

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN
PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE
EDAD”**

SARA NOEMI GERÓNIMO MÉNDEZ
CARMEN CELESTE ESTRADA SANTOS

GUATEMALA, JULIO DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN
PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

SARA NOEMI GERÓNIMO MÉNDEZ
CARMEN CELESTE ESTRADA SANTOS

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

GUATEMALA, JULIO DE 2013



CONSEJO DIRECTIVO

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia

SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Córdón Osorio

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 215-2012
CODIPs. 1163-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de julio de 2013

Estudiantes
Sara Noemi Gerónimo Méndez
Carmen Celeste Estrada Santos
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SEXTO (16°.) del Acta VEINTISEIS GUIÓN DOS MIL TRECE (26-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 26 de junio de 2013, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: “**APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Sara Noemi Gerónimo Méndez
Carmen Celeste Estrada Santos

CARNÉ No. 2008-20614
CARNÉ No. 2008-21329

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Eugenia Paredes Marroquín, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Inscripción
CUM/USAC
RECEBIDO
Firma: [Signature] HORA: 14:30 Registro: 2013-12

CIEPs 413-2013
REG: 215-2012
REG: 445-2012

INFORME FINAL

Guatemala 19 de junio 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD.”

ESTUDIANTE:
Sara Noemi Gerónimo Méndez
Carmen Celeste Estrada Santos

CARNÉ No.
2008-20614
2008-21329

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 13 de junio del presente año y se recibieron documentos originales completos el 18 de junio, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez

~~COORDINADORA UNIDAD DE GRADUACIÓN~~

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM -

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaopsic@usac.edu.gt

CIEPs. 414-2013

REG 215-2012

REG 445-2012

Guatemala, 19 de junio 2013

**SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS"
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO**

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD."

ESTUDIANTE:

Sara Noemi Gerónimo Méndez

Carmen Celeste Estrada Santos

CARNÉ No.

2008-20614

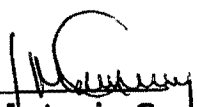
2008-21329

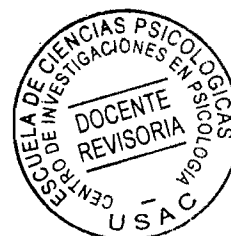
CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 23 de mayo del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Marco Antonio García Enríquez
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Práctica
Talleres de Capacitación y Promoción La Divina Providencia
Supervisora: Licenciada María Eugenia Paredes



Guatemala 18 de marzo de 2013

Licenciado
Mayra Luna
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM


Licenciado Luna:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Sara Noemí Gerónimo Méndez, Carné 200820614 y Carmen Celeste Estrada Santos, Carné 200821329, realizaron en esta clínica sesiones psicoterapéuticas a pacientes en proceso de duelo, como parte del trabajo de Investigación titulado: "APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD" en el periodo comprendido de junio a noviembre de 2012, en horario de 14:00 a 17:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra Clínica Psicológica.

Atentamente

ID Y ENSEÑAN A TODOS


María Eugenia Paredes Marroquín de Hernández
Licenciada en Psicología, MSc.

Colegiado No. 2010

Supervisora de Clínica Psicológica "La Divina Providencia"

María Eugenia Paredes de Hernández
Licenciada en Psicología
Colegiada 2010

CLINICA PSICOLOGICA
TALLERES DE CAPACITACION
Y PROMOCION
LA DIVINA PROVIDENCIA



*María Eugenia Paredes
Marroquín de Hernández
Licenciada en Psicología, MSc.
Colegiada No. 2010*



*2 av. 9-56 zona 18. Residenciales Atlántida
Ced. 52061371*

email: marieuparedes70@gmail.com

Guatemala, 18 de marzo de 2013

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimado Licenciada Luna:


Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD” realizado por las estudiantes Sara Noemí Gerónimo Méndez, Carné 200820614 y Carmen Celeste Estrada Santos, Carné 200821329

El trabajo fue realizado a partir de 12 de marzo de 2012 a 18 de marzo de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


María Eugenia Paredes Marroquín de Hernández
Licenciada en Psicología, MSc.
Colegiado No. 2010
Asesora de contenido

María Eugenia Paredes de Hernández
Licenciada en Psicología
Colegiada 2010

PADRINOS

Padrino de Carmen Celeste Estrada Santos

Licenciado Wallace Orlando Estrada Pérez

Colegiado No. 9278

Padrinos de Sara Noemi Gerónimo Méndez

Licenciada María Eugenia Paredes

Colegiado No. 2010

Licenciada Silvia Marisol Reyes Cruz

Colegiado No. 3877

ACTO QUE DEDICO

por Celeste Estrada

- A DIOS** Mi fortaleza, mi guía y mi camino. Gracias por tu luz y sabiduría para alcanzar cada una de mis metas.
- A MIS PADRES** Por su apoyo incondicional. Por darme la oportunidad de continuar con mis estudios y acompañarme durante este proceso. Gracias por creer en mí. Los amo.
- A MIS HERMANOS** Orlando y Susi. Con cariño y amor.
- A LICDA. MARÍA EUGENIA PAREDES** Por todas sus lecciones. Por su entrega y dedicación. Por ser una verdadera maestra y por enseñarme a amar la Psicología.
- A DR. CARLOS SALAZAR** Por cada una de sus enseñanzas. Por ser un gran mentor, ejemplo de rectitud, innovación y conocimiento.
- A MIS AMIGOS Y AMIGAS** Por su apoyo, los momentos compartidos y los gratos recuerdos.
- A SARITA** Gracias amiga, por ser mi compañera en este camino y alcanzar juntas este triunfo. ¡Lo logramos!

ACTO QUE DEDICO

por Sara Gerónimo

- | | |
|---|--|
| <i>A DIOS</i> | Por ser mi luz, mi salvación y camino. Por darme perseverancia y fe para alcanzar mis metas. |
| <i>A LA FAMILIA REYES CRUZ</i> | Por su apoyo y cariño incondicional. |
| <i>A MI MAMÁ</i> | Por acompañarme en cada uno de mis logros. |
| <i>A LICDA. MARÍA EUGENIA PAREDES</i> | Mi revisora y madrina. Por su tiempo y apoyo en la elaboración de la tesis y por compartir sus conocimientos y motivarme a seguir apasionándome por la Psicología. |
| <i>A MIS AMIGOS Y AMIGAS DE PSICOLOGÍA</i> | Por acompañarme cada día hasta culminar esta meta. |
| <i>A MIS AMIGOS Y AMIGAS DEL COLEGIO E IGLESIA</i> | Por su sincera y constante amistad durante años y porque siempre creyeron en mí. |
| <i>A MI COMPAÑERA Y AMIGA CELESTE</i> | Porque junto a ella logré conseguir un sueño más. |

AGRADECIMIENTOS

A UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS por la formación académica de excelencia recibida.

A LA CLÍNICA PSICOLÓGICA “LA DIVINA PROVIDENCIA” por abrirnos sus puertas para adquirir y aplicar nuestros conocimientos. Por ayudarnos a dar nuestros primeros pasos en el desarrollo profesional.

A LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA por brindarnos su apoyo en la realización de este proyecto.

A LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON EN ESTE ESTUDIO. Especiales gracias.

Índice

	Pág.
Resumen	1
Prólogo.....	2
Introducción.....	3
Capítulo I	
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2. Marco teórico	7
1.2.1. Modelos de intervención psicológica y perfiles terapéuticos	7
1.2.2. La intervención psicológica en Guatemala	11
1.2.3. Desarrollo del modelo integracionista y terapia multimodal	12
1.2.4. Los procesos de duelo.....	18
1.2.5. Bases terapéuticas en los procesos de duelo	30
1.2.6. Técnicas psicoterapéuticas integrales.....	34
1.2.6.1. Técnicas de terapia centrada en el cliente	35
1.2.6.2. Técnicas logoterapéuticas	35
1.2.6.3. Técnicas de terapia racional emotiva	37
1.2.6.4. Técnicas de terapia gestalt	38
1.2.6.5. Técnicas de terapia alternativa.....	41
1.3. Delimitación	45
Capítulo II	
2.1. Técnicas.....	46
2.2. Instrumentos.....	47

Capítulo III

3.1. Características del lugar y la población.....	49
3.1.1. Características del lugar	49
3.1.2. Características de la población	49
3.2. Análisis cuantitativo (cuadros y gráficas).....	49
3.3. Análisis cualitativo (análisis de casos y funcionalidad de las técnicas).....	57
3.3.1. Caso 001-CE	57
3.3.2. Caso 002-CE	61
3.3.3. Caso 003-CE	63
3.3.4. Caso 001-SG	66
3.3.5. Caso 002-SG	68
3.3.6. Caso 003-SG	70

Capítulo IV

Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	75
Bibliografía	77

Anexos

Anexo 1 – glosario

Anexo 2 – tabla de análisis multimodal inicial y reevaluación

Anexo 3 – examen mental

Anexo 4 – historia clínica

Anexo 5 – plan psicoterapéutico

Anexo 6 – hojas de evolución

Resumen

“Aplicación de la terapia multimodal en pacientes en proceso de duelo por muerte entre los 18 y 60 años de edad”

SARA NOEMI GERÓNIMO MÉNDEZ y CARMEN CELESTE ESTRADA SANTOS

La presente investigación ha sido formulada con el objetivo general de determinar qué beneficios terapéuticos obtiene el paciente en proceso de duelo mediante el abordaje de la terapia multimodal como tratamiento. Para su desarrollo se han establecido los siguientes objetivos específicos: 1) definir qué tipos de corrientes terapéuticas son más apropiadas para el tratamiento de los casos de duelo, 2) identificar con qué tipo de técnicas terapéuticas se obtienen mejores resultados en el tratamiento de proceso de duelo, 3) determinar cuál es el avance terapéutico obtenido en los pacientes con quienes se ha aplicado el abordaje multimodal, 4) definir cuál es la temporalidad de la efectividad del tratamiento multimodal en los pacientes en procesos de duelo por muerte tanto patológico como no patológico; y 5) emplear el “análisis multimodal” para evaluar los avances del paciente en procesos de duelo por muerte durante la aplicación de la terapia multimodal.

Asimismo, en el marco teórico se ha planteado el desarrollo histórico de la psicología y su despliegue en diversas corrientes teóricas que han dado lugar a la creación de un gran número de supuestos teóricos, principios psicológicos y modelos de psicoterapia, así como técnicas y perfiles terapéuticos. El marco teórico gira en torno a dos categorías principales: la primera es el desarrollo de la terapia multimodal, la cual se basa en la utilización de las técnicas de los diferentes modelos de terapia y cuya aplicación se define mediante el manejo de siete modalidades que se registran en la tabla de análisis multimodal, la cual permite la sistematización y por ende determina su validez. La segunda categoría consta del análisis del proceso de duelo, que es una experiencia personal causada por una pérdida significativa, y del cual se plantean sus diferentes etapas, características y categorías.

El eje principal de esta investigación es el tratamiento del duelo desde la terapia multimodal, la cual debe ser configurada para cada caso particular, aunque manteniendo ciertos preceptos básicos enfocados en los procesos de duelo como: las actitudes del terapeuta, objetivos, y el manejo de las técnicas de diferentes corrientes, como la terapia centrada en el cliente, terapia gestalt, logoterapia, terapia racional emotiva y terapia alternativa.

La muestra, objeto de estudio, consta de los pacientes que asistieron a la consulta en la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”, durante el año 2012, utilizando la técnica del tipo no aleatoria, de carácter intencionado, en un rango de edad de 18 a 60 años de edad, sin diferenciación de género, en un tiempo de atención terapéutica de entre 4 y 6 meses. Los instrumentos utilizados son del tipo no estandarizados, los cuales constan en: historia clínica, examen mental, plan psicoterapéutico, hojas de evolución y tabla de análisis multimodal por cada caso. Finalmente, se realizó el análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación del trabajo de campo, es decir, el proceso terapéutico en sí. A través de los instrumentos aplicados, se realizó un análisis de los modelos y técnicas utilizadas, lo que permitió definir su utilidad, así como los beneficios terapéuticos obtenidos en cada caso. Así también se realizó un análisis de casos. Los resultados obtenidos de los procesos terapéuticos se establecen en las conclusiones, así como se brindan recomendaciones para la aplicación de la terapia multimodal.

Prólogo

La muerte de un ser querido es un hecho inevitable en nuestras vidas
y el crecimiento que de eso deviene, también.

Jorge Bucay

La muerte de un ser querido es un evento que sobrepasa las fuerzas emocionales y físicas de cualquier persona, sobre todo de las más cercanas, por el dolor que esto representa, el impacto en la vida cotidiana y el aumento de los sentimientos de tristeza que invaden al ser humano que lo está sufriendo.

El trabajar con el dolor de los seres humanos, se convierte en un elemento central de asistencia psicoterapéutica, debido a las crisis generadas por este evento, en donde la vida de la persona se desmorona y deja de tener sentido.

La búsqueda de una respuesta a la muerte de un ser querido, es una pregunta continua y desesperada de cada una de las personas que han pasado por ese momento. La necesidad de mitigar el dolor de la realidad y retomar la vida misma, es lo que motiva el ofrecer una alternativa psicoterapéutica para avanzar en el proceso de duelo y de aceptación.

El proceso psicoterapéutico les permitió a las ponentes de este trabajo, determinar qué beneficios terapéuticos obtiene el paciente en proceso de duelo mediante el abordaje de la terapia multimodal e identificar las corrientes terapéuticas más apropiadas para el tratamiento de los pacientes que están atravesando un proceso. Trabajar con los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas alrededor del tema facilitó el cuestionamiento de las creencias intermedias, para que se realizaran modificaciones en cada uno de los participantes.

Entre los principales logros obtenidos, se pueden mencionar: la modificación de pensamientos distorsionados alrededor del tema de muerte y duelo, comprensión del duelo como un proceso que se vive en etapas que no son lineales, y la revisión de las creencias intermedias que apoyan las modificaciones realizadas, cumpliendo así con el objetivo general y los objetivos específicos planteados en esta investigación.

Esta intervención plantea un reto y obliga a las profesionales de la psicología que trabajan de forma directa con las familias que viven esta situación, a brindar una alternativa terapéutica que les permita superar el dolor y conllevar la pérdida.

Licenciada María Eugenia Paredes

Colegiada 2010

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, que tiene como título “Aplicación de la terapia multimodal en pacientes en proceso de duelo por muerte entre los 18 y 60 años de edad”, ha sido elaborado por las alumnas de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Carmen Celeste Estrada Santos y Sara Noemi Gerónimo Méndez.

Tanto el proyecto de investigación, realizado durante el año 2012, como el trabajo de campo, conllevó una labor realizada por un período de seis meses, tiempo durante el cual se llevó a cabo el estudio de casos del tratamiento de pacientes en proceso de duelo por muerte, en base a la aplicación de la terapia multimodal; investigación que se efectuó en la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”.

El enfoque de la terapia multimodal se centra en buscar un tratamiento adecuado para cada caso particular, debido a que su característica principal es el uso de diversas corrientes psicológicas, en las cuales se seleccionaron técnicas que fueron aplicadas exclusivamente para los procesos de duelo, tomando en cuenta los diferentes modales de la vida del paciente. Para la selección de las técnicas que se utilizaron durante el estudio, se realizó una revisión teórica, de las diversas corrientes psicológicas, las principales técnicas de cada corriente y el estudio de los procesos de duelo, lo cual se ha establecido en el capítulo I, correspondiente al marco teórico. Se utilizaron diversos abordajes terapéuticos, teniendo como base la terapia centrada en el cliente, seguida por las terapias: gestalt, cognitivo conductual, racional emotiva y logoterapia.

En el capítulo II, se encuentran las técnicas e instrumentos administrados. En dicho capítulo se explica el tipo de población elegida para la investigación y la técnica de muestreo que se utilizó, así como la descripción de los instrumentos, entre los cuales figuran la historia clínica, hojas de evolución, tabla de análisis multimodal, entre otros. La información para dichos instrumentos se recolectó por medio de las observaciones y entrevistas abiertas que se realizaron al paciente durante cada sesión.

Con la aplicación de la terapia multimodal se pretende determinar los beneficios que puede tener una terapia integral al abarcar en conjunto varias modales del paciente y que al mismo tiempo puedan ser tratados con técnicas específicas, los resultados se establecen en el capítulo III, correspondiente a la presentación y análisis de resultados.

Finalmente, en el capítulo IV, se encuentran las conclusiones y recomendaciones, tanto de la realización de la presente investigación como de la aplicación de la terapia multimodal, cumpliendo así con el objetivo general y específicos establecidos para la realización de este proceso investigativo. En los anexos se incluye el glosario y un ejemplo de los instrumentos aplicados.

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del Problema

“Aplicación de la terapia multimodal en pacientes en proceso de duelo por muerte entre los 18 y 60 años de edad”

Como requerimiento fundamental para la preparación académica de los estudiantes de psicología, se tomó la determinación de realizar la presente investigación, con la cual se pretenden conocer los procesos de duelo, a través del estudio de casos clínicos de duelo por muerte de un familiar o amigo cercano, para la aplicación de la terapéutica multimodal. Se eligió la terapia multimodal, creada por Arnold Lazarus, ya que la misma proporciona un abordaje completo en diversidad de casos, uniendo en ella todas las técnicas necesarias, aplicables en un momento justo para la mejoría del paciente. Desde un punto de vista ecléctico, se define que la mejoría del paciente se realiza en un tiempo más breve y con resultados que permiten una visión más completa del paciente y su proceso de sanación. “En el eclecticismo se derriban las fronteras, se flexibiliza la mirada, se aúnan fuerzas de cambio y el diálogo se torna más respetuoso y abierto.”¹

Del mismo modo, con respecto al proceso de duelo, se ha observado que diferentes modelos terapéuticos mantienen puntos comunes, en cuanto al mismo, su duración, el duelo normal, sintomatología en casos de duelo patológico, principios terapéuticos básicos, e importancia de la cultura. Es por ello que el abordaje del doliente debe ser integral, ya que se hace referencia a una persona que afronta una pérdida, y que puede o no estar preparada para enfrentarla. Son pocos los pacientes que buscan apoyo psicológico después de una pérdida, ya que la personalidad y la forma de enfrentarse al dolor en cada persona es diferente, por tanto, existe la necesidad de un tratamiento integral y de brevedad, que reúna en sí mismo los beneficios terapéuticos de diferentes perspectivas, por tal razón el tema de investigación aborda los beneficios del tratamiento multimodal en los pacientes en proceso de duelo.

En todo caso, es de importancia conocer a fondo las corrientes y técnicas a emplear, asimismo, las necesidades presentes del individuo en cuestión, el

¹ Fernández-Álvarez, Héctor; Opazo, Roberto “LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA”. Manual Práctico. Paidós. México. Año 2004. Pág. 15

conocimiento amplio de su caso, y con respecto a esto, el conocimiento sobre los procesos de duelo, segunda categoría a estudiar en este proceso de investigación.

Generalmente, los psicólogos continúan una corriente terapéutica específica, y difícilmente la terapia se aplica desde la unión de los diferentes modelos, de tal manera que, si se atiende a un individuo en proceso de duelo, con los principios rogerianos básicos de empatía y escucha atenta; el proceso de curación o mejoría será más efectivo si se aplican también técnicas de la búsqueda de sentido logoterapéuticas, como el juego de alternativas, o en un momento dado el uso de la silla vacía de la terapia gestalt; o la persuasión y el trabajo de pensamientos irracionales, de la terapia racional emotiva.

Para la producción de una base teórica sólida, se recurrió a la fundamentación teórica de Arnold Lazarus, creador de la terapia multimodal, y Roberto Fernández, psicólogo integracionista; así como las técnicas de las diversas corrientes psicoterapéuticas como: gestalt, terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en el cliente, terapia racional-emotiva y logoterapia. Estas corrientes fueron elegidas puesto que brindan un amplio rango de técnicas terapéuticas que pueden utilizarse en los procesos de duelo.

Lazarus pretende ampliar los horizontes técnicos y conceptuales del clínico ofreciéndole un sistema comprensivo y abarcador con el cual pueda tratar a los pacientes desde parámetros conductuales, afectivos, sensoriales, imaginarios, cognoscitivos, interpersonales y biológicos. Roberto Fernández, psicólogo integrativo y autor del libro "La Terapia Integracionista", delinea parámetros de aplicación clínica de las diferentes modalidades integracionistas, desde lo cual propone los beneficios para el paciente, así como el delineamiento del profesional integral.

Para la fundamentación teórica de los procesos de duelo, se abordó desde las corrientes anteriormente citadas a los autores Elisabeth Kübler- Ross, que ha estudiado durante décadas los procesos de duelo, establecido etapas comunes que atraviesan los pacientes tanto en el duelo anticipado como en el duelo por fallecimiento de un familiar; Elizabeth Lukas, realiza un abordaje desde la logoterapia, y muestra la importancia de brindar amor al paciente en todo momento durante el proceso, y encontrarle un sentido al sufrimiento; Jorge Bucay, muestra la visión de los procesos de duelo desde un enfoque humanista-gestáltico, con una alternativa a las etapas de duelo propuestas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, conduce a una reflexión acerca del proceso de duelo como el entendimiento del dolor y el sufrimiento y su implicación en el desarrollo y

crecimiento personal; María del Carmen Castro, desarrolla diferentes conceptualizaciones sobre la comprensión del significado de la pérdida, así como la explicación de las técnicas para el trabajo efectivo con pacientes en proceso de duelo, incluyendo técnicas rogerianas.

La elaboración de la presente investigación intenta de una manera teórico-práctica responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿qué corrientes terapéuticas son más apropiadas para el tratamiento de los casos de duelo por muerte?, ¿qué técnicas terapéuticas generan mejores resultados en su aplicación en casos de duelo por muerte?, ¿qué avances terapéuticos obtendrán los pacientes en proceso de duelo por muerte al aplicar la combinación de diferentes corrientes y técnicas terapéuticas?, ¿facilita la terapia multimodal en los casos de duelo por muerte la brevedad de la resolución del proceso de duelo tanto patológico como no patológico? y ¿cómo utilizar el “análisis multimodal” para evaluar los avances de los pacientes en proceso de duelo por muerte durante la aplicación de la terapia multimodal?

Los métodos de evaluación fueron basados en la tabla de análisis multimodal, así como las de hojas de evolución de historias clínicas de pacientes que asistieron a la consulta clínica, determinando así el beneficio de las técnicas en base a un estudio minucioso y la aplicación adecuada de las mismas y la observación de mejorías en un lapso de seis meses, en pacientes en proceso de duelo por muerte, tanto patológico como no patológico entre las edades de 18 a 60 años de edad, sin distinción de género.

1.2. Marco Teórico

1.2.1 Modelos de intervención psicológica y perfiles terapéuticos

Desde que la psicología fue instaurada como ciencia en año de 1879, con la creación del primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig, Alemania, por Wilhelm Wundt, se ha dado paso a diferentes investigaciones sobre los procesos psicológicos. Así que, desde el funcionalismo hasta el desarrollo de las terapias contemporáneas, se ha atravesado por un sinfín de teorías y corrientes sobre el desarrollo de la psique humana y sus alteraciones. Por tanto, en base a distintas premisas filosóficas aunadas al desarrollo científico, los psicólogos y otros profesionales de la salud mental, han creado diversas concepciones acerca de las necesidades de la psique humana y su propia visión de menesterosidad, formando así distintas teorías y métodos terapéuticos que, fundamentados en teorías empíricas y científicas, tienen como objetivo primordial brindar un soporte adecuado a las diferentes necesidades psicológicas del ser humano.

Dada la falta de consenso en cuanto a temas como el desarrollo de la psique, la subjetividad, los procesos mentales y la personalidad; han sido diversas las teorías surgidas para dar respuesta a dichas conceptualizaciones con el fin de crear una base científica universal, lo cual ha sido una tarea metodológica y prácticamente imposible de realizar, a causa de la innumerable cantidad de debates que se han generado, al ser la psicología, muchas veces tachada de pseudociencia, ya que la base de su estudio es la subjetividad humana.

El principal exponente, cuya teoría ha sido la de mayor reconocimiento en la historia de la psicología, es Sigmund Freud, conocido como el “padre de la psicología moderna”. Su *teoría psicoanalítica*, ha sido punto de partida para la creación de diversas corrientes. Las premisas centrales de la *teoría psicoanalítica*, se encuentran en distintas hipótesis sobre el desarrollo y dinámica de la mente, así como la propuesta de una serie de etapas psicosexuales, en las cuales se desarrolla la psique desde el nacimiento y que dan paso al establecimiento de la personalidad del individuo. Otros constructos importantes de la *teoría psicoanalítica* giran en torno al desarrollo de una dinámica topográfica, que consiste en tres sistemas mentales: el inconsciente, consciente y preconscious; así como una dinámica estructural, que se basa en el desarrollo de tres instancias que se mantienen en constante conflicto, el id, el yo y el

superyó. El psicoanálisis ortodoxo como tal, no es conservado en la actualidad, ya que fueron muchos los autores que debatieron sus premisas básicas, desarrollando a partir de ellas otros modelos tanto en la misma línea, como lo es la teoría de Melanie Klein sobre relaciones objetales; y sus contraposiciones, como la *terapia analítica* de Carl Jung, la *terapia individual* de Alfred Adler y la *teoría del modelo psicosocial* de Erik Erikson.

En contraste total a la línea psicoanalítica, se encuentra la corriente del *conductismo*, que si bien es previo al psicoanálisis, tuvo un auge un tanto menor al mismo. Del *conductismo* se ha creado toda una terminología en cuanto a la conducta, basada precisamente en la respuesta al medio. Los autores del modelo cognitivo-conductual hacen referencia a los reforzadores, como formas apropiadas para modificar la conducta ya que se asienta sobre la modificación de la conducta con la aplicación de diferentes técnicas. Del *conductismo*, han surgido diversas vertientes, como el *condicionamiento clásico* de Iván Pavlov, el *condicionamiento operante* de B. F. Skinner, hasta enfoques más actuales en los que se ha unido el conductismo a teorías como la *teoría cognoscitiva* y la *teoría del procesamiento de la información* de Aaron Beck y Albert Ellis, de la cual deriva la *terapia racional emotiva –TRE–* de Ellis, que une técnicas cognitivas-conductuales y emotivas para un tratamiento más completo del paciente. Ellis pone énfasis en la racionalidad del ser humano que al ser afectada por pensamientos irracionales, afecta de la misma forma la conducta y las emociones del individuo. Dicha teoría propone que la liberación de la infelicidad tanto emocional como mental se aprende con la minimización de pensamientos irracionales y la maximización de pensamientos racionales.

La última corriente de importancia para la psicología, es el *humanismo*, mejor conocido como la tercera fuerza, que ha dado surgimiento a una serie de terapéuticas que recalcan la importancia del valor del ser humano, la esencia de su existencia, la importancia de la libertad y la responsabilidad ante esa libertad. El *humanismo* está caracterizado por la comprensión de la psicología como una guía para la acción continua. Sus raíces se encuentran en el *existencialismo* y la *fenomenología*. El *existencialismo filosófico*, ha sido pilar esencial para el desarrollo de las corrientes humanistas, destaca la importancia de la libertad y la responsabilidad, está representado principalmente por filósofos como Jean Paul Sartre, Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Heidegger y Binswanger.

Una terapia creada a partir de la corriente existencial-humanista es la *terapia gestalt*, cuyas raíces se encuentran en la *psicología de la gestalt* desarrollada por Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka. Fritz Perls fue quien desarrolló *la terapia gestalt*, que destaca principalmente el aquí y el ahora, en un proceso constante de autorrealización, autoactualización y autorregulación orgánica, donde se destaca la importancia del contacto del interior hacia el mundo exterior.

Por su parte, la *logoterapia*, creada por Viktor Frankl, destaca la importancia del sentido de la vida y la necesidad de autorrealización a través de ese sentido. Frankl enfatiza el vacío existencial como una fuente de tedio para el ser humano y la neurosis noógena, un tipo de neurosis que se da en el plano espiritual y que implica la pérdida del sentido por diversos acontecimientos de la vida. Otra terapia de vital importancia derivada de la corriente humanista, es la *terapia centrada en el cliente* o *terapia centrada en la persona* de Carl Rogers, que se basa en la premisa de que toda persona, por muy dañada que esté, posee capacidades para encontrar su camino y mejorar. Parte de la idea de que la persona posee por naturaleza, una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento y la salud, por lo que, la terapia tratará de crear las condiciones para liberarlo a un crecimiento y desarrollo adecuado. En toda su extensión, la teoría de Rogers está construida a partir de una sola “fuerza de vida” que llama la tendencia actualizante, que puede definirse como una motivación innata presente en toda forma de vida dirigida a desarrollar sus potenciales hasta el mayor límite posible.

Finalmente, ya que la psicología es una ciencia que abarca un total de cincuenta y cuatro campos, se incluye entre ellos a la *psicología de la salud*, que estudia primordialmente el comportamiento en su significado más ambivalente de la persona sana o enferma. Sin embargo, su eje central es tratar desde un posicionamiento de salud positiva, hasta la promoción y comportamientos de salud y las conductas o control de riesgo. De ésta se obtiene una amplia gama de técnicas y terapias alternativas que se aplican tanto en la psicología como en las ciencias médicas. La *psicología de la salud* se apoya en diversos métodos psicológicos para ayudar a mantener una adecuada calidad de vida en las personas, de la cual se derivan técnicas como el afrontamiento del estrés, el entrenamiento en habilidades sociales y diversas técnicas de relajación.

Se ha determinado que existen numerosas corrientes psicológicas y que cada una de ellas ha creado diversos estilos terapéuticos, dependiendo de las necesidades de los

pacientes, razón por la cual, los psicólogos han ido formando ciertos patrones de actitudes y habilidades que debe de tener el psicológico cuando se da el proceso de la terapia. Según Rogers, en la *terapia centrada en el cliente*, el terapeuta debe de mostrar tres actitudes básicas hacia el cliente: autenticidad o congruencia, que consiste en "ser tal como uno es" ya que considera que la relación terapeuta/cliente debe de construirse sin "máscaras o fachadas"; aceptación incondicional o consideración positiva incondicional hacia el cliente, aceptándolo con sus sentimientos y experiencias que muestra al llegar a consulta; y, empatía o escucha empática que es la capacidad de comprender las experiencias de los demás.

