



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**PÉRDIDA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN LOS ESTADOS
DEPRESIVOS DE UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE LA CIUDAD
DE BABAHOYO.**

AUTORA:

NARVAEZ ALCIVAR DANIELA YAMILET

TUTORA:

MSC. MORAN BORJA LILA

BABAHOYO – ECUADOR

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



RESUMEN

El presente estudio de caso referente a la pérdida familiar y su incidencia en el estado depresivo de una adolescente de 15 años en la ciudad de Babahoyo, describe detalladamente como afecta la muerte de un ser querido en el área emocional teniendo en cuenta que el proceso de superación del duelo dependerá de las causas por la que sucedió el fallecimiento, el vínculo afectivo y la fortaleza para asimilar el dolor, ya que la pérdida de un ser querido provoca distintas emociones que interfieren directamente en la calidad de vida y en el desempeño habitual de las actividades de cualquier ser humano. Para culminar satisfactoriamente con la investigación planteada y reunir toda la información pertinente que ayudó a conocer el grado de afectación que provoca la pérdida familiar en el estado emocional de la joven fue necesario aplicar distintos métodos investigativos como la observación directa, entrevistas semiestructuradas, elaboración de historia clínica, y la aplicación de test psicométricos que sirvieron de apoyo para evaluar a la paciente y conocer más detalladamente su sintomatología, pensamiento, emociones y conducta para lo cual, fue indispensable seguir un procedimiento para establecer el adecuado diagnóstico psicológico y determinar que es importante cuidar siempre la salud mental, porque las consecuencias pueden ser negativas, terminando en estados de depresión graves que perjudican el estado afectivo de las personas y en las relaciones con sus amigos y familiares, impidiendo que se desarrolle con normalidad su vida cotidiana y si bien es cierto que no todo proceso de duelo requiere de la participación de un profesional porque la mayoría de las personas lo superan a medida que pasa el tiempo, si es recomendable buscar ayuda psicológica cuando el problema se sale de las manos y es difícil afrontarlo.

Palabras claves: *Pérdida familiar, incidencia, depresión, afectación, sintomatología, diagnóstico.*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



ABSTRACT

The present case study referring to family loss and its incidence in the depressive state of a 15-year-old adolescent in the city of Babahoyo, describes in detail how the death of a loved one affects the emotional area, taking into account that the process of Overcoming grief will depend on the causes of the death, the affective bond and the strength to assimilate the pain, since the loss of a loved one causes different emotions that directly interfere with the quality of life and the usual performance of the activities of any human being. In order to satisfactorily complete the proposed investigation and gather all the pertinent information that helped to know the degree of affectation caused by the family loss in the emotional state of the young woman, it was necessary to apply different investigative methods such as direct observation, semi-structured interviews, elaboration of history clinic, and the application of psychometric tests that served as support to evaluate the patient and learn more about her symptoms, thoughts, emotions and behavior for which it was essential to follow a procedure to establish the appropriate psychological diagnosis and determine that it is important to always take care mental health, because the consequences can be negative, ending in serious states of depression that harm people's affective state and their relationships with their friends and family, preventing their daily lives from developing normally, and although it is true that not all grieving process or it requires the participation of a professional because most people will get over it as time goes by, if it is advisable to seek psychological help when the problem gets out of hand and it is difficult to overcome it.

Key words: Family loss, incidence, depression, affectation, symptomatology, diagnosis



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCION	¡Error! Marcador no definido.
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo General	2
SUSTENTO TEÓRICO	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	10
RESULTADOS OBTENIDOS	12
CONCLUSIONES	18
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	23



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA



1

INTRODUCCIÓN

Todas las personas a lo largo de la vida experimentan distintas emociones y sentimientos, los cuales ocasionan cambios importantes en el estado emocional. La pérdida de un ser querido siempre producirá dolor y tristeza en cualquier ser humano, e incluso terminar en un estado depresivo. Asumir e integrarse a este proceso delicado no es fácil, se necesita de mucha fortaleza y ayuda para poder admitirlo y superarlo, sobre todo cuando no se tiene la madurez necesaria para afrontar estos momentos difíciles que afecten en el desarrollo personal y afectivo.

