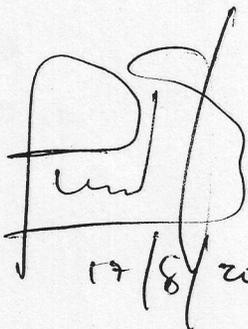
Reciba un cordial saludo de la Decanatura de la Facultad de Ciencias Psicológicas. El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que el alumno (a): CARLA EDELMIRA MORATAYA HERNÁNDEZ. Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, pueda realizar la práctica en la institución que usted dignamente dirige.

Dicha práctica se encuentra contemplada en la Programación Académica y previo a la obtención al Título de Licenciatura.

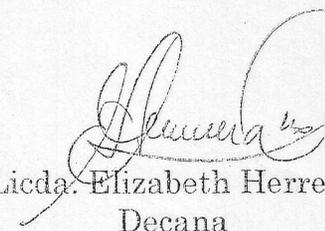
La práctica será coordinada por Licda. Cinthia Brennes quien oportunamente estará realizando el monitoreo y supervisión.

Agradezco su atención y buenos oficios, al permitir que los estudiantes puedan cumplir con un requisito académico y proyectar la filosofía y labor social de Universidad Panamericana.

Atentamente,

  
17/8/2012



  
Licda. Elizabeth Herre  
Decana  
Facultad de Ciencias Psicológicas





INSTITUTO TECNICO VOCACIONAL  
"DOCTOR. IMRICH FISCHMANN"  
7<sup>a</sup>. Avenida 5-80 zona 13.  
Guatemala.

Guatemala 16 de octubre de 2012

El infrascrito Director General del Instituto Técnico Vocacional "Dr. Imrich Fischmann",  
por este medio hace CONSTAR QUE:

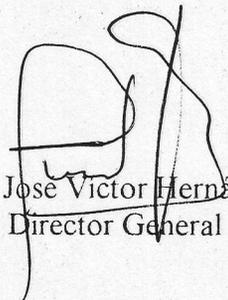
**CARLA EDELMIRA MORATAYA HERNÁNDEZ**

Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, ha concluido satisfactoriamente su práctica. Que dio inicio el día cinco de Junio y concluyo el treinta de Octubre del presente año, asistiendo los días martes en horario de 8.00 a.m. a 12:00 p. m. estipulado por el proyecto de la Carrera y Reglamento Académico

Agradecemos la participación de la alumna en mención, ya que se destacó por su puntualidad, respeto, excelente calidad humana, responsabilidad, disciplina y su alto don de servicio

Por lo anteriormente expuesto, es un gusto extender la presente, firmada y sellada, para los usos legales que a la interesada convengan, en la ciudad de Guatemala, a los treinta días del mes de Octubre del año dos mil doce.

Atentamente,

  
Lic. José Víctor Hernández  
Director General



c.c.  
archivo

# GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE PSICOLÓGICO

## I. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono. Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Referido por:

Fecha de inicio del proceso terapéutico: \_\_\_\_\_

## II. MOTIVO DE CONSULTA

### HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

### HISTORIA CLÍNICA

1. Historia prenatal:
2. Nacimiento:
3. Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres:
4. Evolución de lenguaje

5. Desarrollo escolar
6. Desarrollo social
7. Adolescencia
8. Adulthood
9. Historia Psicosexual y vida marital
10. Historia médica:
11. Antecedentes de trastornos emocionales o mentales anteriores:

### III. HISTORIA FAMILIAR

1. Genograma
2. Estructura familiar:
3. Antecedentes familiares:

### IV. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. *Presentación (descripción general):*
2. *Conducta motora y estado afectivo:*
3. *Estado cognoscitivo*
4. *Pensamiento:*
5. *Estado de ánimo:*

### V. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Nombre de prueba	Fecha de aplicación

## **VI. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

## **VII. EVALUACIÓN MULTIAXIAL**

**EJE I:**

**EJE II:**

**EJE III:**

**EJE IV:**

**EJE V:** Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

## **VIII. RECOMENDACIONES**

---

Nombre del estudiante

---

Firma del estudiante

---

Fecha del Informe

Identificación ..... Fecha .....

*En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

1.  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.  No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
 Me siento desanimado respecto al futuro.  
 Siento que no tengo que esperar nada.  
 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
3.  No me siento fracasado.  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4.  Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.  No me siento especialmente culpable.  
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 Me siento culpable constantemente.
6.  No creo que esté siendo castigado.  
 Me siento como si fuese a ser castigado.  
 Espero ser castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
7.  No estoy decepcionado de mí mismo.  
 Estoy decepcionado de mí mismo.  
 Me da vergüenza de mí mismo.  
 Me detesto.

Identificación ..... Fecha .....

8.  No me considero peor que cualquier otro.  
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
 Continuamente me culpo por mis faltas.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
9.  No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
 Desearía suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
  
10.  No lloro más de lo que solía.  
 Ahora lloro más que antes.  
 Lloro continuamente.  
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
  
11.  No estoy más irritado de lo normal en mí.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado continuamente.  
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
  
12.  No he perdido el interés por los demás.  
 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
 He perdido todo el interés por los demás.
  
13.  Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
 Evito tomar decisiones más que antes.  
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
 Ya me es imposible tomar decisiones.
  
14.  No creo tener peor aspecto que antes.  
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo  
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación ..... Fecha .....

15.  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
16.  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17.  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
19.  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI  NO
20.  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21.  No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

**TOTAL:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

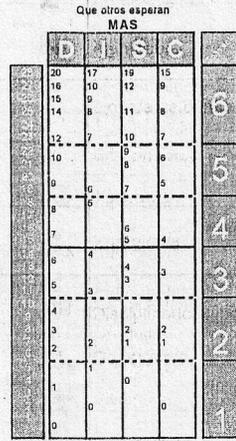
Escoja la palabra que MAS y la que MENOS le describe de cada uno de los grupos siguientes.