El terapeuta psicoanalítico se enfoca en la infancia, ya que considera que en la infancia se produce la mayoría de traumas, los cuales quedan reprimidos y son los causantes de las neurosis que a largo plazo pueden provocar patologías en el paciente. Una de las habilidades que debe de poseer el terapeuta psicoanalítico es la capacidad de poder hacer asociaciones y poder concertar una con otra para analizar y poder interpretar lo que el paciente le está contando. Utiliza como técnicas principales la asociación libre y la interpretación de los sueños.

A diferencia del psicoanálisis, el terapeuta gestáltico se enfoca en el "aquí y ahora", ya que el fin de la terapia es de ayudar al paciente a redescubrir su capacidad de darse cuenta de lo que está viviendo en el momento. Entre las características que identifican al terapeuta gestáltico es asumir el control de cada una de las sesiones, el control se debe mantener con el fin de procurar que el paciente acepte seguir los procedimientos ante la aplicación de las técnicas y juegos con los que trabaja la gestalt.

Según lo que describe la *terapia cognitivo-conductual*, el terapeuta debe poder interaccionar los factores que componen la conducta como lo son el ambiente, el conocimiento, la emoción y la motivación; ya que se considera que es más eficaz para que la terapia dé mejores resultados, que el terapeuta tome en cuenta en conjunto los componentes mencionados con anterioridad. También debe de tener la habilidad de buscar las causas de las patologías en los procesos de suposición y pensamientos irracionales e inadaptados o en la distorsión del proceso de los pensamientos. En el caso del psicólogo que aplica la técnica de la TRE requiere que el terapeuta demuestre aceptación para el paciente, así mismo que sea colaborador, mostrarse como modelo racional, tener la capacidad de captar actitudes irracionales propias.

Se puede concluir que cada uno de los psicólogos de las diversas escuelas asume ciertas actitudes dependiendo del enfoque de la teoría que respalda a la corriente a la que pertenecen. Sin embargo, el psicólogo, independientemente de su corriente, debe poseer ciertas actitudes y habilidades específicas, como la capacidad de empatía, ya que sin empatía es inútil todo esfuerzo de comprensión de los pacientes, también debe aprender a desarrollar la escucha empática y carecer de patologías en cuanto a lo posible, ya que sólo una persona íntegra y con salud mental, puede ayudar a afrontar los problemas de sus pacientes.

Además, el psicólogo debe demostrar respeto a sus pacientes ante cualquier experiencia que la persona esté pasando, sin juzgarla, brindando confianza a través de la confidencialidad y, darle la ayuda de forma adecuada y profesional, sin olvidar que quien se tiene enfrente es un ser humano necesitado de ayuda responsable.

1.2.2. La intervención psicológica en Guatemala

La intervención psicológica, es un método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos y sentimientos existentes en una persona. A nivel internacional ha sido bien acogida, teniendo un alcance importante en la salud integral de las personas. Sin embargo, en Guatemala, se tiene escasa apertura hacia la psicología, ya que tanto el gobierno, como las instituciones encargadas de la salud en el país, no dan mayor importancia a la salud mental, de hecho, solamente el 0.9%² del presupuesto gubernamental anual se dirige a la salud mental.

Se considera que la única entidad gubernamental destinada al tratamiento de los trastornos mentales en Guatemala, el Hospital Nacional de Salud Mental, no cuenta con la capacidad adecuada para el albergue de los enfermos mentales, y las condiciones en que se encuentran los residentes son deplorables. Otras entidades no gubernamentales como la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, funcionan únicamente en la periferia, no teniendo capacidad para realizar una adecuada promoción de la salud mental a nivel nacional.

Por otro lado, existe por parte de la población, cierta desconfianza hacia el servicio psicológico, ya que son pocas las personas que solicitan apoyo psicológico. Difícilmente se acude a la consulta si no se tiene referencia médica de un posible

² Revista D. "LOS GRANDES RETOS DE LA SALUD MENTAL". Editorial Prensa Libre. Guatemala 2012. Pág. 19

trastorno, y menos aún sólo por acompañamiento psicológico. Un factor desencadenante de esta situación, es el nivel socioeconómico, ya que los costos de un proceso terapéutico son altos, considerando que se debe acudir a terapia una vez a la semana por un tiempo indefinido, ya que éste no es estimable debido a diversas circunstancias, como la orientación del psicólogo y las necesidades del paciente; esto sin contar el costo por sesión, que varía de un sector a otro.

Otro factor es la falta de promoción de la salud mental por parte de las instituciones encargadas y el gobierno mismo, además de la falta de información sobre lo que consiste un proceso terapéutico. Muchos individuos consideran que asistir al psicólogo es por enfermedad o trastorno severo, tachando al psicólogo como “loquero”, simplemente por el hecho de desconocer sus funciones; además de no tomar en cuenta que el daño psicológico es fuente de perturbación en las diferentes dimensiones del ser humano.

La Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es la principal institución encargada de la formación académica de los futuros psicólogos, para lo cual se da la necesidad de la realización de una práctica supervisada en distintas instituciones, tanto en la capital como en algunos departamentos del país, con la finalidad de preparar a los estudiantes y brindar apoyo psicológico a personas de bajos recursos que no pueden costear un tratamiento.

Se ha observado que desde la creación de los distintos centros de práctica, poco a poco se ha incrementado el número de pacientes que asiste a la consulta, aunque de forma paulatina, y si se considera la necesidad de la población del servicio, puede estimarse que no es suficiente para dar una cobertura apropiada a todos los sectores de la población.

1.2.3. Desarrollo del modelo integracionista y terapia multimodal

Partiendo de la idea de la necesidad de un tipo de terapia que pueda cubrir en menor tiempo la asistencia a los pacientes, reduciendo de tal manera el costo y el tiempo invertido en terapia, además de brindar una atención pluridimensional a las personas, surge la terapia multimodal, cuyo punto de partida se dio a partir de las observaciones del psicólogo clínico, Arnold Lazarus.

Lazarus, graduado de psicología clínica de la Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, comenzó a desarrollar lo que describió como una nueva terapia del comportamiento, en la cual aplicó técnicas de desensibilización de fobias en terapia de grupo, además de ser el primero en usar imágenes emotivas para el tratamiento de niños y técnicas del aprendizaje en los trastornos depresivos. Al examinar sus resultados a largo plazo en pacientes tratados con terapia cognitivo conductual, observó deficiencias, siendo la principal, la tasa de recaída, la cual era muy alta. Por tanto, desarrolló el modelo de terapia multimodal, el cual consiste en el examen de siete diferentes modalidades relacionadas entre sí, y que implica una evaluación pluridimensional de los individuos de una forma más completa. En el año de 1976, Lazarus fundó el Instituto de Terapia Multimodal, en Nueva Jersey, Estados Unidos, que amplió más tarde en diferentes estados del país norteamericano.

La terapia multimodal, es parte del movimiento integracionista de la psicoterapia, que fue desarrollándose a partir de la década de 1960 en Estados Unidos, debido a que varios clínicos comenzaron a darse cuenta de las limitaciones tanto teóricas como técnicas que impone el seguir un único modelo terapéutico y al observar la rigidez existente en las escuelas de la psicología. Por tanto, el movimiento integracionista se desarrolló en base a la necesidad de unificar, de cierta manera, las técnicas y teorías existentes hasta el momento, tratando de hacer converger los métodos y modelos de mayor efectividad, los factores comunes entre ellas y el estudio de sus discrepancias en cuanto a procesos y fundamentos teóricos.

Existen tres diferentes vertientes del movimiento integracionista. La primera vertiente es la de los *factores comunes en psicoterapia*, en la cual el punto central es la comparación de los resultados de las diferentes modalidades terapéuticas y su integración en puntos comunes. Lo que se postula es que el cambio psicoterapéutico parte de ciertos factores comunes, que se encuentran casi en todos los modelos terapéuticos. La siguiente tabla, tomada del libro de Psicoterapias Contemporáneas de Luis Oblitas³ hace una conjunción sobre los factores comunes en el proceso psicoterapéutico de diferentes modalidades terapéuticas.

³ Oblitas, Luis A. "PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS". Cernage Learning. México. 2008. Pág. 360.

Factores comunes en el proceso psicoterapéutico	
<i>Terapeuta</i>	Empatía.
	Genuinidad.
	Apoyo Incondicional.
<i>Paciente</i>	Esperanza.
	Expectativas de Cambio.
	Sugestibilidad.
<i>Relación paciente-terapeuta</i>	Alianza Terapéutica.
<i>Estructuras terapéuticas</i>	Técnicas específicas y rituales.
	Exploración del Plano emocional.
	Adherencia y Consistencia Teórica.
<i>Características del proceso</i>	Catarsis / Descarga Emocional
	Adquisición y prácticas de nuevas conductas.
	Aprendizaje emocional e interpersonal.
	Exponerse a situaciones difíciles, pero con más auto eficacia.
	Instigar introvisión.

La segunda vertiente del movimiento integracionista, es la *integración teórica*, que pretende el estudio de las discrepancias entre las teorías. “Por ejemplo, a un integracionista teórico le interesaría integrar a nivel clínico y teórico la manera en que una técnica conductual como la sobresaturación puede, a su vez, activar contenidos y procesos inconscientes como sueños, memorias reprimidas y otros contenidos intrapsíquicos.”⁴

Finalmente, la tercera vertiente, de la cual deriva la terapia multimodal, es llamada *eclecticismo técnico*, una tendencia que “se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Se caracteriza, por un fuerte énfasis en lo técnico en derivamiento de la teoría, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado.”⁵

⁴ *Ibíd.* Pág. 361

⁵ *Op. Cit.* Fernández-Álvarez, Héctor; Opazo, Roberto Pág. 42

El eclecticismo técnico, hace énfasis en la utilización de una variedad de técnicas, lo cual permite un enriquecimiento de la práctica y un marcado avance en la mejoría del paciente. Para la selección de las técnicas se debe tener una base empírica antecedente, que indique que dicha técnica funciona para determinado problema. “En el eclecticismo técnico, se seleccionan las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una teoría concreta. Es decir, se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero siempre según su conceptualización, que se hace desde una orientación teórica particular. (...) Se trata de una integración de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y cómo producirlo terapéuticamente. La elección de una técnica se hace en función del tipo de cliente, y la clasificación, tanto de las técnicas como de clientes, requiere una cierta elaboración teórica. El resultado es un esquema conceptual que indica el tratamiento a elegir según el caso.”

El enfoque multimodal se basa en el análisis de diferentes modalidades para la obtención meticulosa de información de cada caso, por lo que se distinguen, siete distintas modalidades del funcionamiento de cada persona, denominado BASICo's, por las siglas: Biológico (B), Afectivo (A), Sensorial (S), Imaginación (I), Cognición(C), Conducta (Co) y Relaciones Sociales (s). De tal forma, que de acuerdo a la correlación entre dichas áreas, se busca una estrategia de tratamiento, tomando en cuenta las diferentes técnicas, para lo cual se utiliza la tabla de análisis multimodal, de primer orden, de acuerdo al motivo de consulta y de segundo orden, de acuerdo al avance que se obtenga durante el proceso. De manera esquemática en cada modalidad se recogería la siguiente información:⁶

- ✓ BIOLÓGICO: Lista de medicamentos y drogas consumidas. Actividad física y ejercicio. Dieta y alimentación. Enfermedades padecidas pasadas y actuales relevantes.
- ✓ AFECTOS: Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. Qué conductas presenta el sujeto cuando experimenta esas emociones (anotar en el modal conducta).
- ✓ SENSACIONES: Listado de sensaciones negativas experimentadas. Efectos sobre los afectos de esas sensaciones (anotar en modal afectivo) y la conducta (anotar

⁶ Okun, Barbara F. “AYUDAR DE FORMA EFECTIVA (COUNSELING). TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA.” Paidós. España. 2001. Pág. 194

- en modalidad conducta). Sensaciones más placenteras. Sensaciones y estimulación sexual placentera/displacentera.
- ✓ IMAGINERÍA: Sueños, recuerdos o imágenes recurrentes de carácter molesto. Auto imagen física-corporal. Imágenes y fantasías preferidas. Efectos sobre las otras modalidades.
 - ✓ CONDUCTA: Actividades y conductas manifiestas. Hábitos o actividades que se desearía incrementar. Hábitos o actividades que se desearía disminuir. Habilidades o carencias conductuales.
 - ✓ COGNITIVO: Listado de auto-diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Efectos de las cogniciones sobre las otras modalidades.
 - ✓ SOCIAL: Problemas con otras personas. Cómo afectan o reaccionan estas personas ante las conductas del paciente. Como afecta las conductas del paciente a estas personas. Tipo, calidad y cantidad de relaciones sociales. Asertividad y habilidades sociales. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

En la tabla de análisis multimodal, se plantea el listado de signos y síntomas obtenidos de la observación meticulosa del paciente y las entrevistas de evaluación. En ella se establecen cada una de las técnicas que se utilizarán junto con un objetivo definido, para el tratamiento de cada síntoma en particular. Posteriormente, se establece el resultado obtenido para verificar el estado logrado del paciente durante el proceso, el cual se clasifica de acuerdo a ciertos niveles como: leve, moderado y grave. Lo anterior determinará la efectividad de la técnica aplicada para determinado síntoma, dependiendo de la respuesta favorable o no del paciente hacia la misma.

La utilización de la terapia multimodal, tiene muchas ventajas, entre las cuales está la flexibilidad, ya que “permite que el terapeuta pueda disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones.”⁷ Además es un enfoque más amplio, pues proporciona la capacidad de observar al paciente a partir de diferentes dimensiones, lo que promueve que los procesos de cambio sean más rápidos y la terapia sea más efectiva.

⁷ Op. Cit. Fernández-Álvarez, Héctor; Opazo, Roberto. Pág. 18

Roberto Opazo hace énfasis en los beneficios basándose en la flexibilidad del terapeuta, y la participación activa del paciente dentro de su propio proceso. “Al trabajar integrativamente, el terapeuta muestra una tendencia a operar con esquemas abiertos y a rechazar las posiciones rígidas en el abordaje que utiliza. (...) Una manifestación muy concreta es la mayor facilitación que adquiere el paciente para participar junto con el terapeuta en la fijación de los objetivos del tratamiento y, ulteriormente, en el proceso de evaluación de la terapia... Otra consecuencia positiva es el hecho de que una posición integrativa elude (...) que el paciente deba acomodarse a las necesidades del modelo. Siempre se piensa que es el modelo el que debe adaptarse a las condiciones del paciente.”⁸

Sin embargo, el modelo también trae consigo ciertas desventajas, entre las cuales se enmarca la dificultad para obtener una teoría base, que es inexistente, dada la amplia gama de corrientes en la psicología. De la misma manera, se plantea la dificultad de la no especificidad de procedimientos, ya que no existe un patrón común de cómo proceder y qué técnicas y modelos utilizar para cada caso. “La teoría de los factores comunes sirvió para demostrar que distintos abordajes pueden producir resultados equivalentes. Este fenómeno, aporta mucho sustento empírico a la psicoterapia, aunque no alcanza como fundamento teórico para la integración. La contrapartida debe buscarse en el hecho de que también se ha probado que determinadas técnicas específicas pueden producir resultados diferenciales.”⁹

Otro problema es la necesidad de preparación exhaustiva del terapeuta, quien no podría de ninguna manera orientarse a una escuela específica, sino aunar el conocimiento recibido en las distintas áreas para la práctica clínica, de lo cual debería conocer a profundidad las categorías y principios básicos establecidos por las diferentes corrientes, además de manejar adecuadamente las técnicas de mayor importancia en cada una de ellas y comprobar su eficacia de acuerdo a cada caso.

Opazo propone un perfil del terapeuta integrativo: “Siempre evitando caer en clichés (...) en lo teórico, deberá estar dispuesto a operar con una concepción explicativa amplia del funcionamiento psicológico. No sólo deberá considerar varios puntos de vista simultáneos en la terapia y tener en cuenta niveles múltiples de intervención, sino que el enfoque que utilice tendrá que admitir su revisión de manera permanente. El terapeuta

⁸ *Ibídem.* Pág. 19

⁹ *Ibídem.* Pág. 22

busca articular ideas y recursos con el afán de mejorar su instrumento, pero no persigue cerrar el sistema alcanzando una verdad absoluta, sino que trabaja con la perspectiva de que el conocimiento es abierto y está sometido a una evolución permanente. Pretende descubrir la convergencia entre modelos, pero no rehúye poner a prueba la efectividad relativa de cada aplicación. En este sentido, es un ferviente defensor de la investigación, tanto de procesos como de resultados.”¹⁰

La cuestión en sí, es que la terapia multimodal debe incorporar distintos conceptos encontrados en las teorías psicológicas, de las cuales, el terapeuta deberá tener en cuenta: 1) Los conceptos psicoterapéuticos, ampliamente discutidos en cuestiones de salud mental, normalidad y patología, así como los fenómenos psicológicos en general. 2) El diagnóstico, el cual debe ser integral, tomando en cuenta las distintas dimensiones del ser humano. 3) Las habilidades terapéuticas que se requieren para la psicoterapia y que incluye el entrenamiento teórico-práctico. 4) La necesidad de ser parte de un proceso psicoterapéutico, dado que permite el autoconocimiento y la evitación de situaciones contratransferenciales en el apoyo psicoterapéutico de los individuos. 5) La necesidad de ser interdisciplinario, lo cual es parte de la consideración de que los individuos son seres integrales, por tanto, el trabajo con otros profesionales, como médicos, psiquiatras, abogados, etc., que estén al tanto del paciente, es importante.

1.2.4. Los procesos de duelo

Para la generación de un marco conceptual que apoye la investigación efectuada sobre los procesos de duelo, es necesario conocer a fondo las distintas conceptualizaciones sobre el duelo a partir de autores de diferentes enfoques psicoterapéuticos. Las definiciones que se han elaborado en torno al duelo son diversas. En primer lugar, si se tiene en cuenta la etimología de la palabra Duelo, se observa que la palabra deriva del latín *dōlus*, que significa “dolor”, lo cual hace referencia al sentimiento del dolor, pena o aflicción hacia algo. Otra relación, es la derivación del latín *duellum*, que significa “guerra” o “combate”, que según Jorge Bucay, refiere al “proceso interno de la elaboración de una pérdida, (donde) se establece una lucha”.¹¹ En el duelo se realiza una batalla, una guerra interna ante una situación determinada, la pérdida. La

¹⁰ *Ibidem*. Pág. 17-18

¹¹ Bucay, Jorge. “EL CAMINO DE LAS LÁGRIMAS”. Biblioteca Nueva Era. Argentina. 2002. Pág. 12

pérdida de un objeto significativo para los individuos trae consigo la necesidad de elaborar un proceso de superación, el cual es independiente en cada persona.

El duelo es una experiencia normal que cualquier persona sufre ante la pérdida de un ser querido u objeto amado. James Kepner, citado por Castro, considera que el proceso de cierre de un asunto pendiente lleva intrínsecos sentimientos de pérdida, aquellas situaciones donde el contacto se interrumpe de manera violenta y no deseada, puede generar fuertes sentimientos de vacío, abandono y pérdida, por lo cual se refirió al proceso de duelo como un “ciclo de experiencia”, en el cual los seres humanos tratan de satisfacer sus necesidades o asuntos inconclusos que se presentan.

María del Carmen Castro González escribe que las pérdidas se pueden dar de diferentes maneras: hay pérdidas oportunas o muertes esperadas, pérdidas inoportunas o fuera de tiempo (difícil de racionalizar) y pérdidas inadmisibles, que se producen cuando hay personas se resisten a aceptar una muerte. Ante la pérdida del ser amado se puede producir en el doliente lo que Stephan Tobin, citado por Castro, refiere como “aferrarse”, suceso que se da dependiendo de la relación emocional del doliente ante la persona que ha muerto; al igual que Bucay, quien señala que el duelo es la renuncia forzada a algo que se hubiera preferido seguir teniendo.

El ser humano, es por naturaleza un ser social, necesita establecer desde su nacimiento determinados vínculos afectivos, lazos de apego que le sirvan para sentirse amado y protegido de la infinidad de adversidades que se presentan en la vida. El desarrollo físico y la maduración emocional de las personas, dependen del establecimiento del apego, es decir, que si no se establecen lazos de apego firmes desde la infancia temprana, es muy probable que el desarrollo emocional del individuo sea deficiente, y que se generen en él, vacíos emocionales que le dificulten llegar a la madurez y fijarse estrategias para la solución de los problemas que se presentan en el transcurso de su vida. El apego funciona como un mecanismo por el cual las personas se desarrollan y si dicha capacidad está dañada, la probabilidad de desarrollo social eficaz disminuye.

A lo largo de la vida, se forman distintos tipos de apego, en primer lugar, se tiene a la madre, con quien se forma, a primeras cuentas un vínculo simbiótico y estrecho del cual el infante debe separarse, sin romper totalmente la relación. Posteriormente, se establecen apegos con el resto de personas importantes, aparece entonces la figura paterna, los hermanos y el resto de la familia. Los vínculos afectivos se fijan con

diferentes personas y, dependen de la intensidad y frecuencia de la relación que se tenga con estas personas; es por ello que se puede establecer vínculos con la pareja, los hijos, los amigos y otras muchas personas. Sin embargo, cuando una de éstas fallece, el vínculo se ve irremediabilmente roto en el plano físico. El individuo debe hacerse la idea de que su ser querido ya no se encuentra físicamente presente, y sin embargo la relación continúa existiendo en el plano espiritual a través de un lazo invisible de afecto, de ahí que a pesar de no tener contacto con la persona, se tengan aún sentimientos hacia ella y estos sentimientos sean fuente de sufrimiento.

Las personas funcionan a través de diversos sistemas, en los cuales se desempeñan roles específicos; una misma mujer, por ejemplo, puede jugar roles de madre, hija, tía, abuela, amiga, trabajadora, creyente de determinada religión, vecina o simplemente conocida. El papel que se desempeñe a nivel social, implicará el grado de afecto que se tenga ante una persona. Es por ello que la intensidad con que se viva el duelo no será la misma en cada persona. El sentimiento diferirá, si el fallecido es el padre, por ejemplo, a que si fuera algún vecino o un simple conocido. De la misma manera, debe observarse el grado de relación que se tenga con la persona; por cuanto, la muerte de un padre con quien se tenía una mala relación, no será percibida de la misma forma que si la relación hubiera sido buena y muy cercana. Es bien sabido que los seres humanos tienden a aferrarse a las personas u objetos, ya que consideran que es lo único que los puede salvar, sin considerar que lo que preside a aferrarse, es el dolor y lo único que puede contrarrestar el dolor es el desapego hacia lo que se puede llegar a perder o a lo que se ha perdido.

Es importante aclarar, que el duelo es un proceso, no un estado, que va acompañado de dolor y sufrimiento, razón por la cual es necesario el acompañamiento para poder asimilar tanto la muerte de la persona fallecida, como los sentimientos que surgen ante la pérdida.

Como se ha dicho, cuando se habla de duelo, se evoca irremediabilmente a la pérdida. Y ésta no sólo se da a través de la muerte, sino también por una separación, la mutilación de una parte del cuerpo o la pérdida de cualquier bien preciado; la pérdida en sí, sin importar el objeto, indica la aparición de diferentes sentimientos y la reacción ante ellos depende tanto de factores culturales como de factores individuales.

La pérdida, en efecto debe ser elaborada en la persona tanto a nivel cognitivo, lo que comprende el entendimiento de dicha pérdida y de que no se volverá a tener

contacto con el objeto perdido; como emocional, que requiere de una elaboración más compleja, y que incluye no sólo la aceptación, sino la vivencia de dichos sentimientos a través de un proceso conocido como proceso de duelo. El duelo implica despedirse y esto a su vez conlleva el apareamiento del dolor, que es individual, se vive en solitario y trae consigo intensos sentimientos, entre los cuales el más común es la tristeza.

La tristeza es una emoción innata del ser humano, que provoca cierto malestar, caracterizada por la falta de energía. La tristeza es “una emoción normal y saludable, aunque displacentera, porque significa extrañar lo perdido.”¹² Se distingue del sufrimiento, puesto que éste implica una decisión, según Bucay, la decisión de no avanzar. “Sufrir es cronificar el dolor. Es transformar un momento en un estado, es apegarse al recuerdo de lo que lloro, para no dejar de llorarlo, para no olvidarlo, para no renunciar a eso, para no soltarlo aunque el precio sea mi sufrimiento, una misteriosa lealtad con los ausentes. El sufrimiento es racional aunque no sea inteligente, induce a la parálisis, es estruendoso, exhibicionista, quiere permanecer y necesita testigos.”¹³ El sufrimiento va de la mano con el martirio, hacerse mártir, tomando cierto protagonismo egoísta a costas del fallecido, implica cierta connotación histórica y una serie de mecanismos patológicos de defensa ante la realidad que se vive.

La expresión más frecuente de la tristeza es el llanto, que se tiende a evitar en algunas ocasiones, por prejuicios sociales, por la consideración de que la persona que se muestra llorando es una persona débil, igualmente, se evita por el deseo de proteger a las personas a su alrededor para no hacerlos sentir mal por el sufrimiento que se está atravesando.

La tristeza no implica necesariamente la aparición de la depresión, ya que se diferencia de la depresión, puesto que esta última es un trastorno del estado de ánimo, de causas diversas, que incluye a la tristeza como una manifestación crónica, pero además otras características, como la falta de voluntad para realizar acciones, la pérdida del interés en actividades placenteras, la disminución marcada del funcionamiento social, laboral o escolar, así como “un vacío existencial, culpa, sensación de soledad. En la mente se crea pesimismo, acrecentamiento de pensamientos cada vez más dominantes de inseguridad y temor.”¹⁴

¹² *Ibíd.* Pág. 13

¹³ *Ibíd.* Pág. 13

¹⁴ *Ibíd.* Pág. 13

Lindemann¹⁵, citado por Castro, elaboró listas sobre las manifestaciones del duelo de la siguiente forma:

- ✓ Sensaciones: las básicas son el placer y el dolor. Las adicionales son: vacío, debilidad, sequedad, satisfacción, insatisfacción, opresión, fatiga, palpitaciones, calor, tensión, incomodidad, ligereza, suavidad, excitación, frío y nerviosismo. Las sensaciones más comunes son vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, falta de energía, incomodidad ante el ruido, falta de energía, incomodidad ante el ruido, falta de aire, sensación de despersonalización, tensión y debilidad muscular, sequedad en la boca, fatiga, palpitaciones, oleadas de calor.
- ✓ Sentimientos: tristeza, soledad, fatiga, impotencia, shock, alivio, insensibilidad, miedo, enojo y culpa.
- ✓ Cogniciones: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia y alucinaciones.
- ✓ Conductas: trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, sueños con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, desinterés sexual, buscar y llamar en voz alta al fallecido, suspirar, hiperactividad frenética, llanto, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido, atesorar objetos del fallecido. es conveniente observar la intensidad y duración, hay que si se presentan de manera exagerada pueden generar un duelo patológico.