El presente estudio de caso tiene como objetivo principal analizar la incidencia de la pérdida familiar en el estado depresivo de una adolescente de 15 años de la ciudad de Babahoyo, para lo cual se estableció la línea de investigación de la carrera de psicología clínica, prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y la correspondiente sub línea psicoterapias individuales y/o grupales.

Se investiga esta problemática para poder esclarecer como la pérdida de un familiar puede repercutir en un problema de estado depresivo, determinando que todas las personas en algún momento tienen que pasar por el sufrimiento de ver a un ser querido partir de su lado, siendo un tema de mucho interés que sucede con frecuencia en la sociedad y si no se busca la ayuda necesaria provoca afectaciones psicológicas en las personas que están pasando por este proceso de dolor, por este motivo la importancia de indagar minuciosamente todas las afectaciones emocionales que provoca una pérdida familiar y el proceso adecuado para sobrellevar esta difícil etapa.

Para lograr cumplir con el análisis del objetivo planteado, se aplicó la metodología cualitativa que contribuyó positivamente para obtener toda la información correspondiente, alcanzar a cumplir el propósito de la investigación y entender de una mejor manera el problema del estudio de caso, aplicando todas las técnicas y herramientas necesarias, como observación directa, entrevistas semiestructuradas, historia clínica y baterías psicométricas, las cuales fueron de gran utilidad para examinar la problemática tratada desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual (TCC) con la única finalidad de conocer a profundidad este estudio de caso, los problemas que se desencadenan a raíz de la pérdida familiar y poder brindar una solución o mejoría en el estado depresivo que atraviesa la paciente.



DESARROLLO

Justificación

La pérdida familiar siempre será una causa de tristeza y nostalgia para cualquier ser humano que afronta esta etapa dolorosa en su vida, aceptar e integrar la pérdida de un ser querido es un proceso delicado que cada individuo vivirá de una manera distinta experimentando varios sentimientos y emociones, teniendo en cuenta que hay personas que se les dificulta admitir este proceso de dolor que termina en un estado depresivo, por lo cual es indispensable analizar y comprender el presente estudio de caso.

Es de mucha importancia plantear la presente problemática, porque el motivo principal de este estudio de caso es el de poder ofrecer toda la ayuda necesaria a la paciente que contribuya en el mejoramiento de su estilo de vida y restituir su estado emocional, indagando más a fondo las razones y motivos que la conducen a esta situación de depresión, comprender las preocupaciones que acarrea esta joven por la pérdida de su familiar y analizar sus comportamientos y sentimientos.

Con el presente estudio de caso se beneficia directamente la joven afectada ya que recibe apoyo y orientación con la finalidad de aliviar su tristeza que causa preocupación en sus familiares, la estudiante al adquirir conocimientos y destrezas para su futuro profesional y toda la comunidad estudiantil universitaria ya que al momento de realizar sus trabajos investigativos podrán tener una base y guía con estos modelos de estudio.

Lo trascendental de estudiar el caso propuesto es que por medio de esta investigación conocemos las consecuencias psicológicas que pueden provocar la pérdida de un ser querido y la afectación en el estado emocional de una adolescente de 15 años, siendo factible aplicar todos los recursos académicos y teóricos, técnicas y herramientas psicológicas que aportaron positivamente en el desarrollo de este trabajo, en el cual también se incluyó la realización de test, psicoterapias, conversaciones continuas y entrevistas con la paciente y con sus familiares, con la adecuada disposición de tiempo y colaboración.

Objetivo General

Analizar la incidencia de la pérdida familiar en el estado depresivo de una adolescente de 15 años en la Ciudad de Babahoyo.



SUSTENTO TEÓRICO

Pérdida Familiar

Luego de una muerte el dolor y el lamento por la pérdida de un ser querido es el lapso de sufrimiento y duelo. El llorar a alguien es parte normal del proceso de reacción frente a una pérdida. Se puede experimentar el sufrimiento como una reacción emocional, mental, física, o social. Las reacciones mentales incluyen síntomas como tristeza, ansiedad, culpabilidad, enojo, desesperación e incluso depresión. Mientras que en cuanto a reacciones físicas se presentan problemas para dormir, cambios en el apetito, problemas físicos o hasta enfermedades. Y en el ámbito social se engloba la pérdida de interés en actividades cotidianas y aislamiento.