mas		menos		mas		menos		mas		menos	
Amable	▲	▲	Exigente	N	★	Agresivo/a	Z	N	Respetuoso/a	★	N
Persuasivo	■	N	Obediente	▲	N	Alma de fiesta	■	■	Pionero/a	Z	Z
Humilde	★	★	Indomable	Z	Z	Crédulo/a	▲	▲	Optimista	■	■
Original	N	Z	Juguetero/a	■	■	Miedoso/a	N	★	Servicial	▲	▲
atractivo/a	■	■	Valiente	Z	N	Cauteloso/a	★	★	Argumentador/a	Z	Z
Temeroso	★	★	inspirador/a	■	N	Resuelto/a	Z	N	Adaptable	★	N
Obstinado/a	Z	Z	sumiso/a	N	▲	Convincente	■	■	Indiferente	N	▲
Dulce	N	▲	Tímido	N	★	Afable	▲	N	Alegre	■	■
Muy influenciabile	N	★	Sociable	■	■	Dispuesto	▲	N	Confiado/a	▲	■
Resuelto/a	Z	Z	Paciente	▲	▲	Ansioso/a	Z	Z	Satisfecho/a	N	▲
Leal	▲	N	Seguro/a de si	Z	Z	Agradable	★	★	Seguro/a	Z	Z
Encantador/a	■	■	De voz suave	★	N	Animoso/a	N	■	Pacifico/a	★	★
Imparcial	■	N	Aventurero/a	Z	Z	Lleno/a de confianza	■	N	Llevarse bien	■	■
Complaciente	★	★	Receptivo/a	★	N	Compasivo/a	N	▲	Culto/a	N	★
Determinado/a	N	Z	Cordial	N	■	Tolerante	N	★	Vigoroso/a	Z	Z
De buen Humor	▲	▲	Moderado	▲	▲	Enérgico/a	Z	Z	Indulgente	▲	▲
Jovial	N	■	Hablador/a	■	■	Disciplinado/a	★	N	Simpático/a	■	■
Preciso/a	★	★	Dominio sobre si	▲	▲	Generoso/a	▲	▲	Exacto/a	★	N
nervioso/a	■	Z	Convencional	N	★	Vivaz	N	■	Franco/a	Z	Z
Ecuánime	▲	▲	Decisivo/a	Z	Z	Persistente	Z	Z	Acomedido/a	N	▲
Competidor/a	Z	Z	Refinado/a	N	■	Admirable	■	N	Inquieto/a	Z	Z
Considerado/a	▲	▲	Atrevido/a	Z	Z	Bondadoso/a	▲	N	Amistoso/a	▲	▲
Divertido/a	Z	■	Diplomático/a	★	N	Resignado/a	N	★	Popular	■	■
Armonioso/a	Z	★	Satisfecho/a	▲	▲	Imperioso/a	Z	Z	Piadoso/a	★	★

Grafica Mas	Grafica Menos	Diferencia
Z	Z	Z
■	■	■
▲	▲	▲
★	★	★
N	N	N n/a

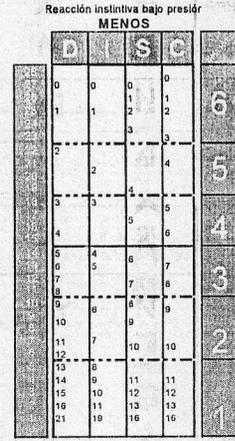
Debe sumar 24

GRAFICA I Comportamiento: Que otros esperan



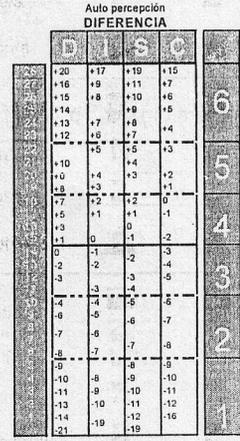
Segmento Num \_\_\_\_\_  
Pauta \_\_\_\_\_

GRAFICA II Comportamiento: Reacción instintiva bajo presión



Segmento Num \_\_\_\_\_  
Pauta \_\_\_\_\_

GRAFICA III Comportamiento: Auto percepción



Segmento Num \_\_\_\_\_  
Pauta \_\_\_\_\_

# ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN		PUNTOS
1. ÁNIMO DEPRIMIDO	0 -4	0 = ausente 1 = lo indica sólo si se le pregunta 2 = lo indica de manera espontánea	3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto 4 = expresión verbal y no verbal	
2. SENTIMIENTOS DE CULPA	0 -4	0 = ausentes 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados	3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes	
3. SUICIDIO	0 -4	0 = ausente 1 = siente que no vale la pena vivir 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte	3 = ideas o gestos suicidas 4 = intentos de suicidio	
4. INSOMNIO INICIAL	0 -2	0 = sin dificultad para dormir 1 = dificultad ocasional para dormir (más de media hora)	2 = dificultad para dormir cada noche	
5. INSOMNIO MEDIO	0 -2	0 = sin dificultad 1 = inquieto y alterado por la noche	2 = se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2 (excepto si es para ir al baño)	
6. INSOMNIO TERMINAL	0 -2	0 = sin dificultad 1 = se despierta en la madrugada pero regresa a dormir	2 = incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama	
7. TRABAJO Y ACTIVIDADES	0 -4	0 = sin dificultad 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades)	3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda	
8. RETARDO	0 -4	<i>Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora</i> 0 = habla y pensamiento normales 1 = ligero retraso 2 = retraso obvio en la entrevista	3 = entrevista difícil 4 = completo estupor	
9. AGITACIÓN	0 -4	0 = ninguna 1 = intranquilidad 2 = "juega" con las manos, el cabello etc.	3 = continuo movimiento, no puede quedarse quieto 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios	
10. ANSIEDAD PSÍQUICA	0 -4	0 = sin dificultad 1 = tensión e irritabilidad subjetivas 2 = se preocupa por detalles	3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla 4 = expresa sus temores sin que se lo pregunten	

Wyeth

**EFEXOR XR**  
(venlafaxina de liberación prolongada)

## RUEDA DE LA VIDA

ANOTE UN PORCENTAJE DE 0 A 100 EN CADA PREGUNTA, VEA EL PRIMER EJEMPLO

- |   |   |      |
|---|---|------|
| A | Entendí perfectamente la instrucción      | 100% |
| B | Me gusta ver todo tipo de programas de TV | 50%  |