Durante el proceso de duelo, se manifiestan la mayoría de las distintas emociones que se han abordado con anterioridad, sin embargo, si éstas no encuentran un modo de expresión pueden producir un estancamiento, que impida la resolución adecuada del proceso. “Si por diversas razones (...) esos sentimientos dolorosos no encuentran la expresión directa que exigen y son reprimidos, permanecen inconscientes y pueden producir la serie de síntomas que se observan en las formas patológicas de duelo”¹⁶

A través de los diferentes estudios realizados por profesionales de la salud mental, se ha obtenido la diferenciación de una serie de etapas características y comunes de los procesos de duelo. Elisabeth Kübler-Ross, tras una serie de estudios con pacientes moribundos, formuló la primera serie de etapas comunes al proceso en

¹⁵ Castro González, María Del Carmen. “TANATOLOGÍA, LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL PROCESO DE DUELO” Trillas. México. 2008. Pág. 117

¹⁶ Arfouilloux, Jean Claude “LOS NIÑOS TRISTES. LA DEPRESIÓN INFANTIL” Fondo de Cultura Económica México. 1995. Pág. 58

pacientes por duelo anticipado, es decir, pacientes en etapa terminal y sus familiares. Las etapas propuestas por Kübler-Ross son las siguientes:

- Negación: mecanismo de defensa que funciona como primera reacción ante cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad, se convence de que el resultado recibido es equivocado y busca alternativas para comprobarlo. En el duelo por fallecimiento la negación se da en el momento en que la persona niega la muerte de su ser querido y afirma que éste no ha muerto, que se equivocan de persona, o que no es posible el suceso. El fin de la negación es buscar la adaptación del sujeto, para amortiguar la noticia.
- Enojo: se da cuando hay una aceptación de la realidad, una realidad que no puede ser modificada. “Todo lo que ve le produce un agudo dolor, recordar su condición lo inunda de odio y rencor.”¹⁷ En el duelo por muerte el enojo se da en la medida que la persona comienza a culpar a otros por el fallecimiento de la persona. “La culpa es una forma de evitar el dolor, aflicciones y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar”.¹⁸
- Negociación: comienzan a hacerse tratos aparentes con quien pueda salvarle de enfrentar el dolor. “Se trata de alguna manera de una conducta regresiva, pidiendo tiempo a cambio de buena conducta. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen conciencia de ello.”¹⁹
- Depresión: una etapa de enojo, pero que es autodirigido, comienza una sensación de vacío y desesperación ante la irremediable realidad, en el duelo anticipado se conjuga con las distintas necesidades que no puede satisfacer, como el trabajo, el observar a la familia en el proceso y el inevitable avance de la enfermedad.
- Aceptación: se basa en la superación de las fases previas y se logra cuando la persona ha encontrado solución a sus asuntos incompletos, la persona se puede centrar en sus asuntos presentes sin estar fijado en la pérdida. “En los casos de enfermedades terminales el paciente que acepta de alguna manera renuncia a lo anterior y comienza su despedida en paz y armonía. En esta etapa no hay ni felicidad, ni dolor, sólo paz. El dolor en todo caso está en quienes rodean al enfermo

¹⁷ Op. Cit. Castro González, María Del Carmen. Pág. 40

¹⁸ Ibídem Pág. 108

¹⁹ Op. Cit. Bucay, Jorge. Pág. 40

que también deben adaptarse a que éste sólo desee el silencio para terminar sus días en paz consigo mismo y con el mundo.”²⁰

Por su parte, Bucay establece etapas en un plano diferente a las propuestas por Kübler-Ross, que se basan en sus observaciones sobre el tratamiento de pacientes en duelo y su intervención con la psicoterapia gestáltica, las cuales son las siguientes:

1. Incredulidad: la noticia de la muerte del ser querido aparece ante el individuo causando un shock, un momento de confusión y negación de la realidad, el dolor no se experimenta, y prepara para la siguiente etapa. La duración de la etapa suele ser entre minutos y días, o convertirse en una negación total de la realidad, convirtiéndose así en patológica.
2. Regresión: la regresión ocurre cuando se la persona se “da cuenta” de la realidad y se conecta finalmente con el dolor. Se le llama regresión, porque “uno llora como un chico, uno patalea, uno grita desgarradoramente, demostraciones para nada racionales del dolor y absolutamente desmedidas. Actuamos como si tuviéramos cuatro o cinco años.”²¹ Se da un desborde emocional, el encuentro con las emociones de dolor y tristeza.
3. Furia: implica la plena conciencia de lo sucedido. Puede ser manifiesta o enmascarada, el enojo se dirige a quien se considera responsable de la muerte, bien puede ser el médico, o si fue un accidente, al conductor del vehículo, al tiempo en el que se considera “el lugar equivocado, a la hora equivocada”, o con Dios mismo, quien no salvó al ser querido, a la circunstancias o con el mismo fallecido por haberse ido, su función es dar un tiempo más para proteger de la angustia y la tristeza en pleno.
4. Culpa: usualmente se da a causa del enojo, culpa por haberse enojado, por pensar que pudo haber evitado el fallecimiento del ser querido, porque no pudo satisfacer todas sus necesidades, por haber peleado con él antes de la muerte, entre otras situaciones. La culpa en sí es un autoengaño, tomando la posición omnipotente del “si hubiera”, lo que retrasa más aún el apareamiento de la tristeza.
5. Desolación: “Esta es la etapa más temida. Tanto que gran parte de lo anterior pasó para evitar esto, para retrasar nuestra llegada aquí. Aquí es donde está la

²⁰ Ibídem. Pág. 40

²¹ Ibídem. Pág. 21

impotencia, el darnos cuenta de que no hay nada que podamos hacer, que el otro está irremediablemente muerto y que eso es irreversible.”²² Aparece junto con la soledad, el darse cuenta de los espacios que el fallecido ha dejado, el verdadero vacío. En ella se manifiesta la inacción, la falta del deseo, las ganas y la falta de iniciativa. “Lo malo de esta etapa de desolación es que es desesperante, dolorosa, inmanejable.”²³

6. Fecundidad: comienza a sentirse una necesidad de dar, en especial de dar algo a quien falleció, se manifiesta ante un principio llamado identificación, donde el individuo se identifica con ciertos aspectos del fallecido, trata de volver esos aspectos “propios”. Sin embargo, esa identificación, puede convertirse en idealización, casi una idolatría hacia el ser que falleció. Lo importante, es que se comienza un paso hacia la acción, la energía que ha sido rezagada, se transforma en una acción.
7. Aceptación: implica la diferenciación o discriminación entre el fallecido y uno mismo, asumir que el que murió “fue él, no yo”, el final de la vida, fue para esa persona, no para uno. La otra implicación es la interiorización, que significa tener conciencia de lo que la otra persona dejó en uno, una huella.

Castro señala dos clases de duelo, el *duelo normal* donde se lleva a cabo todas las etapas del proceso de duelo y el *duelo patológico* el cual se caracteriza por la intensidad (la persona no manifiesta dolor o el mismo le impide vivir sanamente) y la duración (exceso de dos años). Cuando se habla de *duelo racional*, se refiere a un tipo de duelo que es más aceptado, ya que como seres humanos se tiene la certeza de que no se vive para siempre y que la muerte es algo normal en la vida de las personas. El miedo a la muerte se da ante la anticipación de que va haber dolor y sufrimiento ante la pérdida de una persona significativa, por lo cual el *duelo emocional* es difícil de procesar debido a que se tiene a reprimir las emociones y no se da paso a la liberación de emociones y sentimientos, produciendo un bloqueo emocional.

El duelo, puede ser dificultado por diferentes situaciones. La persona misma puede crear obstáculos para realizar una adecuada elaboración de duelo, evadiendo sentimientos, no compartiendo sus sentimientos de tristeza, enojo o culpa con otras

²² Ibídem. Pág. 22-23

²³ Ibídem. Pág. 22-23

personas, aislándose de su familia y amigos, recurriendo a drogas o alcohol con el fin de aliviar un poco el dolor o aislándose con el fin de no realizar actividades que antes eran placenteras y que al realizarlas después de la muerte del ser amado, pueden ocasionar culpa por el hecho de poder disfrutar esas actividades y que la otra persona ya no puede. Para Bucay existen tres caminos frente a la pérdida: 1) la superación 2) la negación y 3) el sufrimiento.

John Bowlby²⁴, citado por Arfouilloux, hace referencia a puntos importantes sobre el proceso de duelo patológico del adulto, en el cual cita cuatro tipos de respuesta del sujeto ante la pérdida:

1. Un deseo irrefrenable de recuperar el objeto desaparecido.
2. La cólera y los reproches que se le hacen al objeto.
3. El desplazamiento de la aflicción y la compasión hacia objetos sustitutos.
4. Negación del carácter permanente e irreversible de la pérdida del objeto.

Los factores de riesgo para que un duelo patológico se desencadene en el paciente pueden ser: negar el duelo, depresión grave, abuso de drogas, estancarse en alguna fase del ciclo, duración anormal de síntomas, trastornos psicosociales de integración, ideas recurrentes acerca de la propia muerte, frenar el avance hacia alguna etapa por ganancia secundaria, ausencia de pena.

Los duelos patológicos se clasifican en: duelo crónico (duración excesiva), duelo ausente (la persona se queda atrapada en la negación), duelo congelado (cuando el cadáver no se encontró), duelo retrasado (cuando la persona presentó una reacción emocional débil, que luego reinicia), duelo exagerado (la persona recurre a una conducta desadaptativa a través de la exageración), duelo enmascarado o reprimido (cuando no se expresa los sentimientos abiertamente).

Por otra parte, la función de la elaboración de un duelo sano es la de restituir o sanar, por lo cual el inicio de la elaboración del duelo es “guardar luto”; el luto es una respuesta social ante la pérdida donde se realizan rituales para despedirse del muerto. “La respuesta cultural en el caso de la muerte de alguien, es diferente en cada tiempo y en cada lugar. Hay reglas, costumbres y rituales para enfrentar la pérdida de un ser querido, que son determinados por la sociedad y que forman parte integral de la

²⁴ Op. Cit. Arfouilloux, Jean Claude. Pág. 57

ceremonia del duelo (...) Los ritos están diseñados para el aprendizaje y la adaptación del hombre a diferentes cosas. Entre ellas, para que el individuo acepte la muerte y acepte la elaboración del duelo. Los ritos tienen que ver con la función de aceptar que el muerto está muerto y con la legitimación de expresar públicamente el dolor, lo cual, como vimos, es importantísimo para el proceso.”²⁵

Los rituales ayudan a realizar la elaboración del duelo, a entender la idea de la muerte y aceptar su ocurrencia dentro de la familia o el grupo social al que se pertenece. Provocan en el doliente un sentimiento de pertenencia y acompañamiento, la idea de que no se está solo atravesando el proceso, puesto que el dolor es compartido; esto es evidente en la costumbre de “dar el pésame” en la cultura guatemalteca, y otras tradiciones como llevar a la familia productos de primera necesidad para contribuir a sus posibles apuros económicos. Muchos rituales incluyen, por ejemplo ver al fallecido en el ataúd durante el velatorio para dar un último adiós al mismo, ritual que en el fondo ayuda a las personas a anclarse a la realidad, a superar la negación de que el ser querido, está muerto. “(La nostalgia) cuando puede exteriorizarse en forma de quejas y protestas abiertas se extingue poco a poco y el trabajo de duelo sigue su curso. Vemos cómo los ritos y ceremonias funerarias favorecen esa solución en el seno de la colectividad.”²⁶

A través de la historia, las diferentes culturas han establecido sus propias concepciones sobre la muerte. Lo que para una cultura se ve como un acto de trascendencia, para otra es tomado como un tabú, donde no se permite la expresión de los sentimientos. En la cultura guatemalteca la despedida para el fallecido depende de la religión y las costumbres tanto del pueblo donde vivía la persona o de las costumbres que pasan de una generación a otra dentro de la familia. El muerto se puede velar en la casa o en una funeraria, se ofrece comida como tamales, chocolate, café, sopa o sándwich y se cuentan anécdotas del fallecido, la velación puede durar entre uno y dos días, en algunos casos, al día siguiente del entierro, se ofrece una misa de cuerpo presente en una iglesia y luego se dirigen al cementerio seguido por una caravana de carros.

Las personas que profesan la religión católica dedican un rezo al fallecido durante toda la noche y al día siguiente se realiza el entierro. A partir del siguiente día, los

²⁵ Op. Cit. Bucay, Jorge. Págs. 14-25

²⁶ Op. Cit. Arfouilloux, Jean Claude. Pág. 57

familiares y personas cercanas al fallecido realizan una “novena”, esto es el rezo de un “rosario” durante nueve días dedicado al difunto. Se elabora un altar, donde se coloca la foto del difunto, colocan flores, candelas, un rosario, un vaso con agua y otros objetos significativos. Dichos objetos, tienen un simbolismo propio de la religión, por ejemplo, el vaso de agua se coloca desde que muere la persona sea en un hospital, en casa o en la calle con el fin de que “el muerto tome agua por si le da sed en el momento en que hace consciente que está muerto”, las candelas se colocan con el fin de guiar al muerto hacia el camino de la luz. La religión católica considera que el muerto pasa por una transición para “entrar al cielo”, el fallecido espera en el purgatorio su entrada al cielo y por esa razón los familiares realizan el rezo, ya que según sus creencias, entre más rezos se hagan, más rápido puede entrar al cielo.

Terminada la novena, se llevan los objetos y las rosas al cementerio y se adorna con ellas al fallecido; a los cuarenta días se hace una misa, con el fin de recordar al fallecido y seguir acumulando rezos y de igual manera se realiza otra misa al año de difunto lo que se conoce como “acabo de año”, misa que se repite a los siete años del fallecimiento de la persona.

Guatemala, al ser un país multicultural, conserva también diferentes rituales. En la mayoría de los pueblos los velan en casas y a veces asiste casi todo el pueblo, pasando la noche junto al féretro del fallecido; fumando, tomando licor o jugando cartas y de igual manera se ofrece comida; al amanecer se realiza una misa en la iglesia del pueblo y se dirigen al cementerio caminando detrás del féretro, en algunos casos seguidos por un “mariachi” o con música.

De igual manera, guatemaltecos pertenecientes a la etnia indígena, mantienen actitudes diferentes a los realizados por quienes se identifican con la etnia ladina. “Al morir un miembro de la familia, un hombre adulto de la misma y un pariente acuden a la municipalidad para reportar la muerte y pagar un entierro en un cementerio. No da ninguna muestra de dolor al realizar el trámite. En algunos casos, se ha visto a los hombres informar del suceso al alcalde sonriendo, con gran resignación. Mientras los hombres de la casa estén sobrios, no expresan su tristeza ni lloran”²⁷. En el enunciado anterior es evidente el machismo y la tendencia cultural a reprimir a los hombres a demostrar sus sentimientos abiertamente.

²⁷ Prensa Libre. “RITOS Y CREENCIAS DE GUATEMALA. LA MUERTE.” Editorial Prensa Libre. Guatemala. 2006. Pág. 4

La cantidad de rituales realizados por los miembros de la etnia maya, varía dependiendo de la región, por ejemplo, “los actuales mayas k’iche’ en Totonicapán miran la muerte con serena desenvoltura y naturalidad, la consideran como un alivio y una liberación de la miseria de la vida presente”. Los rituales comienzan desde antes del deceso de la persona, de quien si se tiene noticia de enfermedad, se está cerca de él en vela todo el tiempo que sea necesario, cuando la persona fallece “se repica la campana con toques lentos, para avisar a la comunidad del deceso acaecido (...) en la casa del difunto se reúnen los parientes y personas de la localidad.”²⁸ Mientras los hombres se encargan de los trámites necesarios para velación, las mujeres son las encargadas de atender a los visitantes.

Después de transcurrido el tiempo del fallecimiento, se realizan rituales para recordar al difunto en el aniversario de su muerte “El 1 y 2 de noviembre, para manifestar que los difuntos son esperados y bien acogidos en la casa que les perteneció. (...) Sobre el altar doméstico, durante toda la noche, permanecen encendidas algunas velas; mientras que en otro lugar de la casa, usual y querido por los difuntos, se colocan platos con alimentos tradicionales y bebidas con los cuales el (alma del) difunto se pueda regocijar.”²⁹

En otras localidades, como Santiago Sacatepéquez, municipio del Departamento de Sacatepéquez, se realizan rituales de gran magnitud, como el alza al cielo de los barriletes gigantes, que “representan el vehículo por medio del cual los espíritus de los antepasados, los ancestros de los campesinos mayas de Santiago Sacatepéquez se unen a sus vivos durante 24 horas para luego retornar a sus moradas eternas. Es la concreción del mito del eterno retorno.”³⁰

Finalmente, a parte de la cultura, existen muchos otros factores que pueden dificultar o facilitar el proceso, como los enunciados por Castro:

- Tipo de muerte: natural, accidental o muerte violenta.
- Relación afectiva con el fallecido: depende del apego.
- Edad: si la persona fallecida es niño, adolescente o adulto joven agrava más la situación, que si fuera una persona de la tercera edad.

²⁸ Ibídem. Págs. 10-15

²⁹ Ibídem. Págs. 10-15

³⁰ Ibídem. Págs. 10-15

- Situación económica: si se cuenta con los recursos suficientes para sufragar los gastos que conlleva el proceso y cumplir con los rituales o si el fallecido tenía deudas.
- Sexo del doliente: para una mujer la elaboración del duelo es más fácil, ya que socialmente, a la mujer se le permite exteriorizar sus sentimientos de una forma menos estigmatizada que un hombre.
- Espiritualidad y fe: dependiente de la religión, si se profesa o no, y los rituales que provienen de ella.
- Circunstancias: la vivencia de un duelo anticipado facilita de cierta manera la elaboración del duelo, pues permite un tiempo previo para dejar los asuntos arreglados y despedirse de la persona de una manera adecuada.
- Apoyo social: las redes de apoyo facilitan que el proceso sea afrontado de una forma adecuada, ya que brinda al doliente un respaldo, para no sentirse solo en el proceso.

1.2.5. Bases terapéuticas en los procesos de duelo

El apoyo psicológico es indispensable para los dolientes, es por ello, que deben plantearse los principales puntos básicos del abordaje terapéutico, desde una perspectiva multimodal. Desde un comienzo, en todo tipo de atención psicoterapéutica, el terapeuta debe tomar ciertas actitudes, que en definitiva son parte integral del proceso, puesto que contribuyen en la mejoría del paciente, Rogers ha puesto gran énfasis en la actitud que debe mostrar el terapeuta ante el paciente, la cual debe basarse en los siguientes preceptos:

- a. Orientación filosófica: actitud hacia la dignidad del individuo, sin desvalorizarla.
- b. Congruencia, autenticidad: sinceridad, transparencia del acompañante.
- c. Consideración positiva incondicional: actitud opuesta al juicio y la evaluación. Aceptación cálida y genuino interés de todos los aspectos del paciente.
- d. Comprensión empática: comprender al paciente desde su marco de referencia.

La comunicación es el factor principal en el proceso, las personas se comunican en todo momento; incluso cuando se está en silencio se está en constante comunicación, puesto que el cuerpo en sí mismo es comunicante, la postura, los gestos y el silencio prolongado comunica ciertos estados internos que es difícil ocultar. En la relación terapéutica, es importante tanto la comunicación verbal como la comunicación

no verbal. Es esencial que el terapeuta maneje ciertas habilidades que le permitan comunicarse de manera eficaz con el paciente, así como comprender lo que el paciente está comunicando. Por tanto, la escucha activa también es importante durante todo el proceso, puesto que “cuando un terapeuta no escucha, el cliente puede sentirse desmotivado para la autoexploración, puede tratarse un problema erróneo o puede proponerse una estrategia prematuramente.”³¹

El establecimiento de una relación empática también es indispensable para que se dé una apertura hacia el proceso, y por tanto éste pueda ser más productivo para el paciente. En palabras de Rogers, “Por consiguiente, la relación (...) se caracteriza de mi parte, por una especie de transparencia que pone de manifiesto mis verdaderos sentimientos, por la aceptación de la otra persona como individuo diferente y valioso por su propio derecho, y por una profunda comprensión empática que me permite observar su propio mundo tal como él lo ve.”³²

El establecimiento de la empatía con el paciente conlleva una gama de situaciones que deben evitarse, como: generalizar, descalificar al paciente, decirle al paciente qué hacer, planear y programar la vida del paciente, enfatizar los sentimientos negativos, repetir demasiado, divagar o distraerse, usar un lenguaje inapropiado, hablar con discursos muy prolongados, abusar de las preguntas, adelantarse a lo que dirá el paciente y crear juicios de valor en cuanto a su conducta o sus sentimientos que puedan hacer sentir al paciente juzgado o señalado.

Thomas Gordon³³ enumeró doce barreras que se interponen en la comunicación, por tanto el acompañante debe evitarlas: 1. ordenar, mandar, exigir. 2. amenazar, asustar. 3. moralizar, sermonear. 4. aconsejar. 5. dar una lección. 6. juzgar, censurar, criticar. 7. felicitar. 8. ridiculizar. 9. interpretar, analizar. 10. tranquilizar, identificarse. 11. preguntar, interrogar. 12. eludir, bromear.

También, como acompañante del proceso de duelo, se deben evitar ciertas actitudes que no sólo dañan el proceso de establecimiento de empatía, sino que

³¹ Cormier, William H.; Cormier, Sherilyn. “ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS. HABILIDADES BÁSICAS E INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES.” Desclée de Brouwer. España. 2000. Pág. 139.

³² Rogers, Carl. “EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. MI TÉCNICA TERAPÉUTICA.” Editorial Paidós España. 1981. Pág. 27

³³ Op. Cit. Castro, María del Carmen. Pág. 139

dificultan la elaboración del duelo. Bucay propone un listado de actitudes que no ayudan al proceso, y que por tanto deben evitarse:

1. No decir que se le comprende si no se ha pasado por una situación similar.
2. No hacer lo que hace la gente "porque es lo que se acostumbra"
3. No intentar buscar una justificación a lo que ha ocurrido.
4. No empeñarse en animar a la persona, ni tranquilizarlo, posiblemente lo que más necesita el otro es ser escuchado.
5. No quitarle importancia a lo que ha sucedido hablándole de lo que todavía le queda.
6. No intentar hacerle ver las ventajas de una nueva etapa en su vida. No es el momento.
7. Evitar las frases hechas.

Al haber definido un adecuado nivel empático, manteniendo siempre la escucha activa y respeto incondicional sobre el paciente, se debe comenzar a trabajar arduamente en el acompañamiento, para lo cual es necesaria una minuciosa exploración del caso, lo que puede realizarse a través de un esquema predefinido de examen mental, que es la evaluación de los aspectos verbales, no verbales, cognitivos y emocionales del paciente; además de la obtención de información importante a través de la entrevista psicológica, la cual debe abarcar las áreas importantes para la terapia multimodal, que se han descrito anteriormente.

Una vez se tenga la suficiente información, es indispensable trazarse objetivos terapéuticos, para que el paciente pueda: Aceptar la pérdida, expresar libremente el dolor propio de la aflicción, reubicarse sin el difunto, resituarse emocionalmente al difunto en la vida del que se queda. Para Worden, citado por Bucay, las metas de orientación para la ayuda son diez:

1. Ayudar a la persona en duelo a aceptar la pérdida, invitándola a hablar acerca de ella y de las circunstancias que la rodearon.
2. Ayudar a identificar los sentimientos relacionados con la pérdida, no criticando su presencia, más bien avalando su expresión.
3. Ayudar a vivir sin el fallecido y a tomar sus propias decisiones.
4. Ayudar a independizarse emocionalmente del fallecido y establecer relaciones nuevas.

5. Ayudar a enfocar su duelo en situaciones especiales como cumpleaños y aniversarios.
6. "Autorizar" la tristeza dejando saber que es lo apropiado e informando de las diferencias individuales de este proceso.
7. Dar apoyo continuo, incondicional y sin límite de tiempo.
8. Ayudar a la persona a entender su propio comportamiento y su estilo de duelo.
9. Identificar problemas irresueltos, eventualmente sugerir ayuda profesional.
10. Escuchar y comprender.

Una meta que también es importante para la elaboración del duelo es la descarga emocional "sentir y expresar el dolor, la tristeza, la rabia o el miedo frente a la muerte de un ser querido es el mejor camino que existe para cerrar y curar la herida por la pérdida. Es mediante la actualización y la expresión de los sentimientos que la persona en duelo se puede sentir aliviada y liberada."³⁴ Nunca se debe interrumpir la expresión del dolor, en lo posible se debe hacer que la persona se exprese acerca del ser querido que ha muerto. "Es imprescindible, cuando estamos cerca, permitirle al que está de duelo que hable todo el tiempo y todas las veces que lo necesite del difunto y participar con naturalidad de ese diálogo. Recordar a la persona amada es un consuelo para los supervivientes."³⁵

Nicolas Abraham y María Torok, citados por Arfouilloux, señalaron que "el duelo es también un trabajo sobre las palabras. Para llevar a cabo dicho trabajo es necesario poder hablar del muerto sin que pese una prohibición sobre las palabras que lo designan."³⁶ La meta psicoterapéutica debe girar en torno a la resolución de los conflictos de separación que intervienen con el proceso. "La terapia puede ayudar a la persona a ver que la culpa, rabia u otros sentimientos negativos pueden estar interfiriendo en otros más positivos y viceversa. La terapia de duelo incluye el lidiar con la resistencia al proceso de duelo, identificar los asuntos pendientes con el fallecido e identificar y acomodar pérdidas secundarias como resultado del fallecimiento."³⁷

Para un adecuado tratamiento, debe definirse el tipo de duelo que lleva el paciente, para lo cual, se sabe que éste es único en cada individuo, sin embargo, Lazare propuso pistas para detectar duelos no resueltos: La persona está siendo entrevistada y

³⁴ Op. Cit. Bucay, Jorge. Pág. 42

³⁵ Ibídem Pág. 42

³⁶ Op. Cit. Arfouilloux, Jean Claude. Pág. 59

³⁷ Op. Cit. Bucay, Jorge. Pág. 43

no puede hablar del fallecido sin experimentar un intenso dolor. Vivencia de algún acontecimiento relativamente poco importante. Una vez identificada la experiencia se puede tratar mediante un proceso: desinfectar la herida, sacar todas las emociones, cerrar la herida verbalizando la vivencia, encontrar un sentido a la experiencia.

También pueden darse estancamientos en el proceso, que se manifiestan a través de interrupciones donde la persona puede crear ciclos falsos: desensibilización, negación o proyección, represión ideológica o introyección. En el ciclo propuesto por Kübler-Ross estos ciclos se dan entre las etapas interrumpiéndolas: en la etapa de negación, la interrupción genera desensibilización. En la etapa de enojo, se da la proyección. En la etapa de negociación, la interrupción corresponde a introyección, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos que pueden desencadenar culpa. En la etapa de depresión, existe mucho enojo reprimido. En la última etapa, la aceptación, se puede presentar deflexión en la cual la persona no quiere contactar con su sufrimiento y tristeza, también puede manifestarse el “no contacto”, que se quede atrapada en el dolor y sufrimiento y no pueda retirarse, lo que conlleva a la “no aceptación”.

El proceso de duelo culmina cuando la persona es capaz de hablar del fallecido sin experimentar el dolor y el sufrimiento que caracterizó el inicio del proceso. Ya no se presentan las manifestaciones somáticas y la persona es capaz de vislumbrar su futuro aceptando los retos que se presenten, a través de un constante interés por la vida, para lo que puede trazarse metas y llevar a cabo planes que resulten beneficiosos para su vida.

1.2.6. Técnicas psicoterapéuticas integrales

A continuación, se definen las técnicas específicas de cada corriente, para la realización de un tratamiento multimodal, partiendo de técnicas específicas en los casos de duelo, hacia las técnicas de aplicación general de cada modelo terapéutico. En primer lugar, es indispensable mantener en mente los fundamentos básicos establecidos en el apartado anterior, además de tomar en cuenta que para el tratamiento de cualquier caso, se debe tener un amplio conocimiento de la problemática del paciente, así como haber definido previamente objetivos generales al hacer la exploración del caso, a continuación establecer objetivos específicos, en base a la tabla de análisis multimodal, en la cual se establecerán las técnicas a utilizar, así como los objetivos de cada una de esas técnicas, en base a la modalidad que se evaluó.

1.2.6.1. Técnicas de terapia centrada en el cliente

Se enfatiza la relación basada en la escucha empática y en la apertura de las técnicas. De este modo, el terapeuta, se sitúa en el nivel y en el marco de referencia del paciente. Para facilitar el crecimiento, se le anima a mejorar su autoconciencia al mismo tiempo que el terapeuta desarrolla conciencia de sí mismo y su capacidad para provocar emociones. Las técnicas se aplican en base a los principios empatía y aceptación incondicional, descritos previamente. Otras técnicas son las siguientes:

1. Reflejo de sentimientos: conduce a la persona a tomar conciencia del sentimiento o intención implícita en su comunicación, implica: Respetar el sentimiento que exprese el doliente, limitar el uso del “¿Por qué?”, ser prudente y permitir que la persona se desahogue, escuchar activamente, emitir alguna frase de reflejo.
2. Concretización: consiste en nombrar la experiencia por su nombre con la carga emocional que esto genera y con sus contenidos específicos, mencionando los sentimientos que se viven y hablando con precisión sobre la persona o personas que intervienen.
3. Escuchar la conducta no verbal del otro (prestando atención a lo que la otra persona pretende decirnos con el cuerpo, observar lo fenomenológico al momento de hablar), escuchar la conducta verbal del otro.

1.2.6.2. Técnicas logoterapéuticas

La logoterapia se enfoca en el encause de las situaciones negativas, hacia una orientación positiva, encaminando así, al paciente a la búsqueda de un sentido por el cual afrontar las situaciones. Entre las técnicas específicas para los casos de duelo, de acuerdo a la Logoterapia, se encuentran: ³⁸

1. Retiro a la calma: la calma y la soledad son una ayuda excelente para superar una carencia existencial sin que para ello sea necesario alojarlas continuamente en casa.
2. Enfrentamiento con la situación: consiste en enfrentar al paciente a la situación, haciéndole ver que la vida tiene preparadas nuevas tareas llenas de sentido. Hasta que no llega la hora definitiva, siempre hay algo importante que resolver

³⁸ Lukas, Elizabeth. “EN LA TRISTEZA PERVIVE EL AMOR” Editorial Paidós. México. 2002. Págs. 10-14

en este mundo, y ahora no va a ser distinto. El duelo no autoriza a eludir responsabilidades.

3. Modulación de la actitud: implica modular la actitud o postura frente a la problemática que está vivenciando. Favorece la actitud ante lo negativo y posibilita su dominio. Mejora la actitud frente a lo positivo y mejora su dominio. Favorece el poder de obstinación del espíritu, lo que permite transformar un sufrimiento inevitable en un acto humano, como triunfo interior.
4. Lucha por una posición digna de vivir: el doliente tiene que encontrar respuestas a las preguntas vehementes que lo intrigan, pero para ello deben eliminarse primero las preguntas mal planteadas del estilo ¿por qué ha tenido que sucederme a mí?, ¿por qué este castigo?, ¿qué sentido tiene mi desgracia?, ¿por qué no ha intervenido Dios? En muchas ocasiones le corresponde a la metodología psicoterapéutica reconducir esta clase de preguntas: ¿de qué me puede servir haber pasado por esto o aquello?, ¿qué lección puedo extraer?, ¿cómo puedo llevarlo de la mejor manera posible? Éstas son las preguntas clave, las que pueden obtener respuestas interesantes de quien las formula. Respuestas con las que se puede vivir y pervivir.
5. Plan de vida: consiste en que el paciente tome conciencia de quien es (realizando su autobiografía), defina hacia dónde va (mediante un proyecto de vida) y tome decisiones en base a su responsabilidad consigo mismo y los demás.