La duración del dolor por la pérdida de un ser querido puede depender de varios factores como son: la cercanía de la relación o el vínculo afectivo que existía con el ser fallecido, si era de esperarse el deceso entre otros componentes. En este proceso la familia, los amigos, y la fe pueden ser fuentes de apoyo. A su vez la orientación o la terapia para el sufrimiento también serían eficaz para algunas personas. (Instituto Nacional del Cáncer, 2020)

Sentimientos ante la pérdida de un familiar

Según Álava Sordo (2020) manifiesta que “En primera instancia ante la pérdida de un familiar lo normal es sentir tristeza, rabia, enfado e incluso frustración, pero sin lugar a dudas la emoción predominante es la tristeza. También surgen sentimiento de culpa, soledad, miedo y nostalgia”.

De este modo los sentimientos van vinculados los unos a los otros ya que en su momento la tristeza pasará, y se transformará en nostalgia, y podremos decir que lo tendremos aceptado e integrado cuando recordemos a esa persona y no sintamos ese vacío desgarrador, lo que empezaremos a sentir será añoranza, melancolía, pero seremos conscientes de todo lo que ha significado para nosotros esa persona. Por eso lo que un doliente experimenta luego de la muerte de un ser querido es muy personal. (Álava Sordo , 2020)

Según, el psicólogo Mauricio Moreno (2017) menciona que el proceso de duelo es un paso natural, emocional y evolutivo por el que atraviesan los seres humanos. Durante esta etapa cada ser humano reacciona y se comporta de manera diferente. Dentro de las reacciones tenemos la etapa del Shock: en la cual al cerebro se le complica entender que hay un vacío por lo que, la persona no asimila la pérdida de su ser querido.



Moreno sugiere estar acompañado continuamente para expresar las emociones por las que se atraviesa. Dado el caso de no superar el duelo en un tiempo aproximado de 12 meses, propone requerir ayuda de la siguiente manera:

- Lo primero sería, buscar respaldo familiar. Desahogar el dolor con los integrantes de la familia es una terapia positiva que los unirá a todos. El comunicarse es una herramienta fundamental para expresarse y liberar las emociones.
- Luego, tener asesoría espiritual. Encontrar paz y equilibrio por medio de la espiritualidad permitirá reflexionar y asimilar la pérdida.
- Y por último se debe tener siempre presente optar por ayuda profesional ya sea de un psicólogo o un psiquiatra. (Moreno, 2017)

La importancia del apoyo durante el proceso de duelo

Durante todo el proceso de aflicción, dolor y duelo, la persona desconsolada necesita constante apoyo emocional. Para la persona dolida es importante el sentirse apoyado en estos momentos difíciles porque esto podría ser la clave para la recuperación y aceptación de la pérdida de un ser querido. La familia, amigos, grupos de apoyo, o profesionales de la salud mental (psicoterapeutas) tienen la posibilidad de ayudar y estar puestos para esa persona.

Debe ser válido que la persona afligida pase obligatoriamente por el proceso de duelo, y sobre todo permitirle que lo haga a su modo y a su ritmo. Aunque para ciertas personas, el proceso de duelo puede durar un largo tiempo, lo cual pasa comúnmente si la persona era muy cercana al ser querido fallecido. (American Cancer Society, 2019)

Las etapas del Duelo descritas por Elisabeth Kübler-Ross

El perder a un ser querido es habitualmente una de las experiencias que más dolor psicológico produce aún más cuando el lazo que los une es fuerte. Sin embargo, dentro de esta clase de experiencias dolorosas constan matices y distintas formas de vivir el duelo tanto en lo emocional como en lo cognitivo. Conocer las fases del duelo por la muerte de un ser querido, ayuda al doliente a comprender su dolor y a adoptar recursos de afrontamiento.