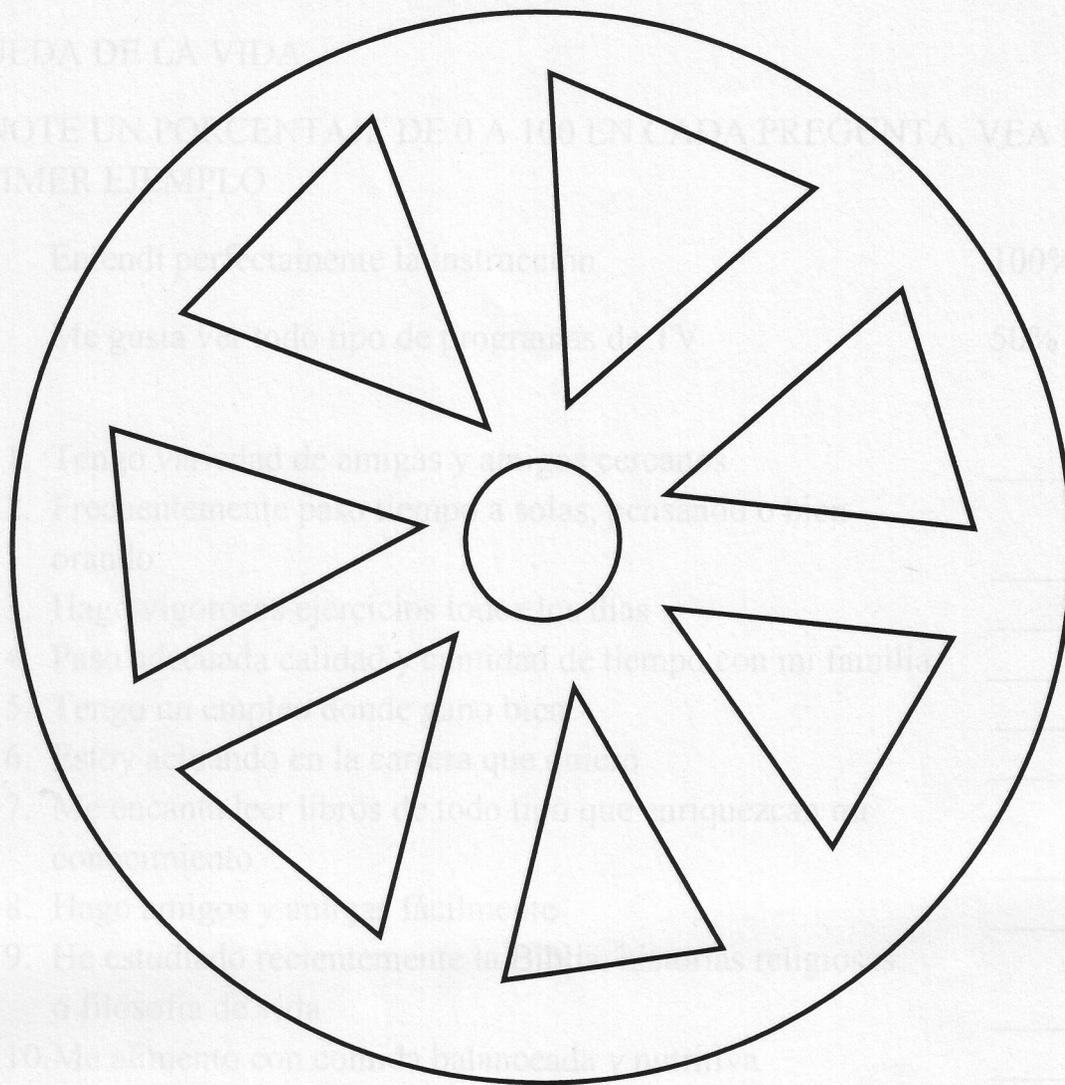
1. Tengo variedad de amigas y amigos cercanos \_\_\_\_\_
2. Frecuentemente paso tiempo a solas, pensando o bien orando \_\_\_\_\_
3. Hago vigorosos ejercicios todos los días \_\_\_\_\_
4. Paso adecuada calidad y cantidad de tiempo con mi familia \_\_\_\_\_
5. Tengo un empleo donde gano bien \_\_\_\_\_
6. Estoy actuando en la carrera que quiero \_\_\_\_\_
7. Me encanta leer libros de todo tipo que enriquezcan mi conocimiento \_\_\_\_\_
8. Hago amigos y amigas fácilmente \_\_\_\_\_
9. He estudiado recientemente la Biblia, historias religiosas o filosofía de vida \_\_\_\_\_
10. Me alimento con comida balanceada y nutritiva \_\_\_\_\_
11. Visito o llamo regularmente a la familia \_\_\_\_\_
12. Estoy creando un fondo para mi retiro \_\_\_\_\_
13. Veo grandes oportunidades para avanzar en mi carrera \_\_\_\_\_
14. Me encanta ver programas educativos en la T.V. \_\_\_\_\_
15. Me encanta conocer nuevas personas e ir a fiestas y eventos de grupos \_\_\_\_\_
16. Asisto regularmente a los servicios de mi iglesia, templo o grupo espiritual \_\_\_\_\_
17. Participo activamente en deportes \_\_\_\_\_
18. Disfruto de reuniones familiares \_\_\_\_\_
19. Tengo fondos en mi cuenta bancaria \_\_\_\_\_
20. Me gusta estudiar y soy bueno en ello \_\_\_\_\_
21. Me gusta ir a museos y bibliotecas para ver que hay de nuevo \_\_\_\_\_

# RUEDA DE LA VIDA

ANOTE EN LOS CENTROS DE 0 A 100 EN CADA PREGUNTA, VEA EL PRIMER EJEMPLO.

A. Tengo un trabajo que me gusta y me da para vivir cómodamente. 100%

B. Me gusta el tipo de personas que me rodean. 80%



10. Me acuerdo con cariño de los momentos buenos de mi vida.
11. Visito a menudo regularmente a la familia.
12. Estoy creando un futuro para mi futuro.
13. Veo grandes oportunidades para avanzar en mi carrera.
14. Me encanta ver programas educativos en la T.V.
15. Me encanta conocer nuevas personas e ir a fiestas y eventos de grupos.
16. Asisto regularmente a los servicios de iglesia, templo o grupo espiritual.
17. Participo activamente en deportes.
18. Disfruto de reuniones familiares.
19. Tengo fondos en mi cuenta bancaria.
20. Me gusta estudiar y soy bueno en ello.
21. Me gusta ir a museos y bibliotecas para ver que hay de nuevo.