Otras técnicas logoterapéuticas, de aplicación en diversos casos, son las siguientes:³⁹

- ✓ Revaluación de la persona: consiste en percibir los aspectos positivos del paciente, los lados buenos presentes y las buenas posibilidades de expansión futuras. Confrontar a un paciente con sus aspectos positivos.
- ✓ Contribución a la claridad: consiste en la clarificación de las conductas del paciente, se le pide explicar si sabía las consecuencias de sus acciones o de su decisión, según sea el caso.
- ✓ Jugar con alternativas: se inicia un juego socrático, a menudo con la pregunta ¿qué pasaría si...? o ¿se imagina que...? Esta técnica se utiliza para anticipar sus más elevadas posibilidades ante los hechos ya ocurridos o que pudieran ocurrir.
- ✓ Seguir las huellas del sentido: hacer que el paciente se mire en varios espejos imaginarios sus distintas personalidades y actitudes, y nuevamente hacerlo caer

³⁹ Lukas, Elisabeth. “LOGOTERAPIA: LA BÚSQUEDA DE SENTIDO.” Editorial Paidós. España. 2003. Págs.14- 301

en conciencia de cuál de todos esos reflejos se siente mejor y cuál prefiere que sea el que todos conozcan y recuerden de él. Es importante que los pacientes aprendan a no descargar sus emociones en falso.

- ✓ Ejercitar la escucha activa y descarga de lastre: es un acto de auto-trascendencia, consiste en estar interiormente con las otras personas y facilitar la descarga emocional.
- ✓ Intención paradójica: se utiliza principalmente en casos de ansiedad anticipada, aunque también en ciertas fobias, la persona es llevada a la confrontación directa con la situación y de hecho se le pide que desee el encuentro con tal experiencia, que desee confrontarse con el miedo.
- ✓ Derreflexión: el propósito de esta técnica es contrarrestar las tendencias obsesivas compulsivas que con frecuencia se desarrollan en torno a la observación personal. La Derreflexión trata de desfocalizar la atención del paciente a través de algunas estrategias o actividades.

1.2.6.3. Técnicas de terapia racional emotiva

La relación de ayuda que se establece en este enfoque es de carácter cognitivo y directivo, ya que “el terapeuta exhorta, frustra y da instrucciones a sus pacientes para conseguir que analicen sus pensamientos y aprendan a reestructurar racionalmente sus sistemas de creencias”⁴⁰. Sus técnicas se dividen en Cognitivas, Conductuales y Emotivas, las cuales se describen a continuación:

A. Cognitivas

1. Detección: identificación de creencias irracionales y autorregistros.
2. Refutación: afrontamiento de creencias irracionales, confrontación con preguntas como “¿dónde está escrito que así es?”.
3. Discriminación: que el paciente comprenda cuáles son ideas irracionales y cuáles son racionales dándole ejemplos.
4. Tareas cognitivas para casa: listas para que escriba lo que siente, consecuencias y los cambios que necesita hacer.
5. Definición: que el paciente modifique su lenguaje.
6. Técnicas referenciales: identificar cuáles son las emociones más positivas y las negativas. Identificar cuáles son las creencias racionales e irracionales.
7. Técnicas de imaginación.

⁴⁰ Op. Cit. Okun, Barbara F. Pág. 185

- Imaginación racional-emotiva (IR-E): el paciente se sitúa en un sitio donde haya usado una creencia irracional por medio de la imaginación, regresa al momento y trata de cambiar la consecuencia. Cambia una conducta negativa por positiva. Facilitar el control de frustración y preocupaciones para cuando el problema vuelva a presentarse, para afrontarlo mejor.
- Proyección en el tiempo: afrontar con éxito eventos presentes o esperados a pesar de su valoración catastrófica.

B. Emotivas

1. Aceptación incondicional del paciente.
2. Métodos humorísticos para el estrés.
3. Autodescubrimiento (que el paciente se dé cuenta que no es la única persona que atraviesa por una situación como la que vive).
4. Inversión del rol racional.
5. Ejercicio de riesgo: evaluar qué puede hacer en momento de riesgo, cómo podría reaccionar, etc.
6. Ejercicio de ataque a la vergüenza (hacerle ver que no es el único que podría tener vergüenza, promover el control de la vergüenza y conocer las consecuencias positivas del manejo de la misma).
7. Repetición de frases racionales.
8. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías.

C. Conductuales

1. Ejercicio de “no demorar la tarea”.
2. Recompensas y castigos.
3. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

1.2.6.4. Técnicas de terapia gestalt⁴¹

En terapia gestalt, el terapeuta participa con sus pacientes en situaciones de aprendizaje y les enseña a aprender a partir de sí mismos a tomar conciencia de su manera de funcionar. Esa conciencia hace que asuman una mayor responsabilidad sobre sí mismos. La terapia centra su atención en las técnicas verbales y no verbales.

⁴¹ Martín, Ángeles. “MANUAL PRÁCTICO DE PSICOTERAPIA GESTALT” España. Difusión por Internet. Págs. 72-81

A. Técnicas supresivas: pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del aquí y ahora, y de su experiencia, es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere, o lo oculto a fin de facilitar su "darse cuenta".

1. Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver qué surge de él.
2. Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
3. Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
4. Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida.

B. Técnicas expresivas: se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

1. Expresar lo no expresado: maximizar la expresión dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras para que afloren temores de situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva. Pedir al paciente que exprese lo que está sintiendo.
2. Terminar o completar la expresión: se busca detectar las situaciones inconclusas las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del paciente.
3. Silla vacía: consiste en hacer dialogar a las distintas partes que se oponen en el individuo, y en poner en contacto aquellas otras que niega o rechaza, es decir trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles.
4. Inducciones imaginarias: se utiliza para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.
5. Buscar la dirección y hacer la expresión directa - repetición: la intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera

ser de importancia y que se dé cuenta de su significado. Ejemplos: "repita esa frase nuevamente", "haga otra vez ese gesto", etc.

6. Exageración y desarrollo: es ir más allá de la simple repetición tratando que el sujeto ponga énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.
7. Traducir: consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal y expresar con palabras lo que se hace. "¿Qué quiere decir su mano?", "si su nariz hablara, ¿qué diría?".
8. Actuación e identificación: es lo contrario a traducir. Se busca que el paciente "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

C. Técnicas integrativas: se busca que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus vacíos, se enfatiza en la incorporación de la experiencia.

1. El encuentro intra-personal: consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio. Se puede utilizar como técnica la silla vacía, intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.
2. Asimilación de proyecciones: se busca aquí, que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

D. Técnica de diálogo: la silla vacía como técnica de diálogo es una técnica muy utilizada en casos de duelo, consiste en hacer dialogar a las distintas partes que se oponen en la persona y en poner en contacto aquellas otras que se niegan o rechazan, con esta técnica el paciente sitúa a cualquier personaje de su vida con el cual tiene una situación inconclusa, debe establecer un diálogo a las distintas partes que están en oposición con él.

E. Asuntos pendientes (carta al fallecido y silla vacía): la carta al fallecido consiste en escribir una carta a la persona que ha fallecido, lo cual facilita la descarga emocional y

resolución de asuntos que se tenían pendientes con el mismo. Los asuntos pendientes son todos los sentimientos y emociones no resueltos, que no han podido ser expresados porque la persona no se ha atrevido o no ha tenido la oportunidad de expresarlos en el momento que surgieron o no tomó conciencia de ello, durante este tipo de situaciones el terapeuta pide al paciente que trate de completarlo, esto se puede realizar también a través del encuentro con esa persona (utilizando la silla vacía), el paciente debe expresar abiertamente los sentimientos que no se atrevió a expresar antes. En caso de duelo primero se expresan los asuntos pendientes que pueden ser de cualquier tipo, luego el paciente debe despedirse para cerrar la historia que se encontraba abierta, y que pudo manifestarse en sueños, recuerdos y dolencias (somatizaciones).

F. “Me hago responsable”: es otro juego de opuestos “culpa-responsabilidad”. Existen ciertos momentos donde se tiende a proyectar en el mundo la consecuencia de los actos, buscando la culpabilidad fuera del acto propio. Por ello asumir que “yo soy el único responsable de la consecuencia de lo que me ocurra” es un acto desculpabilizar, es el darse cuenta como “me doy cuenta de... y me responsabilizo de ello.”

1.2.6.5. Técnicas de terapia alternativa⁴²

A. Control de la respiración

Respiración diafragmática: es un ejercicio de ayuda para el control de la ansiedad, muy utilizado en la intervención en crisis. Consiste en inhalar profundamente y exhalar con lentitud para experimentar un estado de relajación. Al inhalar profundamente, el diafragma se ve obligado a expandirse y tensarse; mientras que al exhalar, el diafragma se relaja. Otra forma de aplicación de esta técnica es el canto.

B. Técnicas de relajación

1. Conciencia somática - ejercicio de respuestas de relajación (meditación concentrativa): La conciencia somática puede definirse como el proceso por el cual se percibe, interpreta y actúa en relación al cuerpo. Dirigir la atención hacia las sensaciones fisiológicas puede hacer que los individuos reflexionen más profundamente sobre sí mismos. A continuación, se describe el ejercicio de respuestas de relajación, tal como el terapeuta debe conducir al paciente.

⁴² Oblitas. Luis A. “PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA.” Editorial Thomson. México. 2006. Págs. 304-332

* Primera parte: “Siéntese tranquilamente con los ojos cerrados y escuche los ruidos y sonidos que hay a su alrededor... no le dé importancia a ninguno en especial... perciba el conjunto de estímulos... escuche también su respiración y sienta los latidos cardiacos... dígame a sí mismo: soy consciente de todos los ruidos y sonidos que me rodean...”

* Segunda parte: “ahora, concéntrese en sus pensamientos, sentimientos, estados de ánimo, imágenes, recuerdos, es decir, escuche los mensajes de su cuerpo... deje que sus pensamientos vaguen libremente. No analice, ni los juzgue.... preste atención a todos por igual, imparcialmente. Observe como sus pensamientos surgen y como es capaz de observarlos objetivamente... dígame a sí mismo -Soy consciente de mis percepciones, de mis pensamientos, de las sensaciones de mi cuerpo... estoy presente en el aquí y ahora... desde esta posición imparcial, relajada, usted podrá conocerse a sí mismo y a aceptarse completamente.”

* Tercera parte:

- “Concéntrese en algún pensamiento o sensación determinados, que le éste ocasionando alguna molestia y sobre el cual quería trabajar.
- Elija una sola cosa para trabajar algunos minutos. Piense durante este tiempo sólo en lo que eligió.
- Ahora ya no piense en la idea en la que se concentró, ni en nada más, durante unos tres minutos. Descanse a solas consigo mismo. Recuerde que usted es siempre más que sus pensamientos, es quien los experimenta y también los detiene, deje que otra vez reaparezca el pensamiento sobre el cual estaba trabajando. Deje que las ideas fluyan espontáneamente, sin ningún esfuerzo.
- Ahora quédese tranquilo: revise su experiencia”.

Es conveniente concentrarse en el mismo pensamiento, emoción, problema, durante varias sesiones. Cada una de estas aportara nueva información.

2. Relajación progresiva o muscular - técnica de tensión y relajación de Jacobson: Implica tensar un grupo muscular específico en ambos lados del cuerpo, sostener esa tensión de cinco a diez segundos y luego relajarla durante treinta o cuarenta segundos. Este proceso se repite varias veces para cada grupo muscular principal. Se debe poner en posición cómoda, se cierran los ojos y se deja el cuerpo libre de tensiones. Se cierra el puño derecho y se aprieta más y más fuerte; se observa la

tensión que se ha desarrollada en el puño, en la mano y en el antebrazo. Para continuar se debe liberar la tensión. Luego se siente la flacidez de la mano derecha y se compara con la tensión que se sentía anteriormente. Se repite nuevamente el proceso con la mano izquierda y por último con las dos manos a la vez. Luego se dirige la atención hacia la cabeza. Arrugar la frente tanto como se pueda y desarrugarla. A continuación cerrar los ojos y apretarlos fuertemente, luego cerrar la mandíbula con fuerza.

C. Técnicas de visualización

La visualización está basada en la idea de que uno sabe más sobre uno mismo de lo que cree conscientemente. El trabajo de imaginería ayuda a tomar consciencia de la información, que ha quedado oculta y que podría tener una influencia poderosa en el bienestar del individuo. La imaginería es el lenguaje directo del inconsciente y del sistema nervioso autónomo que nos permite acceder a niveles más profundos de autoconocimiento.

1. Respuesta desde lo inconsciente: “Relájese totalmente. Permita que una agradable pesadez se extienda por todo su cuerpo... respire profundamente... Déjese llevar con cada exhalación... permita que sensaciones agradables de calor fluyan a través de todo su cuerpo... libere toda tensión innecesaria, y esté atento a lo que siente en cada parte del cuerpo. Deje que sus manos y sus pies se aflojen. Observe las zonas de tensión y libere la tensión al exhalar.... sienta como su abdomen se afloja con cada exhalación... relaje los órganos internos de su abdomen... relaje su pecho... espalda.... hombros... cuello....afloje su rostro... su respiración es suave, profunda, lenta. Ahora se encuentra en un lugar especial, tranquilo, calmado, seguro... En este lugar especial que imagina, observe todo lo que le rodea: colores, luces, las formas, sonidos, texturas, aromas... respire en la atmósfera de este lugar apacible, reconfortante, y encuentre un punto en el cual pueda centrarse, en el cual usted se sienta equilibrado y seguro... puede decirse a sí mismo -Estoy profundamente relajado y en calma... estoy tranquilo... completamente tranquilo... mi mente está abierta a las imágenes que puedan ayudarme.”

2. “Tormentas de ideas”: escribir todo lo que se le ocurra a la persona sobre las formas en que pueda transformar sus ideas en acciones. Aun cuando las ideas sean descabelladas, se deben de escribir. Se debe imaginar muchas posibilidades

y opciones. Luego se considera cuáles son las más convenientes y se debe de elegir una.

D. Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales

1. Entrenamiento en asertividad: “La asertividad se refiere a defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera, directa, clara y en un momento oportuno.”⁴³ Oblitas hace mención a los componentes clave de un comportamiento asertivo: contacto visual directo, postura corporal erguida, activa y de frente, mantenimiento de la distancia en cuanto al contacto físico, expresión facial acorde a la expresión verbal, modulación del tono de voz, actuar en el momento oportuno y el mantenimiento de pensamientos asertivos, que sean positivos y sin exageraciones.

2. Ensayo de conductas: su base es el descubrimiento de formas apropiadas y eficaces para afrontar las situaciones mediante la modificación de esquemas para reemplazarlos por nuevas respuestas. Consta de los siguientes pasos:

- ✓ Descripción de la situación problema.
- ✓ Representación de lo que se hace normalmente en dicha situación. (role-play).
- ✓ Identificación de cogniciones desadaptativas (respuestas negativas).
- ✓ Identificación de objetivos para cambiar la conducta.
- ✓ Búsqueda de respuestas alternativas.
- ✓ Práctica de la nueva conducta mediante técnicas de imaginación.
- ✓ Evaluación de la eficacia de la respuesta.

⁴³ Muro Dávila. Francisco Javier. “MANUAL DE HABILIDADES PARA LA VIDA” Secretaría de Salud Pública. México. 2009. Pág. 44

1.3. Delimitación

El trabajo de campo para este proceso de investigación, se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”, y se realizó en un período de seis meses. La población con la que se trabajó corresponde a los pacientes que asistieron a la consulta psicológica en dicho centro y la muestra corresponde a los pacientes cuyo motivo de consulta fue duelo por muerte de un ser querido; dicha muestra comprende edades entre los 18 y 60 años, sin distinción de género y tipo de duelo (patológico y no patológico).

Con la presente investigación se logró determinar qué beneficios terapéuticos obtiene el paciente en proceso de duelo mediante el abordaje de la terapia multimodal como tratamiento, así como identificar las corrientes y técnicas terapéuticas con las que se obtienen mejores resultados en dichos casos, la temporalidad de la efectividad del tratamiento multimodal y la utilización de la tabla de análisis multimodal como base para el abordaje terapéutico en los procesos de duelo.

CAPÍTULO II

Técnicas e Instrumentos

2.1. Técnicas

2.1.1. Técnica de muestreo

La técnica de muestreo que se utilizó fue no aleatoria, del tipo intencionada. En el muestreo intencionado se escogen las unidades de análisis, no en forma fortuita sino completamente arbitraria, designando a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia. Estas muestras son muy útiles y se emplean frecuentemente en los estudios de casos.

La elección de la muestra se basó en el motivo de consulta, específicamente, casos de duelo por fallecimiento de un familiar o un allegado al paciente. Los participantes comprendieron entre las edades entre 18 y 60 años, sin tomar en cuenta el género. Para la selección de los casos se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Motivo de Consulta: Pacientes en proceso de duelo por muerte.
- Rango de edad (18-60 años).

2.1.2. Técnica de análisis estadístico

La técnica de análisis estadístico que se utilizó fue de tipo porcentual, evaluando las hojas de evolución, así como la tabla de análisis multimodal de los pacientes tratados.

2.1.3. Técnicas de recolección de datos

En primer lugar, se procedió a la selección del tema a investigar, para lo cual se basó en las necesidades que se observaron en el transcurso de la práctica supervisada, del área clínica. Se realizó la tabla de vaciado con el fin de determinar los objetivos de la investigación, tomando en cuenta el tema y preguntas de la investigación. Posteriormente, se solicitó el permiso a la supervisora de practica de la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”, para consignar los casos atendidos en la clínica psicológica, cuyo motivo de consulta fue duelo, en el proyecto de investigación, asegurando la confidencialidad de los nombres de los pacientes atendidos por las investigadoras. La elaboración de las fichas bibliográficas, se efectuó para tener un mejor conocimiento y posterior manejo de los temas que trata la investigación, la

información recabada en dichas fichas se utilizó en la realización del marco teórico que da un soporte científico a la investigación.

Habiendo cumplido con la entrega de los requerimientos administrativos y la posterior aprobación del tema de investigación, se procedió a la realización del proyecto de tesis, el cual comprende la justificación y el planteamiento del problema, donde se describen las razones por las cuales se escogió el tema de la investigación, qué se pretende alcanzar con la misma y los beneficios se obtendrían tanto para la realización del trabajo de este proyecto, como para para los compañeros estudiantes de psicología. Posteriormente, la realización del marco teórico, que fundamenta este trabajo de investigación, y la determinación de los instrumentos y técnicas.

De la misma manera, junto con el proyecto se comenzó a trabajar con la muestra elegida para el trabajo de campo. Las técnicas que se utilizaron para la obtención de la información son técnicas propiamente clínicas utilizadas para la atención del paciente y las cuales se detallan más adelante; la observación y la entrevista psicológica, se aplicaron en cada una de las con cada uno de los pacientes que acudió a la consulta; junto con las cuales se aplicaron una serie de instrumentos consistentes en: historia clínica, examen mental, hojas de evolución y tablas de análisis multimodal.

Finalmente, habiendo obtenido aprobación del proyecto y realizado el trabajo de campo con la muestra, se inició la realización del informe final, en el cual se detalla el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos en la presente investigación, así como las conclusiones y recomendaciones realizadas al respecto.

2.2. Instrumentos

Cada una de las técnicas mencionadas en el inciso anterior, se apoyaron en instrumentos no estandarizados, utilizados comúnmente en el área de la psicología clínica, con los cuales se obtuvo información más específica para facilitar la investigación y cumplir con los objetivos planteados. Dichos instrumentos comprendieron: historia clínica, examen mental, hojas de evolución y tabla de análisis multimodal.

El tipo de observación que se realizó consta de observación controlada, ya que el paciente llegó a la clínica donde fue atendido por el terapeuta-investigador. El instrumento que se utilizó para apoyo de la observación fue el examen mental; con éste, se realizó un estudio y análisis de las actividades psíquicas, que no son conscientes

en el individuo y que son observadas por el psicólogo como el comportamiento no verbal del paciente. El examen mental está basado en una evaluación de diversos aspectos, para lo cual se creó un instrumento guía, que recaba la información importante, que comprende: apariencia general, porte y actitud, afectividad y estado de ánimo, asociaciones y procesos de pensamiento, contenido del pensamiento y tendencia mental, conciencia, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria, juicio e insight.

Otra de las técnicas utilizadas fue la entrevista abierta, con la misma se recabó información acerca de la vida, situaciones y personalidad del paciente. Los instrumentos que se utilizaron para analizar la información recabada a través de la entrevista fueron: la historia clínica, instrumento que fue generado con la realización de cada caso, y que consta de los siguientes incisos: datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, historia personal, historia familiar, examen mental, impresión clínica, signos y síntomas, focalización, jerarquización, diagnóstico y genograma.

Luego del diagnóstico del paciente, se procedió a la realización del plan de tratamiento o plan psicoterapéutico, el cual fue elaborado para cada uno de los casos, constando de una planificación del tratamiento que se le dio al paciente, y en el cual determinaron las técnicas psicoterapéuticas que se aplicaron, y se establecieron los objetivos generales que se pretendieron alcanzar con las técnicas elegidas, y la descripción de cada una. Con la elaboración de la tabla de análisis multimodal se analizaron las características de cada paciente en distintas modalidades o dimensiones, distintas pero relacionadas, en donde se registró información global y minuciosa de cada paciente y su ambiente social; el análisis multimodal abarcó cada una de las siete áreas que fueron evaluadas en el paciente en el transcurso de cada sesión.

En la tabla de análisis multimodal, se determinó el avance de cada paciente, de acuerdo a las técnicas aplicadas y el logro de los objetivos con cada una de ellas. Los resultados obtenidos se evaluaron de acuerdo a la clasificación de puntajes acordes al estado del paciente en los niveles: leve (0) moderado (1) y grave (2), (dependiendo de la severidad con que el síntoma afectara al paciente), en cada una de las tablas (inicial y de seguimiento) en las columnas de *estado inicial*, *estado actual* y *estado logrado*, determinando así, si el paciente obtuvo una mejoría significativa. Finalmente, las hojas de evolución fueron una guía para observar los cambios y los avances que mostró el paciente a lo largo de cada sesión terapéutica, y también sirvieron de apoyo, junto con la historia clínica para la realización de las Tablas de Análisis Multimodal.

CAPÍTULO III

Presentación y Análisis de Resultados

3.1. Características del lugar y la población

3.1.1. Características del lugar

El trabajo de campo de la investigación se realizó en la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”, ubicada en “Talleres de Capacitación y Promoción La Divina Providencia” situada en la 7a. Avenida 39-75 de la Zona 8 Ciudad Capital de Guatemala. En dicho centro se prestan los servicios de atención psicológica a las personas que asisten a los Talleres de Capacitación “La Divina Providencia”, sus familiares y habitantes de las zonas aledañas.

3.1.2. Características de la población

La población elegida a investigar, fue conformada por pacientes que asisten a consulta psicoterapéutica en la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”. Dicha población oscila en diferentes edades, entre niños y adultos, hombres y mujeres, que por lo general pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y medio, que acuden a la Clínica Psicológica. La población objeto de estudio fue integrada por el estudio de casos de hombres o mujeres, comprendidos entre los 05 y 60 años de edad. El trabajo de campo tuvo una temporalidad de seis meses, destinados al tratamiento de cada uno de los casos de duelo, según la muestra establecida en el capítulo II.

3.2. Análisis cuantitativo

El cuadro No. 1, que a continuación se presenta, muestra la síntesis de las corrientes y técnicas y su frecuencia de aplicación en los procesos terapéuticos. En la columna de *frecuencia de funcionalidad* se muestra si cada una de las técnicas psicoterapéuticas aplicadas tuvo o no resultados satisfactorios. En la columna *temporalidad*, se muestra la frecuencia de aplicación de cada técnica de acuerdo al trimestre que fue aplicada, lo cual permite tener una visión clara sobre la temporalidad en que tuvieron efecto positivo con relación al proceso de duelo y el tiempo de respuesta de los pacientes al proceso; esto de acuerdo a los resultados en cada una de las tablas de análisis multimodal, inicial o de reevaluación. Finalmente se presentan los totales en las frecuencias de aplicación de cada una de las técnicas de los cuatro modelos utilizados durante los procesos terapéuticos.

Cuadro No. 1

Frecuencia de aplicación, funcionalidad y temporalidad de los modelos y técnicas utilizadas

Corriente	Técnica	F. de Aplicación	Funcionalidad		Temporalidad	
			SI	NO	Primer trimestre	Segundo trimestre
Logoterapia	Modulación de la actitud	5	5	0	5	0
	Plan de vida	7	6	1	3	4
	Revaluación de la persona	3	3	0	3	0
	Contribución a la claridad	1	1	0	1	0
	Jugar con alternativas	2	2	0	2	0
	Descargar lastre y escucha activa	4	4	0	1	3
	Derreflexión	3	3	0	2	1
	TOTALES	25	24	1	17	8
Terapia racional emotiva	Detección de ideas irracionales	3	3	0	2	1
	Refutación de ideas irracionales	5	5	0	4	1
	Tareas cognitivas para casa	4	3	1	3	1
	Definición	1	1	0	1	0
	Técnicas referenciales	2	2	0	2	0
	Imaginación racional-emotiva	5	5	0	4	1
	Autodescubrimiento	1	1	0	0	1
	Autorregistros	1	0	1	0	1
	TOTALES	22	20	2	16	6
Gestalt	Expresión de lo no expresado	18	16	2	12	7
	Asuntos pendientes: silla vacía / carta al fallecido	9	9	0	9	0
	Inducción imaginaria	2	2	0	1	1
	Exageración y desarrollo	1	1	0	1	0
	Actuación e identificación	1	1	0	1	0
	Me hago responsable	1	1	0	1	0
	TOTALES	32	30	2	25	7
Técnicas de terapia alternativa	Respiración diafragmática	12	11	1	8	4
	Relajación progresiva o muscular de Jacobson	3	3	0	3	0
	Entrenamiento en asertividad	1	1	0	0	1
	TOTALES	16	15	1	11	5

Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica "La Divina Providencia", durante el año 2012.

Cuadro No. 2

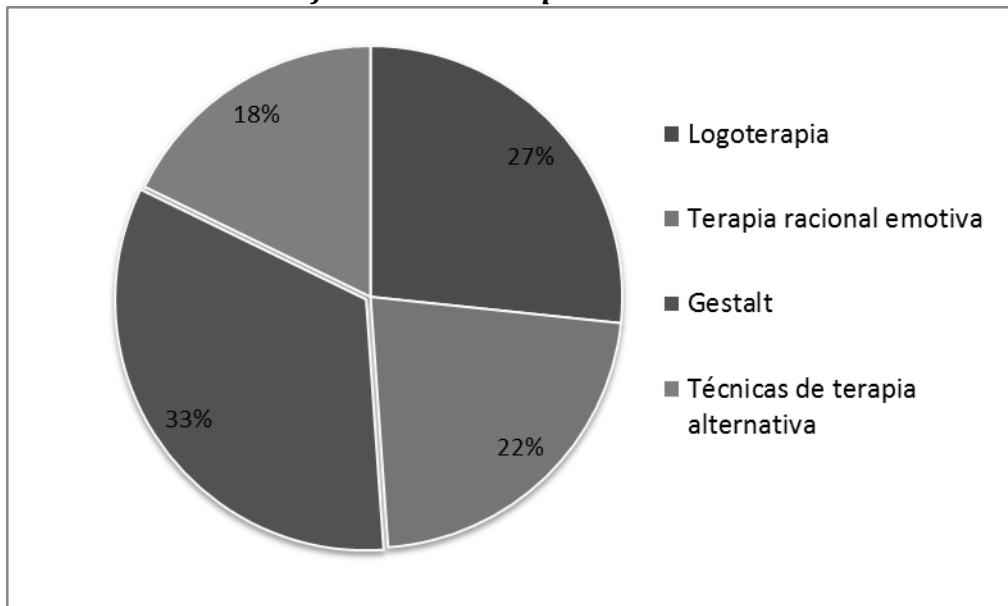
Modelos terapéuticos según su aplicación y efectividad en los procesos duelo

Modelo terapéutico	Frecuencia de aplicación	Frecuencia de funcionalidad	Porcentaje (acorde a funcionalidad)
Logoterapia	25	24	27%
Terapia racional emotiva	22	20	22%
Gestalt	32	30	33%
Técnicas de terapia alternativa	16	16	18%

Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica "La Divina Providencia", durante el año 2012.

Gráfica No. 1

Modelos terapéuticos según su aplicación y efectividad en los procesos duelo



Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica "La Divina Providencia", durante el año 2012.

Descripción

La gráfica señala el porcentaje de la frecuencia de utilización de las corrientes terapéuticas, se pudo observar que el modelo psicológico que se utilizó con mayor frecuencia fue la corriente gestalt con un 33% de aplicación, seguido por la logoterapia con un 27% de utilización. Así mismo se aplicó la terapia racional emotiva con un 22% de utilización y un 18% de aplicación de las técnicas de terapia alternativa.

Interpretación

El modelo gestáltico fue el más utilizado en los tratamientos, con un 33%, debido a que sus técnicas se centran en la descarga emocional, y por tanto tiene importantes implicaciones en las primeras etapas de los modelos de procesos de duelo, que consisten en incredulidad, regresión, furia, culpa y desolación (según modelo gestáltico de Jorge Bucay); etapas en las cuales es de suma importancia el exteriorizar los sentimientos que pudieran o no, intentar reprimirse, como es en el caso de los pacientes del género masculino, por ejemplo; ya que dados ciertos factores culturales, tienen la tendencia a reprimir la expresión de sentimientos.

Dicha descarga emocional, por sí sola es factor importante para la sanación durante cualquier tipo de duelo, ya que si las emociones negativas no son exteriorizadas de una forma adecuada, pueden presentarse dificultades como la somatización. Por tanto, la aplicación del modelo gestáltico tiene mayor relevancia en los primeros meses del proceso y la utilización de sus técnicas tendrá menor relevancia en cuanto avance el mismo, esto según la disposición del paciente a colaborar con el proceso terapéutico.

La logoterapia, se utilizó con un 27% de frecuencia, es un modelo terapéutico que trabaja sobre la importancia de una dotación de sentido; desde este punto de vista, se aborda el vacío existencial, que es fuente de sufrimiento para el ser humano; y al ser común en los procesos de duelo, la sensación de vacío y el sufrimiento por la pérdida, se ve la necesidad de ayudar al paciente a dotar de sentido su vida, situación que provocará en él mayor aceptación de la muerte de su ser querido. En los casos estudiados, se trabajó la logoterapia a lo largo de todo el proceso, ya que es necesaria la reevaluación y búsqueda de sentido, así como la realización de un plan de vida para el afrontamiento del paciente a experiencias futuras.