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross en los años 70 describió 5 etapas del duelo las cuáles fueron publicadas en su libro “Sobre la Muerte y el morir” teniendo lugar, en menor o mayor grado, siempre que sufrimos una pérdida. Aunque pueden darse continuamente, no siempre va a ser así, ya que cada proceso, como cada persona, es único,



de esta manera la idea sirve para comprender mejor el modo en el que se sienten las personas y cómo tienden a actuar frente al duelo. (Clinica Galatea, 2019)

De manera resumida, las 5 etapas del duelo tras el fallecimiento de un ser querido son puntualizadas por Elisabeth Kübler-Ross de la siguiente forma:

1. Etapa de la negación

En esta etapa no dejamos de preguntarnos “Si es verdad lo que ha pasado”. Cuando negamos la realidad de afrontar que un ser querido ya no está con nosotros porque ha fallecido permite aminorar el golpe y demorar todo el dolor que nos ocasiona esa noticia. El proceso de negación en el duelo es un momento penoso y difícil de sobre llevar, debido a que nunca se está preparado para esos eventos. Aunque por increíble que parezca es útil para nuestro organismo, debido a que ayuda a que los cambios de estados de ánimo no sean tan violento al punto de dañarnos.

La negación puede ser evidente o no explícita, es decir aunque verbalmente aceptemos el hecho de que un ser querido ha fallecido, el comportamiento nos delata que es una mentira momentánea, es decir fingimos que lo interpretamos pero no lo creemos del todo. Pero no se puede mantener de modo indefinido esta etapa de negación ya que se estrella con la realidad de que aún no se logra aceptar por completo la pérdida, así que abandonamos esta etapa dando paso a la siguiente.

2. Etapa de la ira

Etapa en la cual aparecen la rabia y el resentimiento, que son producto de la frustración que causa el saber que aconteció el fallecimiento de un ser querido y no se pudo hacer nada al respecto para arreglar o cambiar la situación. El duelo causa una tristeza tan profunda que entendemos que no puede ser desahogada actuando sobre su causa, puesto que la muerte no es reversible. De este modo en este período de crisis lo que domina es la disrupción y el choque de ideas que ocasiona una carga emocional muy fuerte, logrando que se den con facilidad estallidos de ira.

Aunque en el fondo sabemos que es injusto, la ira se dirige contra personas que no tienen la culpa de nada, o incluso nos desquitamos contra los animales y objetos. Al no poder hallarse ninguna solución, ni alguien a quien se le responsabilice totalmente por el fallecimiento de una persona, es que se presenta una fuerte sensación de ira que se proyecta en todas las direcciones.



3. Etapa de la negociación

La negociación puede darse después o incluso antes de que ocurra la muerte, el individuo fantasea con la idea de alterar el proceso y busca el modo para hacer que eso sea posible. Por ejemplo, por lo general las personas en esta etapa suelen negociar con entidades divinas o sobrenaturales con el fin de lograr que la muerte no se ejecute y proponen como ofrenda cambiar su estilo de vida o reformarse.

Etapa que pretende crear una ficción que posibilita ver la muerte como un evento que estamos en la postura de impedir que acontezca. De cierta manera, promete la fantasía de tener el control de la situación. De esta forma, el dolor se alivia imaginando que el tiempo puede retroceder para que no haya ninguna vida en peligro. Sin embargo esta fase es breve puesto que tampoco encaja con el entorno y, además, resulta agotador estar pensando todo el tiempo en buscar la solución.

4. Etapa de la depresión

La etapa de la depresión no es en efecto el tipo de depresión el cual consideramos trastorno mental, sino varios síntomas que tienen similitud, La persona deja de fantasear con realidades paralelas y vuelve al presente con una intensa sensación de vacío al saber que su ser querido que ya no está con él. Aquí es común que nos aislemos de todo, que se nos note bastante cansados, e incapaces de admitir que vamos a salir de aquel estado de tristeza y melancolía.

Se hace presente una profunda tristeza que no se puede mitigar con excusas ni con la imaginación, y que nos hace entrar en una crisis existencial al tener en cuenta la irreversibilidad del fallecimiento y la carencia de incentivos para continuar viviendo en una realidad en la que nuestro ser querido no está. O sea, que no solo se debe aprender a admitir que la otra persona ha muerto, sino que también se debe comenzar a vivir en una realidad que está determinada por tal ausencia.