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS CENTRAL**

**PRACTICA V 2012**

**HOJA DE SUPERVISION DE CASOS**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de supervisión: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Sesiones trabajadas \_\_\_\_\_ Fase: \_\_\_\_\_

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

**Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación**

**FIRMA SUPERVISIÓN** \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**

*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO**

**PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES**

**Nombre de alumno:**

**Institución de práctica:**

**INFORME MENSUAL MES DE:**

**I. Nombre de paciente:**

**Motivo de consulta:**

**Diagnóstico:**

**Avances del mes:**

---

---

---

**No. de sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**II. Nombre de paciente**

**Motivo de consulta**

**Diagnóstico:**

**Avances del mes**

---

---

---

**No. De sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**III. Nombre de paciente**

**Motivo de consulta**

**Diagnóstico**

**Avances del mes**

---

---

---

**No. de sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**IV. Nombre de paciente**

**Motivo de consulta**

**Diagnóstico**

**Avances del mes**

---

---

---

**No. de sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**PROCESO PERSONAL**

---

---

---

---

---

---

---

---



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA - CAMPUS CENTRAL**

---

**PRACTICA V 2012**

**HOJA DE REGISTRO SEMANAL**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de sesión \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ No. de sesión \_\_\_\_\_

Instrucciones: Después de terminar la sesión con el paciente, llene este formato. Sea específico, de ser posible cite literalmente.

**1. Estado mental del paciente**

**2. Áreas que fueron discutidas durante la sesión**

**3. Describa los sentimientos del paciente, cambios. Relacione la concordancia entre emociones y lo que está sucediendo en el momento de la sesión.**

**4. Ideas que le transmitió el paciente.**

**5. Intervenciones del terapeuta: describa de manera concisa y precisa lo que hizo usted durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.**

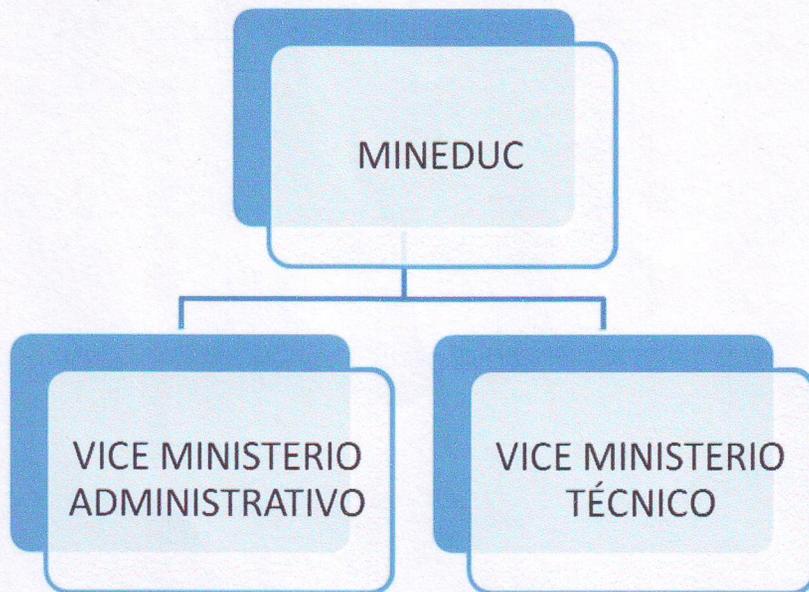
**6. Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.**

**7. Relacione esta sesión con las anteriores, dando cuenta de los cambios que encontró con respecto a su intervención.**

**8. Impresiones con respecto al terapeuta y a la intervención: exprese sus sentimientos, temores y miedos durante y después de la sesión.**

**9. Metas del terapeuta: planes para la próxima sesión.**

**10. Supervisión: haga un resumen de las dudas que necesite aclarar con su supervisor.**



Dirección General del Instituto





# INFORME DE HORAS TRABAJADAS EN CENTROS DE PRÁCTICA 2012

POR FAVOR DETALLE LA INFORMACIÓN QUE SE LE SOLICITA RESPECTO A LAS HORAS TRABAJADAS EN SU CENTRO DE PRÁCTICA

**NOMBRE DE LA ALUMNA:** Carla Edelmira Morataya Hernández

**NOMBRE DEL CENTRO DE PRÁCTICA:** Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann

**CONTACTO QUE SUPERVISÓ MI TRABAJO:** Profesora Lucrecia Noriega

**FECHA DE INICIO:** 05 de Junio de 2012

**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 30 de Octubre de 2012

FECHA DE ASISTENCIA	ENTRADA	SALIDA	TOTAL DE HORAS
05 de Junio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
12 de Junio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
19 de Junio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
26 de Junio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
03 de Julio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
10 de Julio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
10 de Julio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
17 de Julio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
24 de Julio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
31 de Julio de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
07 de Agosto de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
14 de Agosto de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
21 de Agosto de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
28 de Agosto de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
04 de Septiembre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
11 de Septiembre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas

<b>FECHA DE ASISTENCIA</b>	<b>ENTRADA</b>	<b>SALIDA</b>	<b>TOTAL DE HORAS</b>
18 de Septiembre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
25 de Septiembre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
02 de Octubre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
09 de Octubre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
16 de Octubre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
23 de Octubre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas
30 de Octubre de 2012	8:00 A. M.	12:00 A. M	4 Horas

**TOTAL DE HORAS TRABAJADAS: 92 horas**

Carla Morataya  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA PRACTICANTE**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**



## Taller Autoestima



Guatemala junio de 2012



## Autoestima

### Descripción:

Debido a la falta de valoración que existe entre los adolescentes para desenvolverse dentro de su ambiente social, familiar y personal; se elabora el presente proyecto con el fin de que estos individuos recuperen su valor como personas.

### Objetivos:

- Cambiar la mentalidad del adolescente con respecto a él mismo.
- Mejorar su calidad como persona al aceptarse tal y como es.
- Reconocer su valor como persona.
- Motivar al adolescente a desarrollarse en su entorno.

### Población a quién se dirige:

Adolescentes de 11 a 18 años, de ambos sexos, de nivel económico medio y de escolaridad diversificado.

### Metodología:

- ❖ Dinámicas de autoestima
- ❖ Charlas
- ❖ Talleres de superación
- ❖ Películas
- ❖ Test de autoestima
- ❖ Presentación de diapositivas

### Resultados o logros que se esperan:

- ❖ Interactúa mejor con su medio ambiente.
- ❖ Mejora su desarrollo personal.
- ❖ Demuestra una actitud equilibrada dentro de un marco de autoestima.
- ❖ Se valora a sí mismo.



## Marco teórico

### Autoestima:

La autoestima es quererse y valorarse a sí mismo y como consecuencia a los demás. Es darte valor y la dignidad que como ser humano tienes. Es afirmar que vales la pena, que eres competente, respetándote y enseñando a los demás a respetarse a sí mismos.