El modelo racional emotivo, fue el tercer modelo más utilizado de acuerdo a su frecuencia, en un 22%. Permitió tanto al terapeuta, como al paciente conocer las cogniciones y conductas de este último, para realizar cambios a largo plazo, por tanto la aceptación de la muerte podrá generalizarse en la vida del paciente. Asimismo, permitió identificar las conductas que le son problemáticas, a causa de ideas irracionales que el paciente tenga acerca del suceso ocurrido y así modificarlas. Cabe destacar que el modelo de terapia racional emotiva, que es basado en la persuasión, se debe utilizar con ciertas condiciones, ya que dependiendo de la etapa del proceso que el paciente esté atravesando, debe manejarse con cuidado la "directividad" con el paciente, ya que el acompañamiento en general, se basa en aceptación incondicional del paciente, aceptándole como un ser doliente, necesitado de ayuda.

Finalmente, se encuentra la terapia alternativa con un 18%. Sus técnicas se encaminaron al acompañamiento secundario de síntomas relacionados al duelo, como la ansiedad provocada por la idea de volver a experimentar una pérdida y las somatizaciones. La terapia alternativa también se utilizó para la solución de conflictos en el modal social de la tabla de análisis multimodal, mediante técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales.

Cuadro No. 3

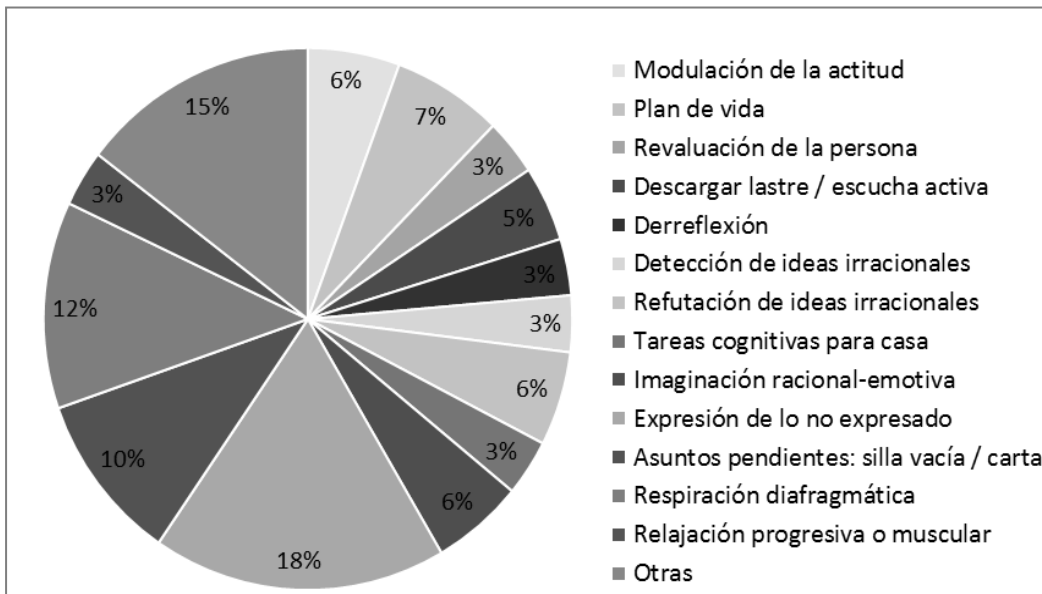
Porcentaje de aplicación de las técnicas y su efectividad en los procesos de duelo

Modelo	Técnica	Frecuencia de aplicación	Frecuencia de funcionalidad	Porcentaje (acorde a funcionalidad)
Logoterapia	Modulación de la actitud	5	5	6%
	Plan de vida	7	6	7%
	Revaluación de la persona	3	3	3%
	Descargar lastre / escucha activa	4	4	4%
	Derreflexión	3	3	3%
Terapia racional emotiva	Detección de ideas irracionales	3	3	3%
	Refutación de ideas irracionales	5	5	6%
	Tareas cognitivas para casa	4	3	3%
Terapia gestalt	Imaginación racional-emotiva	5	5	6%
	Expresión de lo no expresado	18	16	18%
	Asuntos pendientes: silla vacía / carta al fallecido.	9	9	10%
Terapia alternativa	Respiración diafragmática	12	11	12%
	Relajación progresiva o muscular	3	3	3%
Otras (técnicas con menor frecuencia de aplicación)		15	13	15%

Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”, durante el año 2012.

Gráfica No. 2

Porcentaje de aplicación de las técnicas y su efectividad en los procesos de duelo



Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica “La Divina Providencia”, durante el año 2012.

Descripción: La gráfica muestra la efectividad de cada una de las técnicas que se aplicaron en el tratamiento de duelo. La técnica expresión de lo no expresado es la de mayor frecuencia y efectividad con un 18% de empleo. Con un 12% se observó la técnica de respiración diafragmática de terapia alternativa. En un 10% se encontró la técnica gestáltica de asuntos pendientes. Con un 7% de utilización está la técnica de reevaluación de la persona (logoterapia). Las técnicas de imaginación racional emotiva (TRE), refutación de ideas irracionales (TRE) y modulación de la actitud (logoterapia) se emplearon cada una en un 6%. Con un 5% de frecuencia de aplicación está la técnica de descarga de lastre (logoterapia). Asimismo, puede observarse que la técnica de plan de vida (logoterapia), derreflexión (logoterapia), detección de ideas irracionales (TRE), tareas cognitivas para casa (TRE) se encontró cada una con un 3% de frecuencia de aplicación y efectividad. Finalmente, se halló que el 15% son técnicas utilizadas en menor frecuencia y consisten en diversas técnicas de los cuatro modelos terapéuticos.

Interpretación: La técnica que se estableció como más efectiva en los pacientes fue la técnica gestáltica de expresión de lo no expresado, esto debido a que en cada caso se logró la maximización de la expresión de sentimientos y emociones reprimidas en los pacientes, permitiendo así, el paso entre las distintas etapas del proceso de duelo. En cuanto a la técnica de respiración diafragmática de terapia alternativa, fue aplicada en los pacientes para poder controlar ansiedad y el llanto, y así experimentar un estado de relajación; es una técnica que contribuye a la calma del paciente, permitiendo una descarga emocional controlada, así como la canalización de los sentimientos, ayudando a evitar somatizaciones y sensaciones negativas.

Las técnicas gestálticas de asuntos pendientes (silla vacía y carta al fallecido) proporcionaron al paciente la pauta para expresar lo que no pudo o no tuvo oportunidad de expresar en un momento dado y así llegar a resolver los asuntos pendientes. Es importante notar que debe manejarse con precaución, debido a que se necesita la plena disposición del paciente para realizarla, puesto que es probable que éste se niegue a resolver dichos asuntos, ya que la resolución permitirá el paso a la aceptación, lo cual es difícil de afrontar, así que la probabilidad de resistencia a la técnica aumenta conforme el paciente se encuentre fijado en una etapa del proceso de duelo, lo cual se verá en los análisis de casos. (Inciso 3.3.)

En cuanto a la técnica de reevaluación de la persona se confrontó a las personas con sus aspectos positivos. La técnica de refutación de ideas irracionales ayudó a los pacientes a debatir sus ideas irracionales que fueron detectadas, para poder modificar las cogniciones y por tanto contribuir al manejo de los sentimientos. La técnica de descarga de lastre proporcionó una liberación emocional de sentimientos positivos o negativos. El plan de vida, en la mayoría de los casos fue realizado en los últimos meses de terapia con el fin de que los pacientes pudieran plantearse nuevas metas en sus vidas, tomando en cuenta que la persona fallecida ya no se encontraba con ellos. Por último se puede mencionar que la técnica de “tareas en casa” ayudó a los pacientes a llevar a la realidad los ejercicios que se realizaron en cada sesión.

Cuadro No. 4

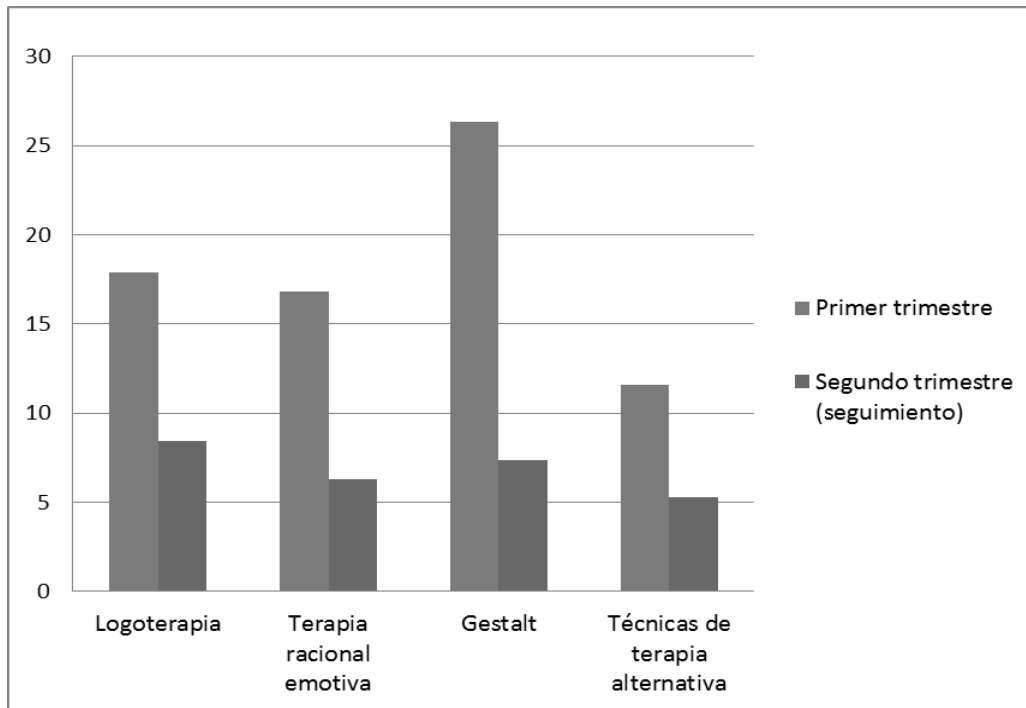
Técnicas utilizadas en procesos de duelo de acuerdo a temporalidad de fueron aplicadas

Modelo terapéutico	Frecuencia de aplicación en primer trimestre	Frecuencia de aplicación en segundo trimestre
Logoterapia	17	8
Terapia racional emotiva	16	6
Gestalt	25	7
Técnicas de terapia alternativa	11	5

Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica "La Divina Providencia", durante año 2012.

Gráfica No. 3

Técnicas utilizadas en procesos de duelo de acuerdo a temporalidad de fueron aplicadas



Fuente: Datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica "La Divina Providencia", durante el año 2012.

Descripción e Interpretación: La gráfica presenta una comparación en cuanto a la temporalidad de aplicación y su efectividad durante los dos trimestres en que se dio el respectivo tratamiento, divididos de tal forma que permite evaluar la funcionalidad de las técnicas en cuanto al tiempo

en que fueron aplicadas. Se debe de tomar en cuenta que para el segundo trimestre se pretendió observar una mejoría en cuanto a la sintomatología del duelo. Se define en la gráfica, que la aplicación de las técnicas enfocadas en el proceso de duelo fueron más utilizadas durante el primer trimestre. Un ejemplo de ello es que las técnicas gestálticas fueron mayormente aplicadas durante los primeros tres meses de tratamiento, en comparación con su frecuencia en el segundo trimestre, que es evidentemente menor. Lo mismo se observa con la aplicación de las técnicas de los demás modelos.

Fue evidente que durante el primer trimestre de tratamiento, el proceso psicoterapéutico se orientó hacia la disminución de los síntomas del duelo, por tanto, durante el segundo trimestre, la frecuencia de aplicación de las técnicas sobre el proceso de duelo disminuyeron, debido a la mejoría del paciente y la aplicación de técnicas que tuvieron el objetivo de llevar seguimiento del duelo y prestar especial atención a los demás modales, relacionadas o no al duelo, específicamente en el *modal social*. La focalización el paciente en el *modal social*, evidenció la descentración cognitiva del paciente en cuanto al duelo, por tanto, si se dio un cambio en el motivo central de consulta, se demostró que se obtuvieron beneficios terapéuticos relacionados al proceso de duelo, lo cual ocurrió frecuentemente entre el quinto y sexto mes de tratamiento, lo cual se evidencia en el análisis cualitativo (Inciso 3.3).

Cuadro No. 5

Evaluación de los beneficios terapéuticos de acuerdo a objetivos de plan terapéutico y tabla de análisis multimodal de reevaluación por caso

Beneficio terapéutico	Número de casos
Ausencia de síntomas en el área biológica, en relación al duelo.	5
Se produjo adecuada descarga emocional (identificó y expresó sus sentimientos en cuanto al duelo, más emociones positivas al final del proceso.)	6
Ausencia de anhedonia al final del proceso: el paciente retomó actividades cotidianas que solían ser de su agrado, previas al fallecimiento de su ser querido.	6
Remisión parcial o total de conductas negativas relacionadas con el duelo.	6
El paciente fue capaz de tomar decisiones, basándose en evaluación de riesgos y beneficios de sus conductas (desarrolló la capacidad de anticiparse a futuros problemas y pudo actuar de una forma asertiva por sí solo, al final del proceso).	5
Marcada mejoría en las relaciones interpersonales.	5
Avance a la etapa de aceptación del proceso de duelo (el paciente logró resituarse en la vida sin la persona fallecida, logró un autodominio personal y trazó un plan de vida en función de sí mismo hacia el final del proceso).	6
Modificación en el motivo de consulta (entre cuarto y quinto mes de tratamiento).	6
Remisión parcial o total de síntomas del duelo a nivel global (avance de 2 a 1 - 0 puntos en cada uno de los modales de tabla multimodal de reevaluación).	5

Fuente: datos obtenidos de las hojas de evolución y tabla de análisis multimodal de los pacientes de la Clínica Psicológica "La Divina Providencia", durante el año 2012.

Interpretación

El cuadro No. 5 presenta la evaluación de los beneficios terapéuticos de acuerdo a los objetivos planteados en el plan terapéutico y los resultados obtenidos en las *tablas de análisis multimodal de reevaluación* de cada caso. Se presenta un listado de los objetivos comunes a los casos que fueron estudiados (establecidos en cada plan psicoterapéutico) y el número de casos en que se obtuvo resultados satisfactorios (de un total de seis casos).

Puede observarse que el 100% de los casos tuvieron los beneficios terapéuticos de: adecuada descarga emocional, ausencia de anhedonia al final del proceso, remisión de conductas negativas relacionadas al proceso de duelo, avance hacia la etapa de aceptación y un cambio de motivo de consulta al final del proceso.

Sin embargo, sólo en el 83% de los casos se logró el cumplimiento de los siguientes objetivos: ausencia de síntomas en el área biológica relacionados al duelo, mejoría en la capacidad de toma de decisiones, marcada mejoría en las relaciones interpersonales, remisión total o parcial de los síntomas del duelo a nivel global; según las columnas de *estado logrado* en las *tablas de análisis multimodal de reevaluación*, el cual debe estar representado con un puntaje de 0 (nivel leve).

Lo anterior indica que no todos los pacientes lograron una mejoría global en todos los modales, esto se dio en particular con el caso 003-CE y el caso 003-SG, que obtuvieron un puntaje de 1 (nivel moderado) en ciertos modales de la tabla de análisis multimodal de reevaluación, lo cual se establece en el apartado siguiente.

3.3. Análisis cualitativo

(Análisis de casos y funcionalidad de las técnicas utilizadas)

3.3.1. Caso 001-CE

Paciente del sexo femenino, de 29 años de edad. Su motivo principal de consulta fue “problemas familiares”, sin embargo tras la observación inicial, la paciente aceptó encontrarse en un estado de tristeza permanente, debido al reciente fallecimiento de la madre, hacía cuatro meses, tras lo cual se observó un intento de evasión a la expresión del duelo debido a que refirió que a su esposo le molestaba.

La paciente es una mujer recién casada, que adoptó como propios a los hijos del esposo; presenta como problema adicional al duelo, la dificultad de crianza de los hijastros y problemas económicos. Entre los síntomas mencionados por la paciente se encontraban pérdida de gusto por actividades que anteriormente le eran placenteras (anhedonia), llanto y tristeza constante.

Durante la entrevista inicial, la paciente no demostró alteración en cuanto a memoria, atención, capacidad de insight y orientación; tampoco fueron evidentes alteraciones en los procesos mentales y juicio. Pudo observarse marcadamente el intento por reprimir los sentimientos, debido a que en su casa no expresaba el llanto, ni la tristeza abiertamente.

Al referirse a la fallecida, la paciente demostró signos de tristeza, desesperación, inhibición al momento de detallar las situaciones, rigidez motriz general contrastante con la ansiedad que demostraba en el frotamiento de sus manos durante la consulta inicial, intentos de evasión sobre el tema y llanto constante. Durante la fase evaluativa, se conoció que la paciente mantenía una relación estrecha con la madre, al punto que ésta era quien le decía qué hacer, decir y cómo vestir. El fuerte apego hacia la madre y la sumisión derivada del mismo era muy marcado; lo que podía observarse en la timidez de la paciente, su tono de voz, inclusive una postura de retraimiento. En las sesiones posteriores, la paciente reconoció un sentimiento de enojo arraigado hacia la fallecida, el cual le hacía sentir culpabilidad; así como frustración, debido a que la madre no le permitía el autodesarrollo; y conformismo puesto que siempre permaneció en la misma situación, hasta el fallecimiento de la madre.

Durante el proceso de la enfermedad de la ahora fallecida, fue la paciente quien le proporcionó los cuidados y le llevaba al médico, inclusive en la víspera de su matrimonio. Una situación que complicó la experiencia del duelo era el permanente recuerdo del momento del fallecimiento de la madre, quien murió en sus brazos, tras una despedida. Al pertenecer la paciente a la religión evangélica, el ritual de defunción solamente constó del entierro. La paciente solía soñar con la madre, en el primer sueño que tuvo, la madre le pedía descansar, cuando los sueños con la madre desaparecían, la paciente mencionaba anhelar un sueño con la madre. Sus interacciones sociales eran casi nulas, refirió casi no tener contacto social fuera del hogar, ni antes, ni después del fallecimiento de la madre.

Al realizar el análisis del caso, se observó que las etapas del duelo de la paciente se encontraban no resueltas y se traslapaban unas con otras, creando en la paciente un estado confusional debido a la falta de expresión y acompañamiento del duelo, hasta el momento que fue atendida. La paciente ya había pasado por la etapa de la negación, y al momento de iniciar el proceso terapéutico se encontraba en la etapa regresiva, según el *modelo gestáltico del duelo* abordado por Jorge Bucay.

Al transcurrir el proceso de acompañamiento la paciente demostró enojo ante la pérdida, con la fallecida y con su padre debido a su reacción ante la muerte, posteriormente se hicieron evidentes signos de la etapa de culpabilidad, así como muestras de un inicio en la etapa de la desolación. Todo el proceso terapéutico tomó como base las técnicas de la terapia rogeriana, basada en la escucha activa, la empatía y el reflejo de sentimientos. Técnicas que permitieron establecer un rapport adecuado y asentar las bases de confianza de la relación paciente-terapeuta.

El objetivo del acompañamiento terapéutico fue asistir a la paciente hacia la etapa de aceptación de la muerte de la madre. De la misma forma, debido a que la terapia multimodal se encarga de abarcar todas las áreas de vida de la paciente, se trabajó conjuntamente las dificultades encontradas en cualquiera de los modales BASICo'S.

Durante el primer trimestre del tratamiento, se trabajó con los signos y síntomas contemplados en la historia clínica, examen mental y hojas de evolución del primer trimestre. Las primeras acciones terapéuticas constaron de la estabilización de la paciente; para lo cual se utilizó la técnica de expresión de lo no expresado de terapia gestalt, debido a que la paciente intentaba reprimir la expresión del duelo; la técnica proporcionó resultados satisfactorios, debido a que la paciente demostró abiertamente sentimientos de tristeza, culpa y enojo.

Las técnicas de asuntos pendientes como la silla vacía y la carta al fallecido (gestalt) presentaron dificultades de realización, debido a la negatividad de la paciente por realizarlas, lo que conllevó a esperar a que estuviera preparada para llevarlas a cabo. Ambas técnicas demostraron efectividad en cuanto a la descarga emocional, a la que la paciente rehuía. El sentimiento de culpabilidad fue abordado desde la técnica de la reevaluación de la persona (logoterapia), mediante lo cual logró reconocer su importancia en el acompañamiento que le brindó a la fallecida, compensando así dicho sentimiento.

El conjunto de técnicas de terapia alternativa, fueron dirigidas al manejo del dolor físico de la paciente, debido a una infección que sostuvo durante mucho tiempo, lo que evidencia negligencia ante sí misma, puesto que siempre estuvo al tanto de los cuidados de su madre y su familia, mas no de ella misma. Se utilizaron también técnicas de terapia racional emotiva, cuidando mantener al margen el uso de la persuasión, dados los antecedentes de autoritarismo de la madre, evitando así incomodidad y rechazo de la paciente ante el proceso. Entre estas técnicas, se utilizó la Imaginación racional emotiva, en especial cuando la paciente soñaba, para el análisis de los detalles del sueño, teniendo como resultado el insight de la paciente.

El sueño se veía alterado debido al miedo constante a un "aparecimiento" de la madre, inclusive un mes antes del cierre del proceso manifestó haber visto a la madre discutir con una tía también fallecida al lado de su cama, lo que conllevó a iniciar evaluación sobre posible brote psicótico, lo cual se desestimó en las siguientes sesiones, donde la paciente se mostró apegada a la realidad y se mostró convencida de la irrealidad del suceso, afirmando que había sido un sueño.

La paciente comenzó a mostrar una mejoría sobre los signos del duelo, a partir del cuarto mes de terapia, tras haber atravesado una etapa regresiva marcada por llanto y expresión abierta de sentimientos de tristeza y miedo, que fue acompañada terapéuticamente con la técnica de terapia racional emotiva de autodescubrimiento. A partir de este suceso, la paciente se centró más en la situación de su familia.

Durante todo el proceso, la paciente se mostró resistente a las tareas en casa y autorregistros, aduciendo a la falta de tiempo; se confrontó la actitud, ya que dichas tareas eran encaminadas al ataque a la vergüenza, con el propósito final que la paciente pudiera desenvolverse adecuadamente en el campo laboral en un futuro, lo que de acuerdo a ella misma, le era necesario. No se obtuvieron resultados satisfactorios en la aplicación de estas técnicas.

Finalmente, tras haber realizado el cambio paulatino de motivo de consulta, la terapia se centró en la aplicación de técnicas de logoterapia (revaluación de la persona, plan de vida y modulación de la actitud) para que la paciente realizara su proyecto de vida y se encaminara a buscar un sentido de vida, junto con la aceptación del fallecimiento de la madre. Otro objetivo central de dichas técnicas fue el mejoramiento de la relación familiar, lo que se consiguió con la aplicación constante de modulación de la actitud y entrenamiento en habilidades sociales.

Con respecto a los resultados obtenidos, la paciente mostró cambios significativos en el proceso de duelo avanzando a la etapa de aceptación entre el cuarto y el sexto mes del proceso. La mejoría fue evidente cuando la paciente se vio en la capacidad de realizar planes para el futuro y evaluar ventajas y desventajas de los mismos por cuenta propia. Los signos del proceso de duelo que eran muy marcados al inicio disminuyeron considerablemente, en especial el llanto.

El avance terapéutico es marcado con respecto al duelo, lo que llevó aproximadamente 16 sesiones de terapia para lograr dicha mejoría. Las técnicas de mayor utilidad en el proceso de duelo de este caso fueron las técnicas de terapia gestalt, las cuales ayudaron a la expresión del duelo, que la paciente intentaba reprimir. Las técnicas de terapia racional emotiva, fueron de poca utilidad, debido a la resistencia de la paciente a efectuar las tareas. La logoterapia fue aplicada como acompañamiento final del proceso, basándose principalmente en el proyecto de vida y técnicas como la modulación de la actitud para generar un cambio de actitud en ella.

Como resultado final, la paciente se demostró la aceptación de la muerte de la madre, un cambio de actitud hacia la forma en que afrontaba la problemática familiar con sus hijastros. Sin mostrar mayor evidencia en cambios conductuales con respecto a su situación laboral y vergüenza a trabajar, ajenos al proceso de duelo.

Las puntuaciones en los niveles de estado inicial a estado logrado en la tabla de análisis multimodal demuestran la evidente mejoría de la paciente; llevando el acompañamiento de un estado grave a un estado moderado en la tabla de análisis multimodal inicial; a excepción del modal Co (cogniciones) que continuó con una puntuación 2 (grave). Asimismo, se dio un cambio de los estados moderados a leves en la tabla de análisis multimodal de reevaluación, realizada durante el segundo trimestre de tratamiento, el cual consistió en el acompañamiento de las demás problemáticas de la paciente, ajenas al proceso de duelo; a excepción del modal Co

(cognición), que solamente logró establecerse en un estado moderado. Sin embargo, es importante mencionar que el modal cognición en la paciente se refería a situaciones no relacionadas al proceso de duelo.

3.3.2. Caso 002-CE

Paciente de sexo femenino, de 41 años de edad. Su motivo de consulta representaba un cuadro de ansiedad, provocado por un proceso de duelo reciente; fue referida al servicio psicológico por un doctor, tras una serie de exámenes médicos que no evidenciaban enfermedad física. La persona fallecida en este caso, era la “patrona” (jefa), de la paciente, con quien llevaba aproximadamente 20 años de convivencia y quien falleció a causa de la diabetes.

La paciente es madre soltera, dedicada al servicio doméstico y cohabita con sus empleadores desde que tenía 23 años de edad, habiendo participado en la crianza de los múltiples hijos y nietos de la familia de su “patrona”. El motivo principal de consulta, la situó en la clasificación de “duelo reciente”. Entre los síntomas, la paciente afirmó mantener constantes dolores en el pecho, desesperación, calor en las piernas, malestar estomacal, náuseas y sensación de ahogo; que mantenía desde hace tres meses.

Durante la entrevista inicial, mostró signos de tristeza, llanto y ansiedad. No se observó alteración en cuanto a procesos del pensamiento, lenguaje y memoria. Su tendencia mental estaba centrada en la aparente enfermedad y baja autoestima. Mostró alteración en el estado de conciencia debido al evidente aletargamiento que mostraba, así como desorientación dado que al preguntársele el año respondió “1912”. Elaboró juicios basados en principios morales rígidos, haciendo fuertes evaluaciones de las personas cercanas a ella. Al referirse a las personas fallecidas, tanto la persona reciente, que era su “patrona” como a la hija de ésta (hace 2 años) y al esposo de la misma, (hace 8 años); mostró signos de tristeza y llanto constante durante las primeras sesiones.

Durante la enfermedad de la última persona fallecida, de 90 años, fue la paciente quien proporcionó los cuidados, desde la alimentación hasta el aseo personal. Refirió que su rutina se centraba en el cuidado de la “señora”, quien a parte de la diabetes tenía demencia senil. Cuando la “señora” falleció la paciente afirmó haber atravesado una etapa de negación y no aceptación de la muerte de la misma.

Fueron evidentes los pensamientos recurrentes sobre los detalles de la enfermedad y fallecimiento de la “patrona”; también los pensamientos basados en el hecho de tener que acostumbrarse a estar sin la persona fallecida y al desprendimiento que tuvo el resto de la familia, debido a que dejaron de comunicarse con ella como antes lo hacían. Los rituales de la defunción, al ser la paciente de la religión católica constaron en “velorio, misa y novena en la iglesia”. La paciente afirmó mantener un miedo constante a experimentar nuevamente una

pérdida, lo que condujo al cuadro ansioso antes descrito. La paciente no mantenía interacciones sociales fuera del hogar, debido al miedo que experimentaba a salir a la calle, dado que fue atropellada años antes.

Al realizar el análisis del caso, se observó que la paciente aún se encontraba en la etapa de regresión, según el *modelo gestáltico del duelo de Bucay*, dado que manifestaba constantemente el sentimiento de dolor, tristeza y llanto. Durante el proceso no se manifestaron etapas como la furia y la culpa, dado que durante los ejercicios gestálticos de expresión la paciente mostró gratitud, manifestación contraria a dichas etapas. La base terapéutica constó de las técnicas rogerianas de escucha activa, empatía y reflejo de sentimientos; que proporcionaron una mejor apertura de la paciente hacia el acompañamiento.

El objetivo principal del proceso de acompañamiento fue de conducir a la paciente hacia la etapa de aceptación del fallecimiento de la “señora” (“patrona”), a quien la paciente veía como su madre; además de un acompañamiento integral, hacia los modales BASICo’s que se veían afectados en la paciente por problemas de relación familiar con los supervivientes.

En el primer trimestre de apoyo, se abordó los signos y síntomas establecidos en la historia clínica, examen mental y hojas de evolución del primer trimestre. Las primeras acciones terapéuticas se encaminaron a la disminución de los síntomas ansiógenos, para lo cual se utilizaron técnicas de terapia alternativa como la respiración diafragmática y técnica de tensión y relajación de Jacobson, cuyos resultados fueron satisfactorios y casi inmediatos, dado que la paciente realizaba los ejercicios constantemente. También se detectaron y refutaron ideas irracionales sobre la convicción de enfermedad de la paciente, logrando la modificación de dichas ideas.

Posteriormente, se utilizaron las técnicas expresivas de gestalt, como la descarga de emociones y las técnicas de asuntos pendientes de silla vacía y carta al fallecido, técnicas que demostraron efectividad, logrando la descarga emocional manifiesta en sentimientos de gratitud hacia los fallecidos.