5. Etapa de aceptación

Es el tiempo en el cual se acepta el fallecimiento del ser querido, es decir se aprende a continuar sabiendo que una persona querida ya no está, y se reconoce que aquel sentimiento de superación está bien. En cierta forma, esta etapa se da por medio de huella que el dolor emocional del duelo se va extinguiendo con el paso del tiempo, sin embargo se necesita reorganizar activamente las propias ideas que conforman nuestro esquema mental. No es una etapa de felicidad en oposición al resto de etapas del duelo, sino que al inicio se



caracteriza más bien por la carencia de sentimientos intensos y por la fatiga. Lentamente van volviendo las ganas de experimentar alegría y placer, y desde esa situación las cosas pueden volver a la normalidad. (Kübler-Ross, 1992 citado por Torres, 2017)

Depresión

La depresión es un sentimiento de tristeza y una disminución del interés o del placer en las ocupaciones que se convierte en un trastorno una vez que es lo suficientemente fuerte como para interferir con el desempeño normal del individuo. Puede presentarse tras la pérdida de un ser querido u otro evento doloroso o perturbante, aunque con respecto a este resulta desproporcionado y de una duración superior a la esperada. La depresión crea un cuadro de tristeza y decaimiento, pérdida del interés y del placer en la ejecución de actividades que solían ser del agrado del individuo afectado

La palabra depresión se usa constantemente para referirse a un estado de ánimo triste o desalentador que es resultado de acontecimientos emocionalmente angustiosos, tal como un desastre natural, una enfermedad grave o el fallecimiento de un ser querido. Una persona puede mencionar que se siente deprimida en determinados momentos, como en tiempo de vacaciones (depresión vacacional) o cuando es el aniversario de alguna persona fallecida. No obstante, sentir esto no implica un trastorno. (Coryell, 2021)

Estados depresivos

Al hablar de estado depresivo en el que la vida te deja caer hacemos énfasis a problemas, miedos, la incapacidad de ver más allá del estado en el cual estamos sumergidos, cegados y sin poder salir de él. Estando en un estado depresivo la persona tiende a olvidar como llegó a él o que lo causó, nada de lo que le digan lo puede hacer cambiar de parecer y es inevitable encontrar la salida. Una persona es capaz de pasar por diversos estados diferentes en el transcurso de su vida. Unos estados son potenciadores y otros son limitantes.

Ciertos estados limitantes poseen en el fondo un aprendizaje, una vivencia que puedes aprovechar al salir de ellos. Si estás en un “mal estado” en el cual no eres feliz, no estás con vitalidad, y te das cuenta que continuar ahí no te favorece en nada, lo más factible es buscar una salida. Somos “muy buenos” aconsejando, con la intención de ayudar, que una persona con un estado depresivo cambié su estado. ¡Cómo si fuera tan fácil! Bueno, simple es modificar el estado, lo difícil es conservar un estado óptimo. Sea como sea, tiene que ser la persona enferma la que tome consciencia, y con su fuerza de voluntad o con ayuda, salga de aquel pozo donde un día cayó. (Luque, 2018)



Síntomas del Trastorno Depresivo

No todos los pacientes depresivos presentan los mismos síntomas, ni de hecho no todos se exteriorizan con la misma intensidad, ya que estos pueden ser diferentes de una persona a otra. A continuación detallamos algunos:

- Falta de autoestima o de la autovaloración personal: Este síntoma es en especial recurrente en la depresión mayor.
- Perdida de interés en ciertas actividades: La exposición a intereses usuales no comporta la mejora transitoria de su estado de ánimo,
- La característica del estado de ánimo es sensación de insatisfacción, de desánimo, abandono y abatimiento.
- Disminución de motivaciones: Se pierde la motivación en personas y actividades que eran placenteras, ya no producen ilusión o lo hacen en menor medida.
- Reducción en la capacidad de concentración. La persona presenta dificultad para pensar, dificultad para atender o dificultad para memorizar.
- Pensamientos pesimistas, con tendencia a considerar que es imposible cambiar el curso de las cosas, pensamiento de incurabilidad y de desesperanza.
- Pensamientos Suicidas: “sería mejor estar muerto” “Lo mejor es desaparecer” o bien pensando y planeando el método para quitarse la vida.
- Pensamiento repetitivo. Tendencia a cuestionarse durante todo el día situaciones que le preocupan.
- Aumento de la irritabilidad con efecto de fácil pérdida de control.
- Labilidad afectiva, cambios bruscos de humor o tendencia a llorar con facilidad.
- Cambios en el apetito y en el peso. Aparece la pérdida de apetito y peso. Aunque a veces el individuo puede aumentar el apetito o ingesta compulsiva de alimentos calóricos, para reducir la ansiedad.
- Insomnio. Se hace preséntela dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes y horarios de sueño caóticos.
- Síntomas físicos. Dolor de cabeza, en especial en la zona de la frente y detrás de los ojos, en forma de presión desde adentro hacia fuera y molestias



digestivas, en particular, sensación de nudo o presión en la zona del estómago o del cuello.