### ¿Que es la autoestima?

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

### ¿Para qué sirve la autoestima?

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja.

De modo similar, las personas con una autoestima elevada pueden manejar mejor el estrés y, cuando son expuestas al mismo, experimentan menos efectos negativos en la salud.

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. El niño, aquí, compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña.

Las opiniones de los niños acerca de sí mismos tienen un gran impacto en el desarrollo de la personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual. Por todo lo anterior, es importante el estudio de la autoestima, así como la presentación de patrones de conducta que lleven al individuo a establecer una autoestima elevada, que le permita un mejor desarrollo de sí mismo.

Por tanto, la autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no.

Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.



### ¿Cómo se origina la autoestima?

El origen de la autoestima está en nuestro entorno, en nuestro desarrollo cuando somos pequeños, y en la comunidad que nos rodea con sus malas y buenas influencias.

#### **Formación de la autoestima:**

Nadie nace con un sentimiento de valía personal. Éste se adquiere principalmente en el núcleo familiar y en la interacción con el medio ambiente. A través de sus mensajes tanto verbales como no verbales, de aceptación o rechazo, la familia nos transmite confianza. Las primeras creencias sobre uno mismo surgen de la necesidad de ser amado y aceptado por los padres y/o las personas que cuidan o protegen al niño, así que los 4 primeros años de vida son fundamentales para la formación de la autoestima. Un segundo grupo de creencias surge más adelante en la necesidad del niño por sentirse aceptado y evitar el castigo del entorno. El niño actúa ya no para sobrevivir, sino para protegerse. Llegada la adolescencia requiere confrontar todo lo que ha aprendido con el mundo. La definición que tenga de sí mismo es su recurso para lograr independencia y autonomía. La base de la autoestima equilibrada se adquiere en la infancia, se consolida durante la adolescencia y el resto de la vida se fortalece de manera independiente, al margen de la opinión de los demás.

#### **Autoestima baja:**

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de ellos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo; y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos dando un puntapié inicial a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpa, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotente y autodestructivo. Estos sentimientos son entonces tóxicos para nuestro organismo. Somos prisioneros de lo que no queremos aceptar.

Comprender la influencia del medio familiar en nosotros y aceptarla sin condenar nos permite liberarnos y disfrutar de la vida. Creer en nosotros mismos es el primer trabajo para realizar. Creer que uno está antes que el logro. Si uno no cree en uno mismo, nadie lo hará.

Indudablemente nos preguntaremos el por qué de nuestra existencia en el mundo, y tal vez no nos centremos en la búsqueda de la respuesta en sí, sino más bien en la pregunta misma. Si nos preguntamos el por qué, implícitamente damos por descontado que la existencia tiene un sentido, una finalidad, una meta. Desconocida, atemorizante, ilusionadora, esa finalidad se encuentra en un más allá en el tiempo, en un futuro que siempre se nos presenta incierto.



Considerar el tiempo como una variable categorial de la existencia es uno de los postulados de la psicología Humanística. El tiempo que nos limita y nos enfrenta con la posibilidad del no ser, de la nada, de la muerte. El tiempo que nos señala la importancia del momento presente y la labilidad del futuro, así como la presión que en nosotros ejerce nuestra biografía.

Enfrentar el no ser nos confronta con nuestra propia finitud, derribando las ideas de omnipotencia y eternidad tan propias del ser humano. No pensamos en la muerte propia como una probabilidad, a menos que alguna enfermedad médica así lo diagnostique, Y aún así, el no ser se nos presenta ajeno.

Pero el no ser no es solo la finitud de la existencia biológica en cuanto tal. Es también el conformismo a lo pautado por los otros, el acceder a la renuncia del ser propio y ajustarnos a no ser, para convertirnos definitivamente en seres inauténticos.

Desde la inautenticidad se originan los mayores sufrimientos, las enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis, y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero constituyen una fuente de insatisfacciones y de dolor: timidez, baja autoestima, vergüenza, temores, trastornos psicósomáticos.

La Psicología Humanística se basa en la fuerte creencia de la existencia de una naturaleza positiva de los seres humanos que dan una perspectiva terapéutica favorable a sus sufrimientos. La teoría de la personalidad de Rogers lo resume: "el hombre es un organismo digno de confianza. (1977). Este organismo apunta a desarrollar sus capacidades moviéndose hacia la autonomía. Esta orientación está presente en todos los seres vivos, y aunque la tendencia a la actualización se pueda suprimir no puede nunca destruirse sin la destrucción del organismo. Cada persona tiene en sí el mandato de satisfacer su potencial, por lo que la tendencia a la autorrealización es inherente a la condición humana.

### **Características de las personas con Baja autoestima (Campos y Muñoz 1992)**

- Son indecisos, se les dificulta tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Solo toman una decisión cuando tienen seguridad en un 100 por ciento que obtendrán los resultados
- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños, y los de los otros los ven grandes.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- Son aisladas y casi no tienen amigos,
- No les gusta compartir con otras personas.
- Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o en su trabajo.
- Temen hablar con otras personas.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Se dan por vencidas antes de realizar cualquier actividad.



- No están satisfechas consigo mismas, piensan que no hacen nada bien.
- No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas.
- Debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen.
- Les cuesta reconocer cuando se equivocan
- Manejan mucho sentimiento de culpa cuando algo sale mal
- En resultados negativos buscan culpables en otros
- Creen que son los feos
- Creen que son ignorantes
- Se alegran ante los errores de otros
- No se preocupan por su estado de salud
- Son pesimistas, creen que todo les saldrá mal
- Busca líderes para hacer las cosas
- Cree que es una persona poco interesante
- Cree que causa mala impresión en los demás
- Le cuesta obtener sus metas
- No le gusta esforzarse
- Siente que no controla su vida

#### **Como sanar la autoestima herida en la infancia:**

Para comenzar a ejercitarse en desaprender lo negativo que nos inculcaron y sanar a ese niño/a que quedaron escondidos y heridos en nosotros, podemos ir reemplazando las viejas ideas que construimos por otras. Repetir estas afirmaciones con frecuencia es manera de comunicarnos con nosotros mismos, de ayudarnos a adquirir seguridad y tener presentes nuestros derechos:

Realizo mis elecciones y acciones con responsabilidad y sin temor. Solo yo decido el modo como utilizo mi tiempo, pongo límites a quienes no respetan esto, hago acuerdos para combinar mi tiempo con el de otros sin someterme. Me aplico a mi trabajo con responsabilidad pero, si algo no va bien, no es porque yo sea un fracaso sino que todavía tengo que aprender más. Me hago responsable del modo cómo trato a los demás y evito repetir lo que a mí me hizo sufrir. Tengo confianza en poder resolverlo mejor posible cualquier situación. Aprendo a comunicar mis sentimientos y respeto los de otros. Cambio mis opiniones sin temor si me doy cuenta que no eran correctas. Soy una persona valiosa, capaz, creativa y estoy abierta para cambiar todos los aspectos de mi vida. Si una persona tiende a valorarse de esta manera se transforma el guía de su propia vida y está protegida de sentir culpas irracionales, de creerse incapaz, mala o inútil, de tener que complacer para ser aceptada.