Se trabajó como parte del acompañamiento técnicas logoterapéuticas, como la modulación de la actitud, dado que la paciente demostraba indicios de baja autoestima. El juego de alternativas se utilizó para mostrar a la paciente las diferentes formas de cambiar su rutina para modificar poco a poco el entorno y se descentrara de los pensamientos sobre el duelo; la derreflexión también se utilizó con este propósito, logrando eliminar la hiperreflexión. El plan de vida, es una de las técnicas que demostró mayor efectividad, dado que establecer metas representó para la paciente un reto y mayor contacto consigo misma y sus deseos.

Al iniciar el segundo trimestre del proceso de acompañamiento, la paciente mostró un cambio casi total del motivo de consulta, descentrándose del proceso de duelo y

concentrándose en los problemas familiares, problemáticas que también se abordaron de manera terapéutica, evaluados y establecidos en las tablas de análisis multimodal, mas no en este análisis debido que el tema central es el proceso de duelo. El resto del acompañamiento, se basó en las técnicas logoterapéuticas, por lo cual se concluyó al final del proceso que la paciente se acercó a la etapa de aceptación, logrando comprender y aceptar las pérdidas.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, en todo el proceso, la paciente se mostró cooperativa a realizar los ejercicios, por lo cual el cuadro de ansiedad provocado por el duelo remitió totalmente tras dos meses de proceso terapéutico; regresando en síntomas debido a altercados familiares, y que posteriormente remitió nuevamente tras un cambio en el afrontamiento de dicha problemática.

El avance terapéutico es marcado con respecto al duelo, el cual llevó ocho sesiones. Las técnicas con mayor frecuencia de utilización fueron las técnicas de terapia alternativa, gestalt y logoterapia, inmediatas para el tratamiento del cuadro ansiógeno y la descarga emocional propia del proceso de duelo. Las técnicas de terapia racional emotiva, funcionaron como acompañamiento al cambio de ideas irracionales sobre la convicción de enfermedad, y en especial fueron utilizadas en el afrontamiento de los conflictos familiares ajenos al duelo.

Como resultado final, la paciente demostró aceptación de la muerte, un cambio de actitud hacia la forma en que afrontaba la problemática familiar. No fueron evidentes comentarios sobre la baja autoestima nuevamente, además, debido a una tarea de exposición al miedo a salir a la calle, la paciente también logró eliminar el miedo a salir de su casa. Las puntuaciones en los niveles de estado inicial a estado logrado en la tabla de análisis multimodal demuestran la evidente mejoría de la paciente; llevando el acompañamiento de un estado grave a un estado moderado en la tabla de análisis multimodal inicial, y de un estado moderado a leve (en este caso remisión de síntomas) en la tabla de análisis multimodal de reevaluación, realizada durante el segundo trimestre de tratamiento, el cual consistió en el acompañamiento de las demás problemáticas de la paciente, ajenas al proceso de duelo.

3.3.3. Caso 003-CE

El caso trata de un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad. Como motivo de consulta afirmó sentirse triste por el fallecimiento de su hermano durante las fiestas de fin de año, del año 2011. La persona fallecida es su hermano gemelo, con quien tenía buena relación, aunque distante, ya que tenía dos años de no tener contacto con él.

El paciente vive solo en un apartamento, es separado y tuvo varias relaciones amorosas sin resultados favorables para él. Tiene dos hijos de su relación pasada, quienes viven con su madre y el padrastro; y con quienes indicó tener buena relación. El motivo principal de consulta,

lo situó en la clasificación de “Duelo Reciente”. Como síntomas principales indicó: tristeza, llanto y pesadillas recurrentes que le dificultaban conciliar el sueño.

Durante la entrevista inicial, el paciente demostró signos de tristeza, llanto e hiperactividad motriz. Se observó que el paciente mantenía un estado confusional, repitiendo las mismas ideas constantemente. No se observó alteración en cuanto a memoria y orientación en tiempo, espacio y persona. Mantuvo buena capacidad de juicio e insight, que demostró al hablar acerca de la madre.

Al referirse al fallecido, manifestó signos de tristeza, manteniendo la mirada hacia abajo, intentando reprimir el llanto, pero sin conseguirlo. El paciente se refirió al fallecimiento de su hermano como un accidente, por el cual indicó que su hermano permaneció en coma durante una semana, justo en las fechas previas al año nuevo 2012. El proceso de duelo se veía complicado por los sentimientos del paciente de enojo hacia sí mismo, por no mantener contacto con su hermano durante dos años y porque éste estaba atravesando una mala situación económica y no lo ayudó, porque no sabía. Indicó que los rituales de muerte estuvieron a cargo de la familia del hermano mayor, de religión católica, aunque él es mormón. Se hizo velorio, misa y novena en casa del hermano.

El insomnio era el síntoma más perdurable, después de no poder dormir, cuando lograba conciliar el sueño despertaba a la mitad debido a pesadillas, quedándose a la orilla de la cama y manteniendo pensamientos acerca del fallecimiento del hermano que le hacían imposible volver a conciliar el sueño.

Al realizar el análisis del caso, se observó que el paciente se encontraba atravesando la etapa de furia, de acuerdo al *modelo de duelo gestáltico de Bucay*, dado que estaba enojado tanto con el fallecido, consigo mismo y con su mamá, la etapa se traslapaba con la culpa, al no haber mantenido comunicación con el hermano por años. El objetivo principal del proceso de acompañamiento fue de conducir al paciente hacia la etapa de aceptación del fallecimiento del hermano, así como disminuir la anhedonia. Se pretendió un acompañamiento integral, hacia los modales BASICo's que se veían afectados por el proceso de duelo.

Durante el primer trimestre, se abordó el síntoma del insomnio y la descarga emocional propia del proceso de duelo. En primer lugar enseñando al paciente la técnica de relajación progresiva para disminuir el estado de intranquilidad en que se encontraba. Después en base a la escucha activa y la concretización se ayudó al paciente a esclarecer sus sentimientos con respecto a la pérdida. Las técnicas de mayor frecuencia en este caso se utilizaron para que el paciente realizara una descarga emocional de forma apropiada, ya que intentaba reprimirla. Se utilizó la técnica Referencial de terapia racional emotiva para realizar el cambio cognitivo de la fijación del paciente en los recuerdos negativos hacia los recuerdos más positivos del hermano; apoyándose en la exageración de gestos (gestalt) al recordar el sentimiento para contribuir al

cambio cognitivo. La carta al fallecido se utilizó para favorecer la expresión de sentimientos, mostró que el paciente se encontraba enojado, no sólo consigo mismo, sino que con su mamá. Con ello también se trabajó con los sentimientos de culpa y la modificación de los “hubieras”.

Dado que el paciente afirmó tener una sensación de vacío constante, se trabajó con Logoterapia, en especial con técnicas como reevaluación de la persona y plan de vida, así como búsqueda de sentido, a lo cual el paciente respondió favorablemente, mostrando una marcada mejoría en su estado de ánimo. El insomnio se trabajó mediante técnicas de respiración y derreflexión, dado que por medio de imaginación se descubrieron las conductas que el paciente tenía cuando no podía dormir eran reflexionar y centrarse en pensamientos negativos. Al cabo de dos meses, se observaron mejorías, las pesadillas disminuyeron considerablemente y el paciente pudo volver a dormir sin dificultad. Se intentó también que el paciente buscara acompañamiento, dado que tenía la tendencia a aislarse, inclusive de sus familiares más cercanos.

Al iniciar el segundo trimestre del proceso de acompañamiento, el paciente decidió hablar acerca de su infancia, que era otra de sus preocupaciones, descubriendo así un fuerte trauma debido a los malos tratos que sufrió por parte de la madre cuando era niño, la atención se encaminó a la descarga emocional. El resto del acompañamiento, se basó en las técnicas logoterapéuticas, por lo cual se concluyó al final del proceso que la paciente se acercó a la etapa de aceptación, logrando comprender y aceptar la pérdida. Al cuarto mes de tratamiento el paciente se centró en problemas familiares, por lo cual la terapia se dirigió a solucionarlos. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, en todo el proceso, el paciente se mostró cooperativo a realizar los ejercicios, sin embargo debido al intento de evasión del paciente y su refugio en el trabajo, realizaba los ejercicios de forma pausada.

El avance terapéutico es marcado con respecto al duelo, el cual llevó diez sesiones. Las técnicas con mayor frecuencia de utilización fueron las técnicas de logoterapia y relajación progresiva para el manejo del enojo, así como gestalt para la descarga emocional. Como resultado final, el paciente demostró aceptación de la muerte del hermano, atravesó por la etapa de fecundidad, refugiándose en el trabajo y concentrándose en metas a corto plazo que había establecido en beneficio de su relación con las hijas. Las puntuaciones en los niveles de estado inicial a estado logrado en la tabla de análisis multimodal demuestran mejoría en el paciente; llevando el acompañamiento de un estado grave (2) a un estado moderado (1) en la tabla de análisis multimodal inicial, y de un estado moderado (1) a leve (0) en la tabla de análisis multimodal de reevaluación, realizada durante el segundo trimestre de tratamiento. Al final del proceso se centró en problemas que tuvo con las hijas.

3.3.4. Caso 001-SG

Paciente de 21 años, sexo femenino, de nacionalidad guatemalteca, originaria de la Ciudad de Guatemala, con domicilio en la zona 7 de Mixco, de religión católica practicante, etnia ladina, de profesión Maestra de Pre-primaria y estudiante en el 7o. semestre de psicología clínica en una universidad privada en Antigua Guatemala. Al preguntársele el motivo de consulta, la paciente refirió: “vengo por un duelo no resuelto”. El padrastro de la paciente falleció hace un año y medio, posiblemente por no pagar una extorsión a mareros.

Cuando la paciente tenía 9 años de edad, su mamá conoció a su padrastro y desde ese entonces él fue a vivir con ellas. La paciente comentó que ella tenía un afecto muy fuerte hacia su padrastro a quien incluso consideraba como su verdadero papá. La paciente refirió que hace dos años aproximadamente tuvo una pelea con su padrastro y que desde ese entonces él no le hablaba. La paciente trató de arreglar las cosas con su padrastro una vez y le pidió perdón pero él nunca la perdonó incluso su mamá trató de hablar con él pero también le dijo que no la perdonaba.

El padrastro de la paciente murió sin perdonarla, según comentó, ya que fue herido por balas en su taller, el padrastro de la paciente fue llevado herido por los bomberos al hospital donde dos horas después murió. De acuerdo a la información obtenida en el examen mental, se observó que la mayor parte del tiempo la paciente mostró una postura rígida al estar sentada, su semblante se observaba serio, sin mayor cambio en su expresión facial, aunque la paciente se mostró bastante accesible y se interesó en lo que se le preguntaba.

La paciente manifestó el mecanismo de defensa de la represión debido a que la paciente no deseaba expresar lo que sentía especialmente acerca del fallecimiento de su padrastro. Entre los síntomas del duelo que se observaron en la paciente se puede mencionar el afecto plano debido a que no manifestaba sus emociones ni sus sentimientos especialmente hacia el fallecido; tristeza reprimida, ya que al no expresar sus emociones y sentimientos no había expresado la tristeza que sentía; no había llanto ya que evitaba llorar; culpa, debido a la discusión que había tenido con el padrastro razón por la cual no se hablaban; en su casa, evitaba hablar del padrastro para no hacer sentir mal a los demás miembros de la familia.

Debido a que la paciente tenía dificultad en expresar lo que sentía fueron más efectivas las técnicas gestálticas específicamente las técnicas expresivas para que exteriorizara lo interno, en este caso sus sentimientos y emociones reprimidas, las cuales se determinó como el primer problema que dificultaba una resolución sana del duelo. De la corriente gestáltica se utilizaron las técnicas de “expresar lo no expresado”, “la carta” y “la silla vacía”.

Así mismo se utilizaron las corrientes de logoterapia y la terapia racional emotiva. De la corriente de logoterapia, se utilizó la técnica de modulación de la actitud, con la cual la paciente logró cambios en cuanto a sus pensamientos y actitudes. De la corriente de la terapia racional emotiva se utilizó y se obtuvieron logros con la técnica de I-RE (imaginación racional emotiva), donde la paciente a través de la imaginación regresó a los momentos de sucesos pasados que provocaron los síntomas de culpa y el dolor por la pérdida de su padrastro, con lo cual se logró disminuir sentimientos de culpa y se revivió el ritual del velorio y entierro dando lugar a la expresión de emociones y sentimientos que habían sido reprimidos. En este caso no se consideró aplicar técnicas alternativas debido a que la paciente no padecía de ninguna dolencia física.

Al iniciar la terapia la paciente se encontraba en la etapa de duelo identificada por Jorge Bucay como etapa de desolación, que es considerada una de las etapas más temidas debido a que se da la impotencia y el darse cuenta que no hay nada que se pueda hacer más que aceptar que el fallecido ya no está. Se pudo determinar el tipo de duelo que la paciente estaba padeciendo, como un duelo Emocional, el cual es difícil de procesar debido a que se tienden a reprimir las emociones y no se da paso a la liberación de sentimientos y emociones produciendo un bloqueo emocional.

La paciente asistió a consulta por una temporalidad de 6 meses la cual fue dividida en dos trimestres. En el primer trimestre se dieron 8 consultas y en el segundo trimestre 5 consultas, que se dieron cada quince días, haciendo un total de 13 sesiones. Después de 13 sesiones, la paciente llegó hacia la etapa de aceptación del duelo de hace un año y medio, y pudo aprender a expresar y manejar de una manera sana sus emociones.

En la tabla de análisis multimodal se determinó que el modal "afectivo" fue la que más variedad de síntomas se encontraron dentro de la misma y al trabajar en ellas se identificó como la modal que a su vez perjudicaba en gran manera a las otras modales. Otras de las modales que se puede mencionar que se vieron afectadas fueron la modal conductas, cognitivos y social.

En cuanto a las puntuaciones en los niveles de estado inicial a estado logrado en la tabla de análisis multimodal demuestran una mejoría en la paciente que se puede presentar de nivel grave (2) a nivel leve (0) o de nivel moderado (1) a leve (0), dependiendo del nivel en que se presentaba el síntoma, a excepción del modal cognitivo que no presentó ninguna mejoría en el primer trimestre, por lo cual se siguió trabajando en el segundo trimestre con un cambio de técnicas, de las cuales se pudo observar mejoría.

3.3.5. Caso 002-SG

Paciente de 19 años, sexo femenino, de nacionalidad guatemalteca, originaria de la Ciudad de Guatemala, con domicilio en la zona 8, de religión cristiana practicante, etnia ladina, estudiante de sexto magisterio. La paciente acudió a consulta por voluntad propia, refirió “Mi mamá falleció hace 4 meses y me siento triste”.

La mamá de la paciente murió debido a una insuficiencia renal que empezó a padecer a principio del año pasado, por lo cual tuvo que ser hospitalizada quedándose internada, al no ver mejoría decidió pedirle a la familia que la sacaran del hospital. La mamá de la paciente murió en su casa una hora después que la paciente se fuera a estudiar. La paciente se vio afectada, debido que, aunque no era su mamá biológica, sino su abuela materna, para la paciente era más que su mamá biológica creando un fuerte apego hacia ella.

El examen mental se observó cambios en el estado de ánimo evidenciándose que cuando hablaba de algún tema no relacionado con el fallecimiento de la mamá, la paciente se mostraba tranquila, pero cuando hablaba de la fallecida su tono de voz bajaba, y se le quebraba la voz, asimismo sus ojos se ponía llorosos hasta que en ocasiones soltaba el llanto.

Los síntomas presentados por la paciente que se pueden relacionar con el duelo son los siguientes: tristeza, referida por la paciente como queja principal; deseo de hablar nuevamente con la fallecida; alucinaciones auditivas, la paciente refirió haber escuchado a la fallecida que la llamaba por su nombre; parasomnia (la reacción que tiene un paciente al despertar después de haber tenido un sueño), en este caso la paciente despertaba llorando e inmediatamente se sentía triste; estrés y bajo rendimiento académico debido al descuido de sus clases por razón de que ayudaba a su papá a cuidar a su mamá en las tardes y en las noches; fuertes dolores de cabeza; sueños frecuentes con la fallecida y cansancio.

De los síntomas mencionados anteriormente, en el transcurso del proceso terapéutico y mediante la aplicación de las diversas técnicas, se observaron resultados positivos durante los primeros tres meses de terapia de casi todos los síntomas a excepción de los dolores de cabeza; solamente el llanto y la tristeza persistieron en la paciente. Se siguieron tratando los síntomas en los siguientes tres meses donde también se dio un avance positivo en la paciente.

Entre las corrientes psicológicas que se seleccionaron y que más favorecieron a la paciente para la terapia de la resolución del duelo se encontraron: la corriente de la logoterapia, con la que se logró enfocar a la paciente en las situaciones negativas que estaba viviendo dándole una mejor orientación positiva y de esta manera lograr que la paciente se enfocara nuevamente en la importancia del sentido de su vida y continuara con su autorrealización. Entre

las técnicas logoterapéuticas que se utilizaron están: la “revaluación de la persona”, con la cual la paciente pudo observar como la tristeza, a raíz del duelo, estaba afectando su rendimiento académico y su estado emocional (al darse cuenta de esto optó por hacer un cambio y trabajar en las sesiones sus emociones); las técnicas de “contribución a la claridad” y “jugar con alternativas” ayudaron a la paciente a que por ella misma determinara las causas del bajo rendimiento académico y así pudo buscar soluciones para mejorar su nivel académico.

También se observó la eficacia de las corrientes de terapia racional emotiva (TRE) y terapia alternativa. Con las técnicas de la TRE, “detección”, “discriminación” y “refutación” se detectaron pensamientos irracionales, que se determinó, afectaban la conducta y emociones de la paciente. Al haber detectado los pensamientos irracionales se trabajó en modificarlos por pensamientos aceptables y positivos que a su vez le ayudaban en su conducta y emociones. Con las técnicas alternativas se mejoró la calidad de vida de la paciente a través de la técnica de ejercicio de respuesta de relajación, que se utilizó en las dolencias que presentaba la paciente la cual se descartó que fuera biológica, siendo ésta un síntoma provocado por somatizaciones a causa del duelo que afrontó.

La paciente asistió a consulta en una temporalidad de 6 meses, la cual fue dividida en dos trimestres. En el primer trimestre se dieron 10 consultas y en el segundo trimestre 5 consultas, que se dieron cada quince días, haciendo un total de 15 sesiones. Al iniciar la terapia por duelo de la paciente se pudo ubicar en la etapa de regresión (según las *etapas de duelo de terapia gestalt* de Jorge Bucay) debido a que la paciente estaba ubicada en la realidad de la muerte de su mamá y “se estaba dando un desborde emocional” donde se dio un encuentro de las emociones de dolor y tristeza.

El tipo de duelo que la paciente atravesó, era “normal” debido a que se llevaron a cabo las etapas del proceso de una forma sana llevando a la paciente a la aceptación del duelo. La aplicación de la terapia multimodal y la realización del análisis multimodal beneficiaron a la paciente trabajando con las diversas técnicas en las diferentes modales que se vieron afectados, según la clasificación de la tabla del análisis multimodal, entre las cuales se encontraba modal biológico, trabajando los dolores de cabeza que padecía la paciente; modal afectivo, tratando síntomas de tristeza y enojo; modal conducta, donde se trabajaron los sueños frecuentes con la mamá y en la Modal cognitivo se trataron los pensamientos irracionales de la paciente.

Después de 15 sesiones de psicoterapia la paciente llegó a la etapa de aceptación del duelo por la muerte de su mamá, y se observó mejoría en su rendimiento escolar, estado emocional y en sus relaciones sociales. Las puntuaciones de los niveles en las modales afectivo y biológico presentaron una disminución de nivel grave (2) a nivel moderado (1), y en los síntomas de los otras modales: cognitivo, conductual y social, hubo mejores resultados llegando al nivel

leve (0). En el segundo trimestre se siguieron trabajando los síntomas que en el primer trimestre disminuyeron a nivel moderado (1) donde se logró el objetivo de llegar a nivel leve (0).

3.3.6. Caso 003-SG

Paciente de 58 años, sexo femenino, de nacionalidad guatemalteca, originaria de la Ciudad de Guatemala, de religión cristiana evangélica practicante, etnia ladina, de profesión ama de casa. La paciente acudió a consulta refiriendo “me siento triste por la muerte de mi nieto y a veces siento que todavía está en la casa.” Al empezar con la terapia, el nieto de la paciente tenía 10 meses de haber fallecido. Él murió debido a que recibió varios disparos por parte de unos mareros que hay en la colonia donde la paciente vive.

La paciente tenía un vínculo muy cercano con su nieto, razón por la cual se vio afectada, se tomó en cuenta que al indagar en las sesiones sobre la vida personal de la paciente, ella refirió que hay un duelo no resuelto de hace 30 años debido a la muerte de su único hijo varón. Se destacó en el examen mental que la paciente se mostró nerviosa durante la primera sesión. La paciente ya había sido referida al Psicólogo con anterioridad por doctores del Hospital Roosevelt, sin embargo nunca había asistido hasta la fecha.

Los signos específicamente del duelo que se trataron en la paciente fueron los siguientes: culpa hacia ella misma y hacia su hija, tristeza, deseo de volver hablar con el fallecido y así poder despedirse de él, ideas delirantes, enojo, dolor de cabeza, dolor de espalda y dolor de rodillas; lo anterior aunado al duelo no resuelto de hace 30 años. De los signos anteriormente mencionados se observaron resultados positivos en la paciente durante los primeros tres meses a excepción de los dolores de cabeza, espalda y rodilla, que se continuaron trabajando en los otros tres meses habiendo poca mejoría en los síntomas.

Las corrientes psicológicas gestáltica y la terapia alternativa fueron los tipos de corrientes que más se aplicaron en la paciente. Debido a la necesidad de la paciente de poder expresar y darse cuenta de lo que estaba viviendo y afectando en ese momento las diversas áreas de su vida, se aplicó terapia gestalt, mientras tanto la terapia alternativa ayudó a mejorar su calidad de vida, la cual se estaba viendo afectada por los dolores en el cuerpo que la aquejaban. Las técnicas expresivas “expresar lo no expresado” y la “silla vacía” ayudaron a la paciente a expresarse ante sí misma y a otros, situaciones inconclusas que no pudo decir o hacer y que en pesaban en la vida actual de la paciente. Otra técnica que se utilizó donde la paciente pudo despedirse de su nieto fue la “carta al fallecido”. Entre las técnicas de la terapia alternativa, se utilizaron: el “ejercicio de respuestas de relajación” y la “técnica de tensión y relajación de Jacobson” para disminuir y poder controlar los dolores de cabeza, espalda y rodillas.

Al iniciar las sesiones la paciente se encontraba en las etapas de furia y culpa, según Jorge Bucay, “usualmente la culpa se da a causa del enojo”, el enojo se dirigía hacia quienes consideraba responsable del fallecimiento, en este caso hacia los pandilleros a quienes consideraba los responsables directos del fallecimiento, también existía un enojo hacia su hija y hacia ella misma. La culpa se dio por haber pensado que de una u otra manera se pudo haber evitado el fallecimiento. A través de la terapia multimodal se consiguió identificar la etapa en que se encontraba la paciente, en cuanto las etapas del duelo, y se le ayudó a la paciente a llegar a la etapa de aceptación.

Como se mencionó anteriormente la paciente tenía un duelo pendiente de resolver, por lo cual se inició trabajando con el duelo reciente para luego continuar trabajando con el duelo no resuelto. Se observaron resultados positivos en cuanto al primer duelo que se trabajó el cual se pudo determinar como un duelo normal, en cuanto al segundo duelo se determinó como un duelo patológico que entra en la clasificación de “duelo crónico” debido a su duración excesiva. Debido a que la paciente consideró que había una mejoría en ella, dejó de asistir a terapia, razón por la cual no se pudo lograr trabajar con el duelo patológico de la paciente.

Se realizó un total de 16 consultas dividida en dos trimestres, en el primer trimestre se dieron 11 consultas y en el segundo trimestre se dieron 5 consultas dadas cada quince días. Después de 16 sesiones de psicoterapia la paciente superó el duelo más reciente y disminuyeron los dolores de cabeza, rodillas y espalda. Las puntuaciones en los niveles de estado inicial a estado logrado en la tabla de análisis multimodal demuestran la evidente mejoría de la paciente en la mayoría de las modales, exceptuando el modal biológico donde no se logró el objetivo de llevar a la paciente al nivel leve (0) debido a que la paciente mostraba falta de interés en realizar las técnicas para poder ayudarle en la mejoría de los dolores de cabeza, rodilla y espalda que le aquejaban.

CAPÍTULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones

- 1) A través del proceso de investigación basado en la aplicación de la terapia multimodal, en pacientes en proceso de duelo por muerte, se encontró que los pacientes obtienen los siguientes beneficios terapéuticos:
 - ✓ Ausencia de síntomas biológicos en relación al duelo, al final del proceso.
 - ✓ Se produjo una adecuada descarga emocional.
 - ✓ Ausencia de anhedonia al final del proceso.
 - ✓ Remisión parcial o total de conductas negativas relacionadas con el duelo que afectaban la vida cotidiana del paciente.
 - ✓ Mejoría en la capacidad de tomar decisiones, en base a la evaluación de riesgos y beneficios de sus conductas.
 - ✓ Se dio una marcada mejoría en las relaciones interpersonales, que pudieran haber sido interrumpidas a causa del aislamiento o como efecto de los cambios afectivos experimentados por el paciente, comunes al proceso de duelo.
 - ✓ Avance a la etapa de aceptación del proceso de duelo.

- 2) Se define que las corrientes terapéuticas con las que se obtuvieron mejores resultados en el tratamiento, en orden de efectividad, son: *terapia gestalt*, *logoterapia*, *terapia racional emotiva* y *terapia alternativa*. Tomando en cuenta que la base terapéutica utilizada es la *terapia centrada en el cliente*, pero que no fue evaluada.

- 3) La elección de las técnicas terapéuticas más apropiadas para el tratamiento del duelo, varían en cuanto a varios factores, como: el tipo de duelo (patológico o no patológico, duración e intensidad), la cercanía del fallecido con el paciente, factores culturales y religiosos, entre otros.

- 4) En la presente investigación se ha determinado que las técnicas con mayor frecuencia de utilización son las que abordan la descarga emocional, como *expresión de lo no expresado* (gestalt) y *asuntos pendientes* (gestalt). También fueron de utilidad las técnicas de estabilización, utilizadas en terapia alternativa

como la *respiración diafragmática y relajación progresiva*. Las técnicas de terapia racional emotiva como *refutación de ideas irracionales e imaginación racional emotiva*, fueron de utilidad para el cambio cognitivo y por consiguiente conductual en la persona, lo que promovió en los pacientes una nueva visión sobre la aceptación de la muerte. Finalmente, se determinó que las técnicas logoterapéuticas como *modulación de la actitud, reevaluación de la persona, y plan de vida* son eficaces para el restablecimiento del individuo, dotándolo de sentido y en dirección hacia su vida futura. Es necesario tomar en cuenta, como en el inciso anterior, que las técnicas de terapia centrada en el cliente, como *empatía, escucha activa, aceptación incondicional de la persona y reflejo de sentimientos*, fueron base del proceso y fueron utilizadas en el tratamiento de cada caso.

- 5) El avance terapéutico más marcado en cada uno de los procesos de duelo fue la *aceptación o resolución del duelo*, en el cual el paciente atravesó cada una de las etapas, independientemente del modelo de proceso de duelo que se aborde, llegando así a la *aceptación*, por la cual el paciente aprendió a vivir sin la carga emocional que conlleva el recuerdo del fallecido, y al mismo tiempo pudo continuar con su vida cotidiana sin estancarse en sentimientos, ideas o conductas negativas.
- 6) La temporalidad que conlleva la resolución del proceso de duelo a través de la terapia multimodal, dependerá de factores como: el tipo de duelo, la sintomatología inicial, la disposición del paciente (tanto en la realización de tareas como en su participación y asistencia a las sesiones) y la aplicación adecuada de cada una de las técnicas de los diferentes modelos. En la presente investigación, se observó que en el 100% de los casos, se dio una mejoría sobre los síntomas iniciales del duelo hacia el cuarto y quinto mes del proceso, diluyéndose en otro tipo de problemáticas o seguimiento hacia el sexto mes de tratamiento, sin importar el tipo de duelo que se lleve a cabo.
- 7) Se empleó el *“análisis multimodal”* para la evaluación, determinación de objetivos y establecimiento de resultados en cada uno de los casos de duelo tratados. Las modificaciones efectuadas en la tabla de análisis multimodal consistentes en la inclusión del objetivo de la técnica y la descripción de la sintomatología presente, así como la calificación del *estado actual* y *estado deseado*: 0 para *“leve”*, 1 para *“moderado”* y 2 para *“grave”*; contribuyeron a la

facilitación de la sistematización de la información, permitiendo así una visión más completa del abordaje de cada caso. Igualmente, se utilizó una tabla de análisis multimodal para los síntomas iniciales (primer trimestre) y una tabla de reevaluación, permitiendo hacer cambios en las técnicas no funcionales para cada caso, así como el tratamiento de los síntomas que surgieron a partir de nuevas problemáticas en la vida del paciente, abarcando, de esta manera, cada uno de los modales de la vida del paciente, independientemente del proceso de duelo.

- 8) La tabla de análisis multimodal, proporcionó validez al proceso de tratamiento, ya que se basó en objetivos y resultados que son cuantificables de acuerdo a niveles preestablecidos en la tabla.