- Ansiedad a modo de preocupación o miedo. La persona puede tener sensación de temor de forma indefinida, como si en cualquier instante le va a pasar algo negativo, permaneciendo siempre en alerta ante alguna amenaza inespecífica. (Guarch Domenech & Navarro Odriozola, 2018)

Los factores de riesgo de la depresión en los adolescentes

Dentro de los factores de riesgo que predisponen a tener un trastorno depresivo en la etapa de la adolescencia encontramos:

- Antecedentes de trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo, distimia y trastorno bipolar) en el núcleo familiar más directa.
- Vivencia de factores o acontecimientos vitales estresantes (divorcio de sus papás, acoso escolar, abuso sexual, ruptura de una relación, fallecimiento de un familiar, bajo rendimiento escolar, etc.). En los adolescentes, los acontecimientos de vida estresantes personales, familiares, sociales o económicos tienen una enorme predominación al inicio y desarrollo de la depresión.
- No contar con una red de apoyo emocional, social estable o conformada, problemas con sus padres, problemas familiares, no tener amigo.
- Ser del género femenino. Diferentes estudios muestran que existe una prevalencia muy grande de depresión en las chicas adolescentes más que en los chicos adolescentes. (Psico Abreu, 2019)

Depresión y Duelo

Por lo general el estado mental caracteriza de un modo muy particular al proceso de duelo es un estado que inhibe la capacidad de análisis y resolución de inconvenientes en el doliente, puede resultar en una perspectiva negativa de las propias habilidades y aptitudes, baja autoestima, y sentimiento de responsabilidad por los acontecimientos negativos previos a la pérdida del ser amado; A esto se le suma antecedentes de sintomatología depresiva (como son anhedonia [incapacidad de gozar actividades que antes le alegraban], sentimientos de inutilidad, disconformidad con uno mismo, culpa, autocastigo, etc.) pueden contribuir al sentimiento de desesperanza clásicamente referente de forma constante con la



depresión, puesto que la persona no está consciente de que sus percepciones se encuentran distorsionadas.

La depresión relacionada con el duelo tiende a presentarse en los individuos vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación por medio del tratamiento antidepresivo, siempre y cuando la persona esté dispuesta a reconocer las conductas de riesgo que ha adoptado, que inician desde el aislamiento constante de su círculo social y la sobrecarga de trabajo o labores domésticas para evitar experimentar ansiedad y sentimientos depresivos, hasta el abuso de sustancias adictivas ilegales y el deterioro psicosocial que esto conlleva. (Cañón Buitrago, 2021)

La depresión por la muerte de un ser querido

Empecemos por lo primordial: ¿es este un tipo diferente de depresión? Se debe considerar que la iniciativa en sí de que hay diversos tipos de depresión es algo controvertido. A la práctica, estas clasificaciones se utilizan para explicar mejor todos los casos con los que se está haciendo el trabajo, pero aquello no supone que existan diferentes alteraciones mentales que más allá de algunas características en común tengan poco que ver entre ellas.

En el caso que nos ocupa, la depresión por el fallecimiento de un ser querido, no se puede considerar que sea una entidad propia como alteración mental, sino más bien una especificación sobre cuál ha sido uno de los desencadenantes primordiales que explica cómo ha surgido. De esta forma, la depresión por duelo podría ser experimentada de tantas maneras diferentes como maneras diferentes hay de vivir la depresión en general. (Gómez Sancho 2004 citado por Torres A. , 2018)

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Antes de iniciar con la investigación es imprescindible primero encontrar las técnicas necesarias que permitan conocer y aprender el manejo adecuado de las emociones, conductas y pensamientos de la paciente, por este motivo en el presente estudio de caso se utilizó varias técnicas esenciales que aportaron con información relevante para concluir con el análisis y resultado eficaz de la problemática planteada.