#### **La autoestima equilibrada:**



Es cuando nos valoramos y reconocemos todas nuestras capacidades, habilidades y limitaciones en una base real (sin subestimarnos o sobrestimarnos), sin sentirnos ni más ni menos que nadie, respetando el comportamiento de cada ser humano.

Por lo tanto, para sentirnos mejor debemos aceptarnos como somos, querernos y reconocer lo que podemos y lo que no podemos hacer, luchar por superarnos. Debemos preguntarnos: *"¿Qué es lo que no me gusta de mí?"* y, si podemos cambiarlo, intentar hacerlo; si son cosas que no se pueden cambiar, como sucede con ciertos rasgos físicos, aceptarlo.

También es importante reconocer que siempre habrá alguien mejor que yo en algunas cosas, pero habrá muchos a quien yo pueda superar en otras. Por ello la actitud más conveniente es la de aprender siempre de los demás aquello que yo carezca, y poner mis talentos al servicio de ellos. Recuerda que de todos y cada uno de los seres humanos puedes aprender algo, al igual que ellos de ti.

#### **Características de la autoestima equilibrada:**

Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.

- ✓ Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirme culpable cuando a otros le parece mal lo que halla hecho.
- ✓ No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que halla ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- ✓ Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- ✓ Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- ✓ Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- ✓ No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- ✓ Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- ✓ Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.
- ✓ Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

#### **Autoestima alta:**



No se habla de una alta autoestima, sino del narcisismo o de una buena autoestima. El narcisismo es el amor excesivo hacia uno mismo o de algo hecho por uno mismo, por eso se dice que una persona es narcisista, cuando está enamorado de sí mismo, es decir de lo que piensa, de lo que hace, de cómo es, de cómo se viste, etc., pero no del propio ser, sino de la imagen del yo.

En relación al narcisismo hay que tener en cuenta dos elementos, uno la imagen, que es como se ve exteriormente la persona y la otra es el amor, que es el amor excesivo de la persona, hacia sí mismo.

La representación del narcisismo en el niño son simplemente las palabras e imágenes que les transmitieron sus padres, por eso se dice que los padres tienden a atribuirle al niño todas las afecciones y se niegan o se olvidan todos sus supuestos defectos.

La sobrestima:

Es cuando negamos nuestra inseguridad y nos consideramos con más valor que los demás, haciendo alarde de cualidades, habilidades o poder, y lo demostramos perjudicando a otros mediante humillación, burlas o desprecios.

#### **Características de las personas con autoestima alta:**

Tomando elementos básicos de Freud podemos hacer una aproximación, a las características de este tipo:

- Piensan que pueden hacerlo todo, no hay nadie mejor que ellos.
- Creen tener siempre la razón y que no se equivocan
- Son seguros de sí mismo en extremo, pero los hace no ver los riesgos de sus acciones.
- Creen que todas las personas los aman.
- Hablan en extremo y son escandalosos.
- No toman en cuenta a nadie para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Por lo general la gente los rechaza. Por sabelotodo.
- Se aman en forma enfermiza a sí mismo.
- Me siento atractivo (No necesariamente en el aspecto físico)
- Creen que son las personas mas interesantes de la tierra
- Tengo mucha seguridad en mi mismo
- Cree que le gana a cualquiera en todo
- Cree que es el cuerpo mas bello
- Cree que impacta a cualquiera que lo conoce
- Le gusta que lo elogien
- Cree que todas las personas están obligadas a amarlo
- Siento que realmente soy mi mejor amigo
- Cree que nunca se equivoca, pero ataca a los demás cuando se equivocan
- Siento que nadie es más que como yo como persona



- Casi siempre tengo una actitud amigable con los demás; los acepto sin juzgarlos
- Me siento feliz y plenamente a gusto conmigo mismo
- Cuida en forma enfermiza de su salud.
- Optimista en extremo
- Siente que merece tener más que los demás
- Quiere tener lo mejor en ropa, perfume, y objetos materiales.
- Ególatra, Megalómano
- Son vanidosos, pero en caso extremo llegan al narcisismo. Narciso era un hermoso joven que todos los días iba a contemplar su propia belleza en un lago. Estaba tan fascinado consigo mismo que un día se cayó dentro del lago y se murió ahogado. En el lugar donde cayó nació una flor, a la que llamaron narciso.



# Datos Recopilados durante la Práctica Supervisada de Enero a Noviembre 2012

POR FAVOR REALICE UNA LISTA DE LOS TRES ENFOQUES MÁS UTILIZADOS EN LOS ABORDAJES DE SUS PACIENTES SEGÚN LA SIGUIENTE GUÍA:

- Ⓢ COGNITIVO CONDUCTUAL
- Ⓢ PSICODINÁMICAMENTE ORIENTADOS
- Ⓢ TERAPIA SISTÉMICA
- Ⓢ HUMANISTA -EXPERIENCIAL/ FENOMENOLÓGICO- EXISTENCIAL (especifique)
- Ⓢ OTROS ENFOQUES (especifique)

- 1.
- 2.
- 3.

## ESTADO DE CASOS

	CANTIDAD
CONCLUIDOS	
CERRADOS POR INASISTENCIA	
CERRADOS CON ASPECTOS PENDIENTES	
TOTAL DE CASOS	

## DATOS DE PACIENTES POR EDADES Y SEXO:

	CANTIDAD
NIÑOS	
NIÑAS	
ADOLECENTES HOMBRES	
ADOLECENTES MUJERES	
HOMBRES	
MUJERES	
TOTAL DE PACIENTES	

---

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRACTICANTE

---



## Taller Liderazgo y Toma de Decisiones



**Alumna Consejera:**

Carla Morataya

Guatemala junio de 2012



## Liderazgo y Toma de Decisiones

### Objetivos:

- Aprender y poner en práctica la Comunicación Asertiva.
- Identificar la toma de decisiones responsables.