4.2. Recomendaciones

Recomendaciones para la Aplicación de la terapia multimodal

- 1) Dado que la terapia multimodal es un enfoque que permite la flexibilidad y libertad de método terapéutico, es importante conocer, si bien no a profundidad las bases terapéuticas de cada modelo teórico que se aplique, sí es indispensable conocer, comprender y ejecutar adecuadamente cada una de las técnicas que se utilicen como tratamiento terapéutico, lo cual se logra en base a la experiencia en la práctica clínica.
- 2) El *enfoque ecléctico*, brinda la posibilidad de utilizar amplia gama de técnicas, pero es importante, conocer qué técnicas son aplicables para cada caso, ya que, es necesario subrayar que cada caso es único y cada paciente tiene sus propias necesidades y problemáticas. Por tanto, es de vital importancia la no generalización de las técnicas, puesto que su utilidad varía con cada caso, al igual que el momento adecuado para su aplicación, por lo cual se debe ser precavido al momento de utilizar una técnica específica. Es vital tener siempre en mente que lo más importante es la mejoría del paciente, por lo que la aplicación de una técnica no debe apresurarse en beneficio del terapeuta.
- 3) Los resultados en la *tabla de análisis multimodal* deben ser objetivos, basándose en resultados observables en las conductas y cambios cognitivos del paciente. Se recomienda siempre determinar previamente el objetivo específico de cada técnica para el tratamiento de cada uno de los síntomas y llevar un seguimiento minucioso de los resultados.
- 4) La *tabla de análisis multimodal* debe ser constantemente evaluada, y debe abarcar todos los modales de la vida del paciente, independientemente del motivo de consulta, puesto que se pretende una mejoría integral.

Recomendaciones para la Aplicación de la terapia multimodal en Procesos de Duelo

- 5) Al igual que es necesario conocer el bagaje de técnicas que se pueden utilizar en cada caso particular, es de vital importancia tener un conocimiento exhaustivo acerca de los procesos de duelo, para lo cual, en esta investigación se han presentado distintos enfoques en relación a los mismos. Se debe conocer a

profundidad cada caso, si el duelo es patológico o no, debido a la intensidad y duración de los síntomas, y las etapas en que se pudiera haber fijado el duelo.

- 6) Es muy importante el manejo de una relación empática, con base en la aceptación incondicional de la persona, dado que ninguna técnica terapéutica es funcional si no existe una empatía previa entre el paciente y el terapeuta.
- 7) Si bien la *terapia multimodal* promueve un menor número de sesiones terapéuticas, que una corriente específica en sí, es importante tomar en cuenta que cada paciente en particular puede estar preparado o no para afrontar una técnica terapéutica específica.

Bibliografía

- ✓ Arfouilloux, Jean Claude “LOS NIÑOS TRISTES. LA DEPRESIÓN INFANTIL” Fondo de Cultura Económica. México. 1995. Págs. 201
- ✓ Bucay, Jorge. “EL CAMINO DE LAS LÁGRIMAS”. Biblioteca Nueva Era. Argentina. 2002. Págs. 87
- ✓ Castro González, María Del Carmen. “TANATOLOGÍA, LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL PROCESO DE DUELO” Trillas. México. 2008. Págs. 181
- ✓ Clínica Psicológica “La Divina Providencia”. “DIAGNÓSTICO POBLACIONAL E INSTITUCIONAL” Guatemala. 2012. Págs. 107.
- ✓ Cormier, William H.; Cormier, Sherilyn. “ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS. HABILIDADES BÁSICAS E INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES.” Desclée de Brouwer. España. Año 2000. Págs. 723
- ✓ Fernández-Álvarez, Héctor; Opazo, Roberto “LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA”. Manual Práctico. Paidós. México. 2004. Págs. 451
- ✓ Lukas, Elizabeth. “EN LA TRISTEZA PERVIVE EL AMOR” Paidós. España. 2002. Págs. 89
- ✓ Lukas, Elisabeth. “LOGOTERAPIA: LA BÚSQUEDA DE SENTIDO” Paidós. España. 2003. Págs. 301
- ✓ Martín, Ángeles. “MANUAL PRÁCTICO DE PSICOTERAPIA GESTALT” España. Difusión por Internet. Págs. 100
- ✓ Muro Dávila, Francisco Javier. “MANUAL DE HABILIDADES PARA LA VIDA” Secretaría de Salud Pública. México. 2009. Págs. 116
- ✓ Oblitas, Luis A. “PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA” Editorial. Thomson. México. 2006. Págs. 642
- ✓ Oblitas, Luis A. “PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS” Cengage Learning. México. 2008. Págs. 401
- ✓ Okun, Barbara F. “AYUDAR DE FORMA EFECTIVA (COUNSELING). TÉCNICAS DE TERAPIA Y ENTREVISTA” España. Paidós. 2001. Págs. 416
- ✓ Prensa Libre. “RITOS Y CREENCIAS DE GUATEMALA. LA MUERTE.” Editorial Prensa Libre. Guatemala. 2006. Págs. 20
- ✓ Rogers, Carl. “EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. MI TÉCNICA TERAPÉUTICA” Paidós. México. 1981. Págs. 346.

ANEXOS

Anexo No. 1

Glosario

1. **Afectivo:** conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.
2. **Anhedonia:** pérdida de gusto por actividades que anteriormente eran placenteras para una persona.
3. **Aspectos sociales:** se refiere a todo lo que influye en el contexto (familia, escuela, trabajo, comunidad, sistema político, etc.) en el que están inmersos los seres humanos.
4. **Biológico:** lo que involucra el organismo del ser humano, el cuerpo.
5. **Catarsis:** consiste en el proceso de liberación de tensiones emocionales que se encuentran ligadas a un hecho traumático y el sujeto las ha bloqueado. Estas tensiones son de tipo inconsciente.
6. **Cognición:** procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.
7. **Comprensión empática:** comprender al paciente desde su marco de referencia.
8. **Concretización:** consiste nombrar la experiencia por su nombre con la carga emocional que esto genera y con sus contenidos específicos, mencionando los sentimientos que se viven y hablando con precisión sobre la o las personas que intervienen.
9. **Conducta:** reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales.
10. **Descarga emocional:** se refiere a sentir y expresar el dolor, la tristeza, la rabia o miedo frente a la muerte de una persona.
11. **Duelo:** proceso interno de la elaboración de una pérdida para lograr la superación del mismo.
12. **Duelo congelado:** cuando el cadáver no se encontró.
13. **Duelo emocional:** es el tipo de duelo que suele reprimir las emociones y no da paso a la liberación de emociones y sentimientos produciendo un bloqueo emocional.

14. **Duelo exagerado:** la persona recurre a una conducta desadaptativa a través de la exageración.
15. **Duelo patológico:** la persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.
16. **Duelo racional:** se refiere al tipo de duelo que es más aceptado, ya que se tiene la certeza de que no se vive para siempre y que la muerte es algo normal en la vida de las personas.
17. **Eclecticismo:** todo pensamiento cuyo carácter esencial consista en unir elementos conceptuales, pertenecientes a posturas diferentes o heterogéneas, que son elegidos en virtud de una actitud conciliadora de opiniones diversas.
18. **Eclecticismo técnico:** tendencia que se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado.
19. **Elaboración de duelo:** se entiende el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida, en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación.
20. **Emoción:** reacción que implica determinados cambios fisiológicos.
21. **Habilidades terapéuticas:** elementos básicos aplicados que permiten crear una buena relación entre terapeuta y paciente.
22. **Imaginación:** facultad de representarse mentalmente objetos, personas, situaciones no presentes en la realidad.
23. **Intervención psicológica:** método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos, sentimientos existentes de una persona.
24. **Logoterapia:** variante de la psicoterapia que gira en torno a la presentación del concepto de voluntad de sentido como primera motivación del hombre.
25. **Luto:** es una respuesta social ante la pérdida donde se realizan rituales para despedirse del muerto.

26. **Muerte:** es la finalización de la vida, a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático.
27. **Pragmatismo:** movimiento filosófico iniciado a fines del siglo XIX, que buscaba las consecuencias prácticas del pensamiento y pone el criterio de verdad en su eficacia y valor para la vida.
28. **Psicoterapia:** es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.
29. **Reflejo de sentimientos:** conduce a la persona a tomar conciencia de sus sentimientos e intenciones implícitas en su comunicación.
30. **Sentimientos:** son los resultados de las relaciones, vivencias y experiencias de la forma de actuar de cada persona.
31. **Sensorial:** basado principalmente en los cinco sentidos: tacto, gusto, oído, vista y olfato, se relaciona con las sensaciones de placer y dolor.
32. **Tabla de análisis multimodal:** análisis de las características de cada paciente en distintas dimensiones o modalidades para obtener información global y minuciosa de cada paciente.
33. **Técnicas psicoterapéuticas:** conjunto heterogéneo de métodos y sistemas estructurados. Su finalidad es conseguir los objetivos marcados en el tratamiento y como fin último la superación del problema motivo de intervención psicológica.
34. **Terapia alternativa:** conjunto de prácticas o técnicas orientadas a la mejora de salud, pero que no se catalogan dentro de la medicina convencional.
35. **Terapia multimodal:** enfoque integrador y sistemático. Describe un enfoque flexible y personalizado de la ayuda en el que el terapeuta utiliza la combinación de técnicas de diferentes enfoques sin suscribir necesariamente sus tesis principales.
36. **Vínculo afectivo:** sentimientos hacia una persona animal o cosa, se manifiestan por medio de abrazos, hablando, halagando a la persona querida, entre otras cosas.

Anexo No. 2

Tabla de análisis multimodal aplicada

Clínica Psicológica

Talleres de Capacitación "La Divina Providencia"

Exp. 001 / CE

TABLA DE ANÁLISIS MULTIMODAL –INICIAL–

Fecha: junio – agosto de 2012

SIMBOLOGÍA:

Niveles - Leve (0) Moderado (1) Grave (2)

Modales - Biológico (B), Afecto (A), Sensación (S), Imaginación (I), Conducta (C), Cognitivo (Co), Social (s)

MODAL	ESTADO INICIAL	SIGNOS Y SINTOMAS	ESTADO DESEADO	TÉCNICA	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTADO LOGRADO
B	1	Infección urinaria	0	Respiración diafragmática (terapia alternativa) Modulación de la actitud - información (respuesta de escucha / acción)	Ayudar a la reducción del dolor físico que le provoca la infección. Promover la aceptación de que se tiene una enfermedad. / Brindar información a la paciente para que comprenda los riesgos de no asistir al médico, promover la referencia médica.	Realiza los ejercicios de respiración para disminuir el dolor que le provoca la enfermedad. Asistió al médico y comenzó tratamiento.	0
A	2	Tristeza Enojo Sumisión	1	Expresión de lo no expresado (gestalt) Asuntos pendientes: silla vacía (gestalt) / carta al fallecido (gestalt) Revaluación de la persona (logoterapia)	Que la paciente exprese los sentimientos que tiene a causa de la muerte de la madre. Que la paciente exprese los sentimientos que ha reprimido y que son negativos, lo que promueve un avance en el proceso de duelo. Mostrar a la paciente sus aspectos positivos, en su actitud y ayuda hacia la madre para que maneje adecuadamente los sentimientos de culpa.	La paciente admite que siente culpa. Identifica los sentimientos de tristeza y los expresa mediante el llanto.	1
S	1	Dolor físico por la infección.	0	Respiración diafragmática (terapia alternativa)	Ayudar a la reducción del dolor físico que le provoca la infección.	Logra disminuir dolor físico.	1
I	2	Sueños con la	1	Imaginación racional	Revivir el sueño e interpretar los elementos del	Pudo analizar su situación el sueño y comprender que es	1

		madre en que le pide descansar.		emotiva (TRE)	mismo.	ella la que quiere descansar.	
C	2	Dejó de maquillarse, lo cual le gustaba. (anhedonia) Llanto Insomnio	1	Modulación de la actitud (logoterapia) Técnicas expresivas (gestalt) Respiración diafragmática (terapia alternativa)	Promover que la paciente mejore su actitud hacia actividades que antes le eran placenteras. Promover el llanto como una forma de descarga mediante las técnicas Gestalt Practica de las técnicas de respiración antes de dormir para lograr que la paciente concilie el sueño.	La paciente poco a poco, ha ido mostrando interés en las actividades placenteras que había dejado de realizar. Manifiesta sentimientos a través del llanto. Practica las técnicas de respiración antes de dormir, el insomnio continúa.	1
Co	2	Dificultad para tomar decisiones. Vergüenza	1	Refutación de ideas irracionales (TRE) Ejercicio de ataque a la vergüenza (TRE)	Refutar las ideas irracionales que tiene con respecto a la muerte de la madre y que le crean el sentimiento de culpa. Manejar la vergüenza que siente para poder iniciar un trabajo, normalizando la vergüenza y conociendo las consecuencias positivas del manejo de la misma.	Realiza insight en cuanto a su imposibilidad de retener a la madre viva. Se niega a realizar los ejercicios de ataque a la vergüenza. Se identifica resistencia al cambio en este modal	2
s	2	Fallecimiento de la madre en el mes de febrero. Ambivalencia hacia la madre de dependencia y enojo. Relación difícil con los hijos del esposo, ellos no comen.	1	Proyección en el tiempo (TRE) Plan de vida (logoterapia) Entrenamiento en habilidades sociales (TRE)	Que la paciente se imagine en el futuro, e identifique las formas en que pueda resolver futuras problemáticas con su familia. Que la paciente trace metas a corto y largo plazo, e identifique actividades que puedan darle un sentido a su vida. Que la paciente mejore las formas de comunicación con el esposo, y pueda tolerar a los hijastros y aceptarlos.	La paciente, logra identificar las conductas que desencadenan problema en su casa. Realiza el plan de vida, habla de sus deseos de estudiar el año próximo, manifiesta interés en ahorrar para poder costear sus estudios. La paciente busca alternativas, se muestra un poco más tolerante con los hijastros.	1

Clínica Psicológica

Talleres de Capacitación "La Divina Providencia"

Exp. 001 / CE

Fecha: septiembre –noviembre de 2012

TABLA DE ANÁLISIS MULTIMODAL –REEVALUACIÓN–

SIMBOLOGÍA:

Niveles- Leve (0) Moderado (1) Grave (2)

Modales- Biológico (B), Afecto (A), Sensación (S), Imaginación (I), Conducta (C), Cognitivo (Co), Social (s)

MODAL	ESTADO ACTUAL	SIGNOS Y SINTOMAS	ESTADO DESEADO	TÉCNICA	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTADO LOGRADO
B	0	Sin evidencia	0	Ninguna.	---	---	0
A	1	Tristeza Miedo	0	Escucha activa y ayuda en descarga de lastre (logoterapia) Identificación y refutación de ideas irracionales sobre el miedo (TRE)	Escuchar activamente los sentimientos de la paciente, normalizar conductas y sentimientos. Indagar sobre las circunstancias que provocan temor, buscar estímulos causales para modificar el ambiente y disminuir los miedos.	La tristeza, como signo disminuyó considerablemente. La paciente identifica los estímulos que le provocan temor, modifica las ideas que tenía sobre el miedo.	0
S	1	Sin evidencia.	0	Ejercicio de respiración diafragmática (terapia alternativa)	Prevenir la aparición del dolor físico y la tolerancia del mismo.	La paciente continúa practicando los ejercicios de respiración.	0
I	1	Sueño con la madre fallecida y la tía, que refiere como real y provoca temor.	0	Autodescubrimiento (TRE) Inducción imaginaria (gestalt) Autorregistro, registro de los detalles del sueño. (TRE)	Informar a la paciente sobre la normalidad de la ocurrencia de sueños con el fallecido. Revivir el sueño e identificar los elementos del mismo, lograr la descarga de energía sobre del sueño. Análisis de los factores que producen temor. Evaluar la posibilidad de alteración del juicio en la paciente, identificar la existencia de factores precipitantes del miedo.	La paciente analiza elementos de su sueño. Revive la experiencia del sueño de manera guiada, y logra expresar los sentimientos a causa del sueño, en especial el temor y los elementos que se lo producen. La paciente se muestra resistente, no realizó el autorregistro, que se trabajó durante la sesión. Resultados en modal "Afecto"	0

C	1	Llanto moderado Insomnio	0	Escucha activa y ayuda en descarga de lastre (logoterapia) Respiración diafragmática (terapia alternativa)	Escuchar activamente los sentimientos de la paciente, normalizar conductas y sentimientos. Ayudar a la conciliación del sueño, mediante la respiración profunda controlada.	Afirma llorar aún cuando recuerda a la madre, sin embargo en menor ocurrencia. Los ejercicios de relajación antes de dormir, permitieron la conciliación del sueño más fácilmente. El insomnio remitió.	0
Co	2	Pensamientos que le causan temor. Vergüenza	1	Tareas cognitivas para casa (TRE) Ejercicio de ataque a la vergüenza (TRE) Juego de alternativas (logoterapia)	Detectar las ocasiones y los elementos que le provocan miedo para ir a dormir. Manejar la vergüenza que siente para poder iniciar un trabajo, normalizando la vergüenza y conociendo las consecuencias positivas del manejo de la misma. Atacar ideas sobre la vergüenza, poniendo a la paciente en situaciones imaginarias donde se pregunta ¿qué pasaría si...?	La paciente continua resistente a realizar los ejercicios en casa. La paciente continúa sintiendo vergüenza a pesar de los diversos ejercicios. Se niega a realizarlos. El ejercicio de ataque a la vergüenza no da resultado. Al juego de alternativas, la paciente afirmó, que aunque sucedieran dichas circunstancias, no cambiaría de idea. Afirmó que de igual manera quiere aprender a cocinar para conseguir dinero, más no vender por vergüenza.	1
s	1	Relación difícil con los hijos del esposo. Desinterés en los hijastros.	0	Plan de vida (logoterapia) Entrenamiento en asertividad (TRE) Modulación de la actitud (logoterapia)	Que la paciente trace metas a corto, mediano y largo plazo, e identifique actividades que puedan darle un sentido a su vida. Evaluar ventajas, desventajas y alternativas a cada una de las metas. Que la paciente mejore las formas de comunicación con el esposo, y pueda tolerar a los hijastros y aceptarlos. Que la paciente modifique su postura frente a la situación, busque alternativas de solución y encuentre los beneficios de mejorar la relación.	La paciente escribe metas a corto, mediano y largo plazo. Se traza metas realistas, evalúa posibles dificultades para conseguirlas y las alternativas para cumplirlas. La paciente demuestra un cambio de actitud al enumerar las ventajas de mejoramiento de la relación con la hijastra. La paciente, por medio de Autorregistros, identifica conductas problemáticas, identifica alternativas y realiza esfuerzos por llevarlos a cabo, en las discusiones con el hijastro y sus actitudes hacia él.	0

Anexo No. 3

Examen mental aplicado

EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

Expediente: 001/2012/CE

Fecha: 04 / 06 / 2012

APARIENCIA GENERAL PORTE Y ACTITUD

Edad: Niño(a) Adolescente Adulto

Tez: Blanca Morena Negra Estatura: Baja Media Alta Complexión: Gruesa Delgada

Cabello: Largo Corto Discapacidades: No Sí Especificar: ---

Cómo entra el paciente: Especificar se muestra tímida, evade la mirada, camina rápido, tono de voz bajo y sutil

Tensiones Psicomotoras: Especificar frotamiento de manos.

Formas de Vestir: Acorde al Clima Acorde a la Edad A la Moda Muestra Aseo

Observaciones: No utiliza maquillaje, cabello amarrado, a pesar del frío no utiliza suéter

Actitud ante el Entrevistador: Accesible Franco Evasivo A la defensiva Irritable / hostil Desconfiado

Simpático Actitud de superioridad Muestra Interés Seductor Apático Adulador Cauteloso

Otros: --- Muestra disposición al Cambio: Sí No

AFECTO Y ESTADO DE ÁNIMO

Expresión Facial: Denota tristeza, mirada hacia abajo y evade contacto visual. Llanto cuando habla de su madre.

Actitud Corporal: Encorvada, demuestra ensimismamiento, actividad motriz reducida, misma posición por periodos prolongados

Actividad Motriz: Manierismos y Tics >> Tics Bucales Coprolalia Bruxismo Gestos / Otros Tics: ---

Movimientos estereotipados Sacude las manos Balanceo Se golpea la cabeza Mordisquea objetos

Se automuerde Se pincha Golpea su cuerpo Ecopraxia Hiperactividad motriz Agitación Rigidez

Ánimo: (Cómo refiere el paciente) Desesperado Irritable Enojado Ansioso Autodespreciati Temero

Otros / Especificar (intensidad, duración, fluctuaciones) Tristeza la mayor parte del tiempo, enojo con los hijastros.

ASOCIACIONES Y PROCESOS DEL PENSAMIENTO

Pensamiento: Lógico Coherente Sintáctico Ilógico Incomprensible Desordenado

Distorciones del Lenguaje: Neologismos Mezcla de Palabras Perseveración Ecolalia Condensación

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y TENDENCIA MENTAL

Ideas: ---

Creencias: religión evangélica, no practicante

Preocupaciones: el estado de la hijastra, el fallecimiento de su madre.

Obsesiones: Sí No Especificar: ---

ORIENTACIÓN EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA

Tiempo: Conoce la fecha del día Relato cronológico
Espacio: Sabe dónde se encuentra Sabe de dónde viene Conciencia de lugares
Persona: Idea clara de su identidad

Observaciones: _____

MEMORIA

Memoria remota: Alteración Evidente Sin alteración Evidente
Memoria del pasado reciente: Alteración Evidente Sin alteración Evidente
Retención: Adecuada No adecuada **Evocación Inmediata:** Sí No
Congruencia del relato: Lógico Cronológica ** Utiliza detalles en el relato.* _____

JUICIO

Juicio Social: Ausente Presente Especificar su manifestación: Fuerte supervivencia materno
Entender relaciones y sacar conclusiones correctas sobre sus actos: Sí No
Atención: Pierde la atención fácilmente Olvida lo que acaba de decir

INSIGHT

Tiene conciencia de su condición Niega tener problemas Está consciente de necesitar ayuda
Culpa a otros de sus problemas Entiende los factores que le han producido su condición

Anexo No. 4
Historia clínica aplicada

Clínica Psicológica
Talleres de Capacitación “La Divina Providencia”

Exp. 001 /CE

Fecha: 04/06/2012

HISTORIA CLÍNICA

DATOS GENERALES

Paciente de 29 años de edad, sexo femenino, guatemalteca, casada, de religión evangélica, no practicante, etnia ladina, oficio ama de casa, procedente de zona 8, originaria de Ciudad Capital de Guatemala.

MOTIVO DE CONSULTA

“Traje a los niños a consulta porque no comen. Además, mi mamá murió en febrero y me siento muy triste.”

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

La paciente refiere que desde que se casó y fue a vivir con los hijos de su esposo, éstos le desesperan, porque “no me hacen caso, además no quieren comer”. Comenta que en el mes de febrero del presente año falleció la madre de 58 años de edad, lo que la ha dejado “muy triste, no me gusta hablar de eso porque mi esposo me regaña.”

HISTORIA PERSONAL

La paciente vive con su esposo de 32 años de edad, con quien contrajo matrimonio en el mes de noviembre del año pasado; y con los hijos de éste, un niño de 10 años y una niña de 7 años de edad. Habita en un apartamento en la casa de su padre, en el segundo nivel.

La paciente refiere que se casó, tras un noviazgo de un año y medio, tiempo durante el cual, solamente había platicado con los niños un poco por teléfono, mas no convivido con ellos directamente. Afirma que ahora que vive con ellos, le molesta que su esposo “le ponga más atención a ellos, quisiera que la atención fuera equitativa, conmigo también”, además, que “la niña no quiere comer, nada de lo que le doy le gusta y eso me desespera”. Indica que luego del matrimonio comenzó a vivir en casa de sus padres para cuidar a su mamá “No fue fácil convencer a mi esposo, él no quería, pero yo no iba a dejar a mi mama y entonces aceptó”.

En la casa vive su papá y su hermana menor, la madre, falleció en el mes de febrero de este año, a causa de una insuficiencia renal, la paciente lo relata llorando, de la siguiente manera: “Mi mamá, ella no tenía una pierna, yo la estaba cuidando, cuando me casé, la vestía, le ayudaba, porque ya no se pudo levantar

luego que cayó en cama, tenía dos grandes llagas, una en la pierna, casi me cabía la mano cuando la limpiaba.”

Refiere que la madre falleció frente a ella “mi mamita murió casi en mis brazos, ese día ella me estaba llamando, yo casi no había dormido, me levanté a verla y se despidió de mí, llamaba a mi papá, pero él no quiso verla, se enojaba porque no lo dejaba dormir y él tenía que ir a trabajar. Mi mamita me vio y me dijo que ya se iba. El doctor ya había dicho que no podían hacer nada por ella, ni siquiera le quisieron hacer la hemodiálisis. Ella murió después que se despidió de mí.”

Afirma que tuvo un sueño en el que “mi mamá me decía, ya descansá, necesitas descansar hija”. Indica que desde que la madre murió “ya no me maquillo, yo antes me maquillaba mucho, me gustaba hacerlo, ahora no me dan ganas, no me dan ganas de hacer nada, sólo quiero llorar, me dan muchas ganas de llorar, pero mi esposo me regaña, me dice que ya pasó y que no tengo que llorar.”

Cuenta que cuando la madre vivía era muy estricta con ella, le hacía vestir ropa que no le gustaba, inclusive hasta que fue mayor de edad. “Como a los 23 años, la gente me decía que mi mamá no me tenía que vestir, hasta que un día sin preguntarle me compré una blusa, yo le pedí dinero y me la compré como quise porque mi papá dejó que me la comprara, ella me regañó, pero ya la había comprado, desde entonces compro mi ropa.” La paciente siempre ha sido dependiente de sus padres, refiere que estudió hasta graduarse de secretaria, pero que su mamá no la dejó ejercer “ella me dijo que no trabajara, además, tenía que cuidar a mis sobrinos”. Con respecto a los sobrinos indica que son tres niños que ella crió desde que el mayor tenía tres meses “los hijos de mi hermana, ella trabajaba, me los dejaban toda la semana y se los llevaban el fin de semana, mi hermana me pagaba Q.200 al mes”. Explica que los niños los crió hasta que cumplieron, los varones de 6 y 8; y la niña de 10 años de edad, refiere que le gustaba criar a los niños, que siempre los consideró sus hijos, pero que los devolvió a sus padres cuando comenzó a dedicarse a la madre por completo.

La paciente se lleva muy bien con la hermana menor, quien en realidad es su sobrina, hija de su hermana mayor, pero fue criada con ella como hermana “Yo la quiero mucho, es como mi hermana, pero mi esposo a veces me dice que yo me paso mucho tiempo abajo (primer nivel de la casa), con mi hermana y que no le dedico mucho tiempo a él, pero eso ya lo hablamos y ahora divido mi tiempo”.

Con respecto a su vida social, refiere que solamente se la pasa en la casa, no tiene amistades fuera. Indica que a veces se siente triste porque ella quisiera comprarse ropa, pero el dinero no alcanza “Mi esposo me dice –perdóname. Porque él quisiera darme mis gustos pero no puede por los niños”. Señala que le gustaría conseguir un empleo para tener su propio dinero y comprarse ropa, pero “soy muy indecisa, no puedo tomar decisiones, mi mamá tomaba las decisiones por mí, ella era muy enojada y estricta”.

Manifiesta su deseo de tener un hijo más adelante “Yo quisiera dos, pero mi esposo sólo quiere uno, por los niños, dice que ya no se puede por la economía, además ahora me quiero dedicar tiempo para mí, me gustaría pasear, divertirme, pero no se puede porque no nos alcanza, vivimos al día.”

En cuanto al sueño, refiere dormir ocho horas diarias, además de alimentarse bien, puesto que come los tres tiempos de comida “el problema es la niña, ella no me quiere comer sin importar lo que le haga”. La paciente vive en la casa de su padre, con su hermana, su esposo y los hijos de su esposo. Cuenta que su padre es enojado y que tiene problemas con la hermana porque no da dinero para la casa, “Él no da dinero, mi hermana vive de lo que mi otra hermana de Estados Unidos manda.”

La paciente es la tercera de tres hermanas, la mayor es madre de la sobrina a la que la paciente considera su hermana, vive en Estados Unidos y envía dinero para su manutención. La segunda hermana es madre de los tres niños que la paciente cuidó y vive en otra casa, actualmente con su esposo y los tres niños.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente comenta que la hermana le tiene confianza y que se lleva bien con ella. La relación del esposo hacia la paciente es de confianza “el me habla, pero a veces se enoja porque no le gusta que regañe a los niños y me deja de hablar unas horas.”

Los hijastros de la paciente tienen una mala relación hacia ella, los niños no quieren comer, ni contribuir con los oficios de la casa. En varias ocasiones se quejan con el padre de que la paciente los pone a hacer oficios y se crea un problema hacia la paciente.

Examen Mental

Apariencia General, Porte y Actitud: paciente de estatura media (1.55 m), de tez blanca, complexión gruesa. Al momento de ingresar a la clínica, el paciente luce camina rápido, su tono de voz era bajo y sutil. Luce tranquila, incluso más de la cuenta, pues difícilmente cambia de posición si no es para frotarse las manos o limpiarse los ojos cuando llora. Se mostró atenta durante la sesión. Su actitud ante la terapeuta era accesible, mantenía contacto visual. Su vestimenta demuestra aseo, no luce demasiado arreglada, tiene recogido el cabello y a pesar del frío no usa suéter. Su actitud ante la entrevistadora es accesible, sin embargo evade hablar de su madre al principio, mostrándose cautelosa con lo que dice.

Afectividad y Estado de Ánimo: su estado de ánimo demostraba tristeza, lloró cuando habló de la madre durante toda la sesión, se muestra tímida. No han podido ser evidentes tics o manierismos. La actividad motriz es reducida, se mantiene en la misma posición, con las manos entrelazadas en sus piernas durante toda la sesión. La paciente menciona que su estado de ánimo la mayor parte del tiempo es de tristeza.