### Actividades:

- Para iniciar y romper el hielo, se trabajará una sopa de letras en la cual los participantes tendrán que trabajar juntos para formar la siguiente oración:

"Liderazgo y toma de decisiones"

### Contenido:

#### Liderazgo

Liderazgo es la actividad de influenciar a la gente para que se empeñe voluntariamente en el logro de los objetivos del grupo. La necesidad de un líder es evidente y real, y ésta aumenta conforme los objetivos del grupo son más complejos y amplios. Por ello, para organizarse y actuar como una unidad, los miembros de un grupo eligen a un líder. Este individuo es un instrumento del grupo para lograr sus objetivos y, sus habilidades personales son valoradas en la medida que le son útiles al grupo.

El líder no lo es por su capacidad o habilidad en sí mismas, sino porque estas características son percibidas por el grupo como las necesarias para lograr el objetivo.

El líder se diferencia de los demás miembros de un grupo o de la sociedad por ejercer mayor influencia en las actividades y en la organización de éstas. El líder adquiere status al lograr que el grupo o la comunidad logren sus metas. El líder tiene que distribuir el poder y la responsabilidad entre los miembros de su grupo.

Los líderes deben saber elegir el momento oportuno; su estilo y aptitudes deben adecuarse a las necesidades de su grupo.



### Las 21 Cualidades indispensables de un Líder

1. Carácter
2. Carisma
3. Compromiso
4. Comunicación
5. Capacidad
6. Valentía
7. Discernimiento
8. Concentración
9. Generosidad
10. Iniciativa
11. Escuchar
12. Pasión
13. Actitud Positiva
14. Solución de Problemas
15. Relaciones
16. Responsabilidad
17. Seguridad
18. Autodisciplina
19. Servicio
20. Aprender
21. Visión

#### Actividad:

Se le dará un mensaje a un joven y él se lo trasladará al de su lado derecho al oído y así sucesivamente hasta llegar al último. El último deberá revelar lo que escucho y ahí se podrá comprobar que tan completo se transmitió el mensaje. ("Todo depende de ti, de tu participación, compromiso contigo mismo, apertura y entrega")

El objetivo es que evalúen la importancia de saber comunicarse asertivamente.



## Comunicación

Es el intercambio de mensajes entre el emisor y receptor. Existen tres tipos de comunicación: Pasiva, agresiva y asertiva.

### Tipos de Comunicación:

**Comunicación Pasiva:** Es la expresión débil de los propios sentimientos, creencias u opiniones que permiten la violación de los derechos de la persona.

**Comunicación Agresiva:** Es la expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás.

**Comunicación Asertiva:** Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Esta se caracteriza por: Ser clara y efectiva, concreta, honesta, positiva, constructiva, responsable.

En la comunicación es muy importante ser breve y no hablar de todo al mismo tiempo. Es conveniente ir de un punto concreto, para luego pasar a otro, sin mezclarlos o combinarlos con reproches sobre el pasado ni exigencias para el futuro. Hay que ofrecer escuchar y responder abiertamente.

### Actividad:

Se dará una hoja de trabajo para evaluar la comprensión del tema y al final de esta se pedirá que resalten la respuesta que utilizan con mayor frecuencia y se les hará la respectiva reflexión para que aprendan a utilizar la comunicación asertiva.

“Cuando me comunico asertivamente: gano más seguridad en mi mismo, controlo mejor mis emociones, digo mejor las cosas que pienso y siento, sin ofender a los demás y así me evito muchos problemas con mis compañeros de clase, familiares y amigos.”

¿¿Cómo tomar decisiones asertivas??

La toma de decisiones en la vida de todo ser humano es el proceso a través del cual una persona debe escoger entre dos o más alternativas para darle solución a determinada situación.



**Pasos a seguir en la toma de decisiones:**

1. Pensar: ¿Qué alternativas tengo?
2. Informar: Reunir información considerando valores personales, opiniones, hechos y metas.
3. Ventajas/Desventajas: Hacer un listado de ventajas y desventajas de cada alternativa.
4. Decisión: Tomar la decisión y hacer una lista de las razones para esta elección.

**Actividad:**

Se dará un tiempo para que como grupo trabajen sobre algún momento que como grupo hayan tenido que tomar una decisión importante y decidir entre dos opciones.

En esta actividad se recalcará la importancia de los pasos explicados y su importancia.

Para terminar y hacer cierre de la actividad se dirá a manera de reflexión:

"Cuando permito que otros tomen decisiones por mí, me arriesgo a sentirme mal conmigo mismo."

"Tomar decisiones arrebatadas puede ocasionarme grandes problemas."

"Nadie puede presionarme a tomar una decisión si yo no estoy preparado para tomarla"



## Actividades

**Instrucciones:** Responde de manera PASIVA, AGRSIVA Y ASERTIVA, a cada una de las siguientes situaciones, observa el ejemplo.

Alguien te pide que tengas relaciones sexuales a cambio de dinero.

Respuesta pasiva: "Esta bien"

Respuesta agresiva: ¿Qué crees que soy yo? ¿A caso tengo un letrero que dice "se vende"?

Respuesta asertiva: "Lo siento mucho, no me interesa".

### 1. Te invitan a una fiesta esta noche y tú no quieres asistir.

Respuesta Pasiva \_\_\_\_\_

Respuesta Agresiva \_\_\_\_\_

Respuesta Asertiva \_\_\_\_\_

### 2. Alguien te pide tener relaciones sexuales sin protección.

Respuesta Pasiva \_\_\_\_\_

Respuesta Agresiva \_\_\_\_\_

Respuesta Asertiva \_\_\_\_\_

### 3. Te están presionando para que tomes alcohol.

Respuesta Pasiva \_\_\_\_\_

Respuesta Agresiva \_\_\_\_\_

Respuesta Asertiva \_\_\_\_\_

### 4. Alguien te pide que guardes cosas robadas en tu casa.

Respuesta Pasiva \_\_\_\_\_

Respuesta Agresiva \_\_\_\_\_

Respuesta Asertiva \_\_\_\_\_

### 5. Te están presionando para que consumas drogas.

Respuesta Pasiva \_\_\_\_\_

Respuesta Agresiva \_\_\_\_\_

Respuesta Asertiva \_\_\_\_\_

### 6. Alguien te pide que te robes el examen final de matemáticas.

Respuesta Pasiva \_\_\_\_\_

Respuesta Agresiva \_\_\_\_\_

Respuesta Asertiva \_\_\_\_\_



**Para Pensar:**

**Instrucciones:** Responde a las siguientes preguntas.

1. ¿Dices lo que piensas o sientes con facilidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿En qué situaciones se te dificulta decir lo que piensas o lo que sientes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿En qué situaciones es más fácil para ti decir lo que piensas o lo que sientes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿En qué situaciones debes decir NO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECUERDA:**

"Cuando me comunico asertivamente: gano más seguridad en mi mismo, controlo mejor mis emociones, digo mejor las cosas que pienso y siento, sin ofender a los demás y así me evito muchos problemas con mis compañeros de clase, familiares y amigos."



## Taller Valores



**Alumna Consejera:**

Carla Morataya

Guatemala junio de 2012





## Valores

### Descripción:

Se ha podido constatar que la conducta de los jóvenes puede verse peligrosamente afectada por el debilitamiento de los valores morales; de ahí la necesidad de atender a la formación, fortalecimiento y desarrollo de los valores en las nuevas generaciones. La formación de valores es una tarea pedagógica que debe asumir la familia, la escuela y otras instituciones socializadoras.

### Objetivos:

- Promover los valores en los estudiantes como personas.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Reflexionar sobre la importancia que implica tener y practicar los valores morales.
- Que los estudiantes reconozcan que los valores no son una opción, sino una necesidad.

### Población a quién se dirige:

Adolescentes de 16 a 20 años, de ambos sexos, de nivel económico medio y de escolaridad diversificado.

### Metodología:

- ❖ Dinámicas de valores
- ❖ Charlas motivacionales
- ❖ Talleres
- ❖ Películas
- ❖ Presentación de diapositivas

### Resultados o logros que se esperan:

- ❖ Mejoren sus relaciones interpersonales.
- ❖ Lleven a cabo una vida proactiva en lo personal y en la sociedad.
- ❖ Demuestren una actitud correcta frente a las circunstancias que deban enfrentar.





## Marco teórico

### Valores morales:

Son herramientas que engalanan a una persona, ya que el resultado de ello es una conducta deseable. Esto no se conseguiría si los valores no tuvieran el ingrediente principal, el cual es la moral.

### ¿Qué es la moral?

Es el conjunto de creencias, normas y circunstancias a través de las cuáles se puede determinar si una persona a lo largo de toda su vida logró ser buena persona, además su contribución en su grupo social que determinará el comportamiento a obrar característico (es decir, que orienta acerca del bien o del mal, lo correcto o incorrecto— de una acción).

La moral son las reglas o normas por las que se rige la conducta de un ser humano en concordancia con la sociedad y consigo mismo. La existencia de acciones y actividades susceptibles de valoración moral se fundamenta en el ser humano como sujeto de actos voluntarios. Por tanto, la moral se relaciona con el estudio de la libertad y abarca la acción del hombre en todas sus manifestaciones.

### ¿Para qué sirven los valores morales?

Promueven la autonomía e independencia de la persona, reclamando del mismo una mayor participación y responsabilidad consciente, con la finalidad de lograr el aprendizaje requerido. La persona por sí mismo necesita conocer cómo se fue templando su carácter hasta convertirse en un joven con muchas virtudes y valores positivos.

En el caso de estudiantes es el maestro quien debe dirigir este proceso de análisis en el grupo y llamar la atención de los estudiantes sobre aquellos valores positivos que se desea formar en ellos, su honestidad en el estudio; la sencillez con que se relacionan, la responsabilidad ante cualquier tarea que se le asigna, la caballerosidad en los varones, la laboriosidad que se pone de manifiesto ante cualquier responsabilidad asignada.

### Formación de los valores:

Toda sociedad tiene como objetivo esencial formar y preparar a cada persona para su plena incorporación a la vida social y cumplir cabalmente su función y tareas en beneficio de ella.

El estudiante estará en condiciones de formar sus valores en la medida en que deje de ser un ente reproductivo, que repite mecánicamente la información que recibe y se convierta en un sujeto que procesa



información y construye conocimientos a partir de sus intereses y conocimientos previos, sobre la base de un proceso profundo de reflexión, en el que toma partido y elabora puntos de vista y criterios propios.

Por otra parte el desarrollo del estudiante como sujeto de aprendizaje y su educación en valores es posible en la medida que el docente diseñe situaciones de aprendizaje que propicien que el estudiante asuma en su actuación una posición activa, reflexiva, flexible, perseverante. Por ello es importante el carácter orientador del docente en la formación de los valores. La utilización de métodos participativos en el proceso de enseñanza-aprendizaje propicia la formación y desarrollo de la flexibilidad, la disposición activa, la reflexión personalizada, la perseverancia y la perspectiva mediata en la expresión de los valores, como parte de la regulación de la conducta del estudiante.

Sólo creando espacios de reflexión en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los que el estudiante aprenda a valorar, a argumentar sus puntos de vista, a defenderlos ante los que se oponen a ellos, espacios en los que el estudiante tenga libertad para expresar sus criterios, para discrepar, para plantear iniciativas, para escuchar y comprender a los demás, para enfrentarse a problemas con seguridad e independencia, para esforzarse por lograr sus propósitos, espacios en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los que sean los docentes guías de sus estudiantes, modelos de profesionales, ejemplos a imitar, sólo en estas condiciones se estará contribuyendo a la educación en valores del estudiante.

**Los valores a trabajar y reforzar son:**

- Honestidad
- Respeto
- Amor
- Perseverancia
- Responsabilidad
- Compromiso



INSTALACIONES INTERNAS DEL  
INTITUTO IMRICH FISHMANN



**JÓVENES RECIBIENDO CLASES EN TALLER DE HERRERÍA**



**PREPARANDO MATERIAL PARA ADORNAR LAS CLÍNICAS QUE SE ASIGNARON  
PARA TRABAJAR CON LOS ALUMNOS.**



# IMPARTIENDO EL PRIMER TALLER DE AUTOESTIMA JUNTO A LAS COMPAÑERAS



ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS ALUMNOS EN EL TALLER DE VALORES EN  
EL QUE PARTICIPARON



## IMPARTIENDO TALLERES A LOS ALUMNOS



## APLICANDO PRUEBAS A LOS ALUMNOS DE 5TO. AÑO DE ARTES GRAFICAS



## SUPERVISIÓN DE PRÁCTICA