Asociaciones y Procesos del Pensamiento: la paciente no demostró alteración en cuanto a su capacidad atencional. Su pensamiento, demostró ser coherente y comprensible, lo que pudo verificarse mientras relataba su historia, no se encontraron alteraciones en cuanto a su lenguaje. Realizó asociaciones en cuanto a hechos de forma coherente, coordinada y lógica. Su mayor preocupación se centró en su motivo de consulta. No mostró distorsiones en sus procesos mentales.

Contenido del Pensamiento y Tendencia Mental: su mayor preocupación es el estado de su hijastra y el fallecimiento de su madre.

Conciencia: la paciente demostró buena capacidad para reconocer los precipitantes de su situación actual, afirmando sentirse triste por la muerte de su madre y molesta con los niños porque le quitan la atención del esposo y no quieren comer.

Orientación en tiempo, espacio y persona: la paciente se encontraba orientada en cuanto a tiempo, puesto que sabe la fecha del día y reconoce bien la fecha de la próxima cita. Mantiene buena conciencia del lugar donde se encuentra, conoce qué es un psicólogo. Su relato fue cronológico cuando se indagó acerca de su infancia.

Memoria: su relato estaba centrado en su situación presente y el fallecimiento de su madre, no demostrando alteración en su memoria remota y memoria reciente, pues evoca rápidamente los recuerdos y de manera detallada.

Juicio: el juicio social del paciente se ve influenciada por la figura materna quien le decía qué hacer y pensar.

Insight: la paciente demostró una adecuada comprensión del proceso, demostró disposición inmediata hacia el proceso.

Signos y Síntomas

Signos: llanto, timidez, sumisión, inhibición, represión, dependencia de la madre, enojo, frustración, conformismo, tono de voz bajo, frotamiento de manos, tristeza, actividad motriz reducida, anhedonia.

Síntomas: tristeza, desesperación, enojo, llanto.

Impresión Clínica

Proceso de duelo

Focalización

1. Esfera del Sujeto

- Área Biológica: sin alteración.
- Funciones Básicas: sin alteración.

- Área Emocional: llanto, timidez, sumisión, inhibición, represión, dependencia de la madre, enojo, frustración, conformismo, tono de voz bajo, frotamiento de manos, tristeza, actividad motriz reducida, anhedonia, desesperación.

2. Esfera Familiar: la relación con la hermana es de apego, se acaba de casar, pero tiene problemas para ser aceptada por los hijos del esposo, quienes se niegan a comer, lo que le provoca enojo y frustración. Ha tenido sutiles discusiones con el esposo, por los niños lo que hace que éste le deje de hablar por horas.

3. Esfera Social: no tiene amistades.

4. Esfera Laboral: no trabaja, a pesar de graduarse como secretaria no ha trabajado porque la madre no la dejó.

Jerarquización

1. Esfera familiar
2. Esfera del sujeto: área emocional
3. Esfera social
4. Esfera laboral

Diagnóstico

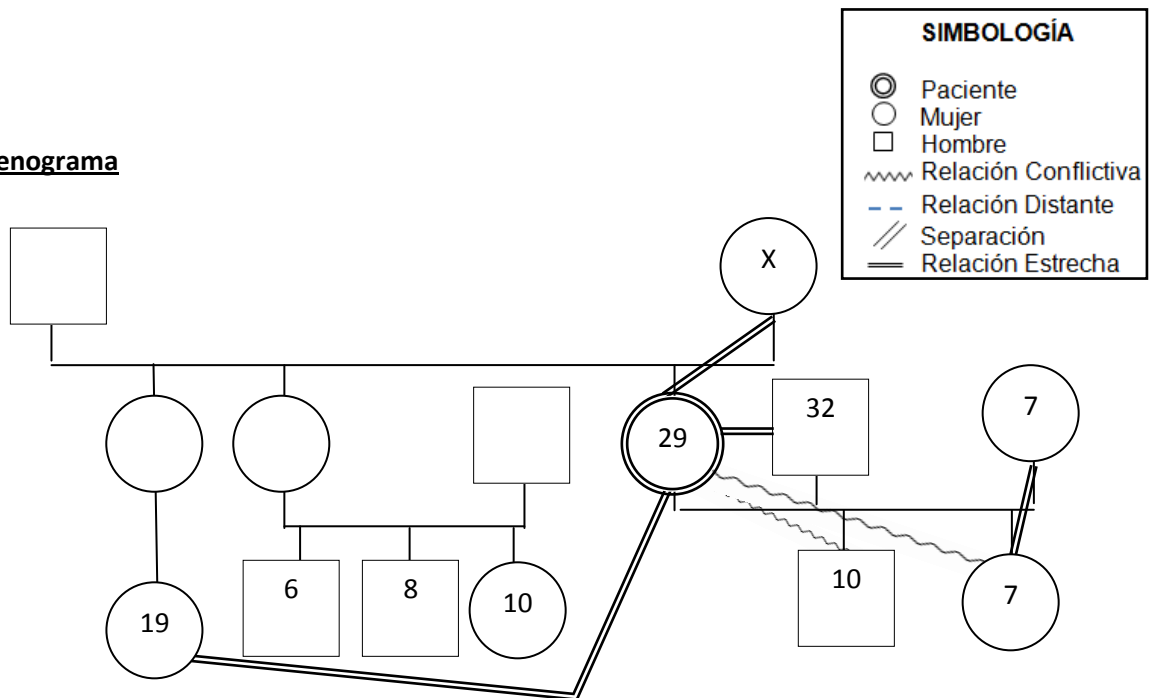
Proceso de duelo

Los rasgos de comportamiento de la paciente apuntan hacia un proceso de Duelo. El proceso de duelo es el periodo de sentimiento de vacío, tristeza y dolor, después de la pérdida afectiva de alguien o algo, independientemente de la causa ya sea muerte o abandono. El duelo puede ser:

- a) Normal: se llevan a cabo todas las etapas del proceso, sin “atorarse” en ninguna de ellas.
- b) Patológico o anormal: se caracteriza por:
 - *La intensidad.* Puede ser que la persona no manifieste dolor o, por el contrario, que el dolor le impida vivir.
 - *La duración.* Que exceda de dos o dos años y medio.

Se ha dividido la elaboración del duelo en cinco etapas. Sin embargo no podemos perder la vista que las personas son seres únicos y que no todas pasan por estas etapas en la misma forma ni con la misma duración. De lo anterior, se puede concluir que la paciente se encuentra en la etapa depresiva del duelo, debido a la identificación de sentimientos de tristeza, culpa e impotencia que presenta la paciente, asimismo, se deduce que el proceso de duelo avanza a un ritmo “normal”, puesto que la intensidad y la duración en este caso, no implican un duelo patológico.

Genograma



Fuente bibliográfica

- Estrada, Carmen / Gerónimo, Sara. MARCO TEÓRICO del PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD” Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. 2012.

FUENTE: CASO 001/CE-2012

Anexo No. 5

Plan Psicoterapéutico Multimodal Aplicado

Clínica Psicológica
Talleres de Capacitación “La Divina Providencia”

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Exp. No. 001/CE

DEFINICIÓN DE OBJETIVO

- Se trabajará con la paciente las diferentes áreas de su vida, haciendo hincapié en el duelo, para que llegue a la etapa de la aceptación hacia el fallecimiento de la madre.

TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA A UTILIZAR

- Terapia multimodal

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA CORRIENTE PSICOLÓGICA Y LA TÉCNICA

La terapia multimodal, es parte del movimiento integracionista de la psicoterapia, que fue desarrollándose a partir de la década de 1960 en Estados Unidos, debido a que varios clínicos comenzaron a darse cuenta de las limitaciones tanto teóricas como técnicas que impone el seguir un único modelo terapéutico y al observar la rigidez existente en las escuelas de la psicología. Por tanto el movimiento integracionista se desarrolló en base a la necesidad de unificar, de cierta manera, las técnicas y teorías existentes hasta el momento, tratando de hacer converger los métodos y modelos de mayor efectividad, los factores comunes entre ellas y el estudio de sus discrepancias en cuanto a procesos y fundamentos teóricos. La vertiente de la cual deriva la terapia multimodal, es llamada eclecticismo técnico, una tendencia que “se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Se caracteriza, por un fuerte énfasis en lo técnico en derivamiento de la teoría, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado.”

El eclecticismo técnico, hace énfasis en la utilización de una variedad de técnicas, lo cual permite un enriquecimiento de la práctica y un marcado avance en la mejoría del paciente. Para la selección de las técnicas se debe tener una base empírica antecedente, que indique que dicha técnica funciona para determinado problema. “En el eclecticismo técnico, se seleccionan las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen

desde una teoría concreta. Es decir, se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero siempre según su conceptualización, que se hace desde una orientación teórica particular. (...) Se trata de una integración de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y cómo producirlo terapéuticamente. La elección de una técnica se hace en función del tipo de cliente, y la clasificación, tanto de las técnicas como de clientes, requiere una cierta elaboración teórica. El resultado es un esquema conceptual que indica el tratamiento a elegir según el caso.”

El enfoque multimodal se basa en el análisis de diferentes modalidades para la obtención metódica de información de cada caso, por lo que se distinguen, siete distintas modalidades del funcionamiento de cada persona, denominado BASICo's, por las siglas: Biológico (B), Afectivo (A), Sensorial (S), Imaginación (I), Cognición(C), Conducta (Co) y Relaciones Sociales (S). De tal forma, que de acuerdo a la correlación entre dichas áreas se busca una estrategia de tratamiento, tomando en cuenta las diferentes técnicas, para lo cual se utiliza la tabla de análisis multimodal, de primer orden, de acuerdo al motivo de consulta y de segundo orden, de acuerdo al avance que se obtenga durante el proceso. De manera esquemática en cada modalidad se recogería la siguiente información:

- ✓ BIOLÓGICO: Lista de medicamentos y drogas consumidas. Actividad física y ejercicio. Dieta y alimentación. Enfermedades padecidas pasadas y actuales relevantes.
- ✓ AFECTOS: Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. Que conductas presenta el sujeto cuando experimenta esas emociones (anotar en el modal conducta).
- ✓ SENSACIONES: Listado de sensaciones negativas experimentadas. Efectos sobre los afectos de esas sensaciones y la conducta. Sensaciones más placenteras. Sensaciones y estimulación sexual placentera/displacentera.
- ✓ IMAGINERÍA: Sueños, recuerdos o imágenes recurrentes de carácter molesto. Auto imagen física-corporal. Imágenes y fantasías preferidas. Efectos sobre las otras modalidades.
- ✓ CONDUCTA: Actividades y conductas manifiestas. Hábitos o actividades que se desearía incrementar. Hábitos o actividades que se desearía disminuir. Habilidades o carencias conductuales.
- ✓ COGNITIVO: Listado de auto diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Efectos de las cogniciones sobre las otras modalidades.
- ✓ SOCIAL: Problemas con otras personas. Como afectan o reaccionan estas personas ante las conductas del paciente. Como afecta las conductas del paciente a estas personas. gama, tipo, calidad y cantidad de relaciones sociales. asertividad y habilidades sociales. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

La utilización de la terapia multimodal, tiene muchas ventajas, entre las cuales está la flexibilidad, ya que “permite que el terapeuta pueda disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones.” Además es un enfoque más amplio, pues proporciona la capacidad de observar al paciente a partir de diferentes dimensiones lo que promueve que los procesos de cambio sean más rápidos y la terapia sea más efectiva. Desde la terapia multimodal, se utilizarán técnicas de los modelos de terapia centrada en el cliente, gestalt, logoterapia, terapia racional emotiva y técnicas de terapia alternativa.

MECANISMOS DE ACCIÓN Y MEJORÍA

A través de los instrumentos de la terapia centrada en el cliente

- ✓ Establecer un nivel empático adecuado, donde la paciente se sienta cómoda y pueda expresarse in de manera franca, sin temor a ser juzgada, y pueda sentirse acompañada y comprendida.
- ✓ Mediante la escucha activa, identificar los sentimientos de la paciente.
- ✓ Lograr mediante el reflejo de sentimientos que la paciente identifique sus sentimientos reprimidos en cuanto a su pérdida.

A través de los instrumentos de la logoterapia

- ✓ Que la paciente perciba sus aspectos positivos, aumentando así su autoestima y logre manejar los sentimientos de culpa, enojo y miedo que manifiesta.
- ✓ Que la paciente module su actitud ante las diversas circunstancias de su vida, para que pueda adquirir una postura de autodistanciamiento de dichas situaciones y las pueda dominar. Asimismo, que fortalezca su actitud frente a lo positivo y transforme su sufrimiento, completamente humano, en un triunfo interior.
- ✓ Promover que la paciente logre resituarse en la vida sin la persona fallecida, logre un autodomínio personal y trace un plan de vida en función de sí misma.

A través de los instrumentos de la terapia racional emotiva

- ✓ Promover en la paciente la capacidad de detectar, discriminar y refutar sus distorsiones cognitivas, mediante ejemplos, persuasión, diálogos socráticos y tareas para casa.
- ✓ Que la paciente identifique y acepte sus emociones, como producto de pensamientos persistentes, para identificar cuáles son racionales y cuáles irracionales, y de esa forma trabajar en ellos.
- ✓ Mediante las técnicas de imaginación, incentivar en la paciente la capacidad de anticiparse a futuros problemas y pueda actuar de una forma asertiva. Así también, que mediante la imaginación pueda interpretar situaciones pasadas y obtener un aprendizaje de ellas.
- ✓ Realizar un entrenamiento en habilidades sociales en la paciente y asertividad, para que responda de mejor forma a las situaciones que se le presentan, aprenda a encarar los problemas mediante una comunicación adecuada y considere los beneficios de la toma de decisiones por sí misma.

A través de los instrumentos de terapia gestalt

- ✓ Que la paciente logre la capacidad de reconocer sus sentimientos y los exprese, de manera que logre aceptar la pérdida.
- ✓ Incentivar a la paciente a que termine los asuntos pendientes hacia la persona fallecida, mediante técnicas expresivas.

A través de los instrumentos de terapia alternativa

- ✓ Promover en la paciente los ejercicios de relajación que le ayudarán a manejar sus sentimientos de mejor forma y a lidiar con situaciones de dolor físico.
- ✓ Ayudar a descargar emociones que han sido reprimidas mediante la imaginación.

Fuente bibliográfica

- Estrada, Carmen / Gerónimo, Sara. MARCO TEÓRICO del PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “APLICACIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL EN PACIENTES EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS DE EDAD” Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. 2012.

FUENTE: CASO 001/CE-2012

Anexo No. 6
Hojas de Evolución Aplicadas

Clínica Psicológica
Talleres de Capacitación "La Divina Providencia"

HOJAS DE EVOLUCIÓN

–Primer Trimestre–

Exp. No. 001/CE

Fecha: junio – agosto de 2012

FECHA	OBSERVACIONES
4 junio	<p>Se estableció un adecuado rapport, la paciente solamente habla de la situación de sus hijastros. Se obtiene información general de la paciente. A pesar de que parte de motivo de consulta fue el fallecimiento de la madre ("mi mamá murió en febrero y me siento muy triste"), no manifiesta alteración evidente en el estado de ánimo. Se niega a abordar el tema.</p> <p>La paciente obtiene idea clara sobre el proceso.</p>
11 junio	<p>Se indaga información general de su situación actual para tener una idea de su contexto, características personales e historia familiar y personal.</p> <p>La paciente se muestra más confiada ante el proceso, por lo que comienza a hablar de la muerte de la madre, llora durante más de media hora afirmando que no lo hacía porque su esposo la regañaba si lloraba.</p>
18 junio	<p>La paciente continua hablando sobre el fallecimiento de la madre, relata hechos y detalles, además se muestra enfadada con la idea de que la madre la ha dejado.</p> <p>Continúa con la descarga emocional aplicando las técnicas rogerianas de empatía, escucha activa y aceptación incondicional. Se identifica que la etapa del proceso de duelo de en la que se encuentra la paciente es la de negación.</p> <p>Resultado terapéutico: descarga emocional, que la paciente no demuestra en otros ámbitos.</p>
9 julio	<p>La paciente comenta sobre un sueño que tuvo con la madre, en el que esta le pide descansar, se trata el sueño y se interpreta que es ella misma quien se pide permiso para descansar después de haber ayudado a la madre.</p> <p>Comenta que dentro de una semana realizará matrimonio religioso con el esposo.</p> <p>Se asigna la tarea de realizar una carta dirigida a su madre, donde exprese los sentimientos que desearía haber manifestado.</p>
23 julio	<p>No asistió a la sesión.</p>
30 julio	<p>La paciente afirma que no asistió a la sesión anterior por haber salido de vacaciones con su esposo e hijastros. Comenta sobre una infección urinaria que tiene desde hace más de 6 meses, (lo que da la impresión de que la paciente es negligente hacia sí misma). Afirma haber visitado al médico, pero que no lo ha hecho últimamente por el viaje. Se le brinda información sobre los riesgos de aplazar la visita al médico se convence de realizar una</p>

	<p>visita para tratar su problema. Se enseñan ejercicios de respiración para cuando tenga dolor físico.</p> <p>La paciente lleva la carta, que se niega a mostrar. Realiza un resumen de la misma en la que afirma que el contenido general es sobre emociones que no ha manifestado de enojo, ira y culpa hacia la madre. Hecho del que habla sin llorar, lo que demuestra una elaboración del proceso, pasando de la etapa de la negación, hacia etapas relacionadas con la culpa y el enojo.</p> <p>Se habla del futuro con la paciente, afirma querer trabajar, pero encontrarse en dificultad para conseguir empleo, por nunca haber laborado y por la imposibilidad de encontrar un trabajo por cuidar a los hijastros. Manifiesta molestia por cuidar a los hijastros y un posible arrepentimiento al haberlos aceptado como parte de su familia, así como por situaciones cotidianas en las que los hijastros se quejan con el esposo y tiene peleas con él, donde se dejan de hablar. Muestra el deseo de tener hijos propios pero enojo, dado que su esposo no desea más hijos por la situación económica.</p> <p>Se propone a la paciente buscar un trabajo de medio tiempo, a las que se niega. Se busca alternativas de trabajo como la venta de comida o catálogos, pero la paciente aduce vergüenza para realizar una venta y la dificultad para tomar decisiones por sí misma. Se trabaja sobre la vergüenza, pero la paciente se resiste a trabajar la vergüenza.</p>
6 agosto	<p>Se habla de los beneficios de buscar un empleo o actividades que puedan dejarle ganancias monetarias, sin embargo se cierra ante la posibilidad de realizar una venta. Afirma hacer tamales para vender, pero que su hermana los vende debido a que ella teme a que la gente se niegue a comprarlos. Se trabaja con las ideas irracionales que tiene la paciente sobre su vergüenza y la dificultad para tomar decisiones.</p> <p>Se realiza ejercicio de imaginación y proyección en el futuro como entrenamiento en habilidades sociales.</p> <p>La paciente logra identificar las conductas que desencadenan los problemas en su casa, sin embargo se niega a realizar cambios que le ayuden a mejorar la convivencia con los hijastros.</p>
13 agosto	<p>Se observa que la paciente realiza un cambio en su aspecto personal, esta vez, acude maquillada y con aretes, su aspecto en general ha sido sombrío, sin embargo, en esta ocasión se muestra jovial y sonriente. Al indagar por su nuevo aspecto, responde “tenía ganas de lucir así y me puse los aretes porque me gustan.”</p> <p>El tema general de la sesión es la dificultad que tiene con los hijastros y la negativa del esposo en aceptar su forma de crianza.</p> <p>Se comienza a trazar ideas para realizar el plan de vida en las próximas sesiones, la paciente habla de la idea de ahorrar dinero de la venta de tamales que hace (tamales que vende la hermana) para estudiar un curso técnico de repostería el próximo año.</p>
20 agosto	No asistió a la sesión.
27 agosto	<p>Nuevamente, el tema general de la sesión es la dificultad en la crianza de los hijastros, las discusiones con el hijastro mayor aumentan, este aparece retador y la paciente manifiesta molestias debido a ello, afirma sentir mucho enojo ante la situación.</p> <p>Se trabaja con la paciente, el tema de la tolerancia, se le pide investigar de qué formas puede ganarse la confianza con los hijastros recurriendo a actividades que puedan realizar en conjunto. Se deja la tarea de búsqueda de actividades recreativas para realizar en familia.</p>

HOJAS DE EVOLUCIÓN

–Segundo Trimestre–

Exp. No. 001/CE

Fecha: septiembre - noviembre

FECHA	OBSERVACIONES
3 septiembre	<p>Se observa en la paciente un estado regresivo al hablar de la madre, se comporta como una niña afirmando "-No puedo aceptar su pérdida", el tono de voz es bajo y hace "pucheros".</p> <p>Se muestra preocupada por la situación que se transcribe a continuación: "Mi hermana nos vino a visitar, mi esposo ha tenido que trabajar de noche los últimos días, y como somos muchos con mi hermana y sus hijos, no me pude quedar con mi hermana menor (con quien se queda cuando no está su esposo) no me quedó de otra que ir a dormir a mi cama sola, no había podido dormir nada, eran como las once de la noche y de repente vi que mi mamá y mi tía (ambas fallecidas) estaban discutiendo por quien dormir conmigo, luego sentí que alguien se acostó a la par mía y me tocó la espalda. Yo sabía que eso no podía ser porque mi mamá está muerta, yo estaba muy despierta y la luz encendida, en el momento no reaccioné, pero después me di cuenta y me dio mucho miedo". La paciente refirió que duerme en la cama en que falleció la madre y que no la puede cambiar porque no tienen otra, asimismo cuenta que cuando su esposo no está no puede dormir y que tiene como tres días de no dormir por el miedo que tenga. Los pensamientos que detecta cuando teme dormir en su habitación se refieren al recuerdo de la madre, manifiesta mucho miedo.</p> <p>Se normalizó la situación, que es usual en los procesos de duelo, aunque se dejó la tarea de registrar todos los detalles de la situación para descartar una posible alteración del juicio en la paciente e identificar la existencia de factores precipitantes del miedo para trabajar en ello durante las próximas sesiones.</p>
10 septiembre	No asistió a la sesión.
17 septiembre	<p>La paciente se refiere a la inasistencia a la sesión pasada debido a una enfermedad de la hijastra, informa que en un paseo familiar la niña se enfermó en el camino y tuvieron que regresar a su casa y llevarla al médico.</p> <p>Mantiene preocupación por el estado de salud de la hijastra, manifiesta que sus cuidados la han acercado más a ella.</p> <p>Se abordan las tareas anteriores, como la de búsqueda de actividades recreativas para los niños, a lo que la paciente manifiesta desinterés, informa que "simplemente no hay un lugar, quedan muy lejos y no tengo dinero para ello".</p> <p>Se infiere sobre la forma en que puede buscar alternativas. Se aplica la técnica de modulación de la actitud, para que la paciente cambie su postura frente a la situación con sus hijastros y observe los beneficios de una mejor relación con ellos. La paciente demuestra un cambio de actitud al observar los aspectos positivos de acercar a los niños hacia ella, ella misma plantea opciones para conseguir actividades para los niños durante las vacaciones.</p> <p>Con respecto a la tarea del 3 de septiembre, de registro de los detalles de su "sueño", la paciente refiere "no tuve tiempo para hacerlo, he estado muy ocupada". La tarea se aplaza para la semana siguiente.</p>

24 septiembre	<p>La paciente se muestra más confiada, luce segura de sí misma. Comenta que se encuentra “feliz” porque ha logrado mayor acercamiento a los niños, en especial la niña. Comenta “ella se me acercó y me dijo que me quería”, lo anterior sucedió luego que la paciente se esforzara en mantener mayor relación con ella, debido a pequeños cambios en su rutina “la tengo conmigo cuando cocino, ella me ayuda a lavar los trastes, he tratado de estar más tiempo con ella.”</p> <p>Se tocó nuevamente el tema de la madre, la paciente se mostró triste, sin embargo no lloró durante la sesión. No realizó la tarea, sin embargo afirma que el suceso “fue sólo un sueño”. Refiere que antes de dormir realiza los ejercicios de respiración, con los cuales “puedo dormir mejor, ya no pienso tanto en mi mamá antes de ir a dormir, porque me duermo cansada, sólo cuando mi esposo no está es que me da mucho miedo”.</p> <p>Se trabaja con ideas irracionales, se pide a la paciente enlistar las situaciones que le provocan temor, para normalizar los temores y buscar las posibles causas y formas de eliminar dichos estímulos, se hace énfasis en la cama, a la que indica no puede sacar de la habitación. Se enfatiza la necesidad de realizar cambios en la habitación que le permitan sentirse en un ambiente diferente para modificar en lo posible el estímulo del recuerdo del lugar en el que la madre falleció.</p> <p>El logro obtenido durante la sesión es que la paciente logra identificar los temores irracionales y modificar los estímulos que lo provocan.</p>
8 octubre	No asistió a la sesión.
15 octubre	<p>Se comienza con el proyecto de vida, se pide a la paciente escribir sus metas a corto plazo, de las que escribe lo siguiente: “mejorar la situación con mis hijastros, ahorrar dinero para poder estudiar el año que viene, ayudar a mi esposo con los planes para mejorar la casa”. Sobre las metas a mediano plazo escribe. “terminar de arreglar la casa, comprar una estufa nueva, estudiar belleza o cocina en la institución”. Sobre las metas a largo plazo escribe: “haber estudiado cocina o belleza para aprender a hacer pasteles y ayudar a mi esposo, encontrar un trabajo o poner un negocio propio para contribuir con los gastos de la casa, tener un bebé o dos dentro de cinco años.”</p> <p>Se trabaja sobre cada una de estas metas y se analiza junto a la paciente las posibilidades, ventajas y desventajas y alternativas a cada una de ellas, así como los posibles pasos para llevarlas a cabo. La paciente se muestra entusiasta con respecto a ellas.</p> <p>Con respecto al proceso de duelo, afirma “sé que mi mamá está mejor, donde quiera que esté, me siento conforme, aunque todavía lloro cuando me acuerdo mucho de ella.”</p>
22 octubre	<p>La paciente refiere que aún mantiene problemas con el hijastro, sin embargo afirma estar buscando distracciones para el niño debido a sus vacaciones. “Por ahí, por la casa queda cerca un parque, estamos averiguando si lo podemos llevar para que juegue fútbol, pero no estamos seguros, el niño está muy entusiasmado con la idea, vamos a ver qué podemos hacer”.</p> <p>De la misma forma, comenta que no ha tenido dificultades con los niños, aunque aún rechazan la mayor parte de la comida, indica que la niña no gusta de la cebolla y que si la ve en el plato no la come, al dársele la opción de no cocinar con cebolla, la paciente refuta la idea afirmando que “a mi papá sí y no puedo hacer dos comidas diferentes”. Se debate con la paciente sobre la conducta y el cambio de actitud. Se utiliza la técnica de seguimiento de problemas, se pide a la paciente que identifique los detalles de la situación, lo que piensa sobre ello, lo que siente y las formas como actúa para identificar alternativas que ayuden a</p>

	solucionar la situación.
29 octubre	<p>Se reevalúan los avances en el proceso de duelo, la paciente muestra mayor avance afirma no pensar tanto en la madre ya que “ella murió y yo debo luchar por mi familia”. El cambio de actitud puede observarse incluso en la actitud corporal de la paciente, la cual mantiene erguida, sostiene la mirada y un tono de voz apropiado. Aún muestra signos de ansiedad al hablar de la madre, como frotarse las manos, aunque en menor frecuencia. Manifiesta no haber tenido sueños con la madre nuevamente aunque “me gustaría soñarla un poco”. Refiere que desde que su esposo cambió de turno nuevamente puede dormir adecuadamente.</p> <p>Cuando se habla de la madre de la paciente, ésta no llora, manifiesta que ya no se siente enojada con la madre.</p> <p>Espaciamiento de sesiones debido a la mejoría, se pide a la paciente asistir al proceso de manera quincenal.</p>
5 noviembre	<p>Se aborda principalmente la situación en el hogar de la paciente, comenta que se lleva mejor con los niños, con quienes pasa mayor tiempo. Se trabaja sobre el avance de la paciente en las metas a corto plazo, indica haber comenzado a ahorrar para la mejoría de su casa “van a abrir una venta porque el cuarto no tenía y van a echar piso”.</p> <p>Se observa que la paciente se encuentra preocupada por el cumplimiento de las metas a corto plazo. Con respecto a la vergüenza que siente por vender afirma “no me gusta ir a vender y no creo que lo vaya a hacer”, se trabaja con el tema de la vergüenza con la técnica del juego de alternativas “¿qué pasaría si su hermana dejara de vender los tamales?, ¿qué pasaría si no tuviese más entradas de dinero cómo haría para ganarse la vida?” la paciente afirmó que de igual manera “no iría a vender”. La paciente mantuvo su posición buscando alternativas al problema, afirmando que con el aprendizaje de repostería, quizá podría vender pasteles.</p>
19 noviembre	<p>Se realizó evaluación final y sesión de cierre. Se evalúa cada uno de los modales de la paciente. La paciente afirma no tener ningún dolor físico, después de iniciado el tratamiento médico, por la cual se ha tratado la infección. Indica que los ejercicios de relajación los hace de vez en cuando, pero que cuando los practica duerme mejor. Con respecto a los sentimientos de enojo y tristeza por la muerte de la madre, la paciente relata no sentir enojo hacia ella, refiere que la tristeza ha disminuido, pero aún siente ganas de llorar en ocasiones, aunque en menor cantidad que al inicio del proceso.</p> <p>La paciente luce optimista, desde las sesiones anteriores, se maquilla y arregla para sentirse bien consigo misma, asimismo se muestra optimista en cuanto a la expectativa del próximo curso que desea tomar, para el cual se encuentra ahorrando por la venta de tamales, en la cual aún se niega a vender y depende de la hermana.</p> <p>Afirma haber mejorado la relación con los hijastros, en especial con la niña, porque “me gustan las niñas, y amo a mi esposo, por él quiero cuidar mi relación con los niños”.</p> <p>Se da el cierre del proceso terapéutico debido al cierre de las instalaciones.</p>

Celeste Estrada

Firma

FUENTE: CASO 001/CE-2012