Método: Para esta investigación resultó necesario seguir un proceso de técnicas y herramientas indispensable para recaudar la información, obtener resultados confiables para el diagnóstico y posteriormente intervenir en el momento oportuno, tomando en cuenta y



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



11

verificando los resultados de la hipótesis planteada en la primera entrevista sobre los signos y síntomas que está presentando y ayuden a determinar la etapa de duelo psicopatológico en la que se encuentra y por lo cual asistió a la atención psicológica, siendo importante aplicar la metodología cualitativa que ayudó con la recopilación de datos fundamentales y valiosos acerca de las exposiciones propias de la persona afectada y sus emociones.

Observación directa: Esta técnica de recolección de datos es eficaz utilizarla desde la primera instancia hasta el final del proceso psicológico, porque permitió observar directa y personalmente a la paciente, analizarla, estudiar su comportamiento y movimientos, dialogar acerca de su problema, identificar a través de su mirada y gestos sentimientos de tristeza, miedo y preocupación, determinar cualquier inquietud o malestar oculto que no expresa con facilidad y brindarle toda la confianza para que se desahogue.

Entrevista semiestructurada: Aplicando esta técnica se alcanzó obtener información relevante acerca del caso que se estudia, siendo fundamental que el psicólogo muestre sus destrezas para saber llegar a la paciente, estableciendo empatía para generar tranquilidad y conexión desde el principio, percibiendo que es escuchada y comprendida por alguien que tiene el compromiso de apoyarla en este proceso de dolor, logrando recolectar toda la información completa que se utilizó como guía para elaborar la historia clínica pertinente y realizarle el tratamiento psicoterapéutico respectivo.

Historia clínica: La historia clínica de la paciente se elaboró con todos los datos e información que se obtuvieron a través de la observación directa y la entrevista semiestructurada correspondiente, esta técnica me ha permitido llevar todo el registro necesario en la que consta su información personal y familiar, antecedentes psicopatológicos, exploración del estado mental, topología habitacional, genograma, pruebas psicológicas aplicadas, matriz del cuadro psicopatológico, diagnóstico estructural, pronóstico y esquema terapéutico. (*Ver anexo 1*)

Pruebas psicométricas: Es de mucha importancia establecer desde el principio del estudio de caso todas las pruebas psicológicas a aplicar, porque estas herramientas sirvieron de base para evaluar la personalidad de la paciente y obtener toda la información explícita en relación a su mente, indicando las características psicológicas concretas y los indicios generales de su conducta habitual, lo cual nos permitió verificar que los datos obtenidos fueron realmente íntegros para tomar decisiones relativa a los resultados obtenidos, existen



diferentes test psicológicos que son manejados por profesionales, dos de ellos se describen a continuación:

Inventario de depresión de Beck (BDI): El test de depresión de Beck es una de las pruebas más aplicadas en el ámbito de la psicología clínica, resultando sencillo emplearlo a través de la evaluación de los síntomas que presenta la paciente para poder estimar la intensidad del trastorno depresivo, el autor de este inventario es el psiquiatra Aarón Beck, este test posee 21 ítems donde la persona que lo realiza debe seleccionar una de las 4 opciones que se presentan en la prueba; tiene una duración de 10 a 15 minutos y se lo aplica en adolescente a partir de los 13 años de edad. Para medir el grado de depresión se establecen cuatro grupos: de 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La puntuación que arrojó el test aplicado a la adolescente es de 32 puntos reflejando un estado de depresión grave. (*Ver anexo 2*)

Inventario de ansiedad de Beck (BAI): Es de gran aceptación utilizar este breve cuestionario que consta de 21 ítems para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una asistencia en el diagnóstico clínico y para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, en el cual a través de que el paciente expresa sus síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos se determina el nivel de ansiedad actual que presenta, esta prueba posee 4 opciones, valorando 0 como puntuación mínima, 1 levemente no molesta mucho, 2 moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo y 3 severamente, casi no podía soportarlo. En el inventario de ansiedad de Beck que se aplicó a la paciente determinó una puntuación de 34 considerando un cuadro de ansiedad moderada. (*Ver anexo 3*).

RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación, se relatará el procedimiento del caso de una adolescente de 15 años de edad cuya identidad será anónima para precautelar su integridad, residente de la ciudad de Babahoyo, de sexo femenino, etnia mestiza, contextura delgada, proveniente de una familia nuclear, estado civil soltera, aspecto personal aseado y presentable, de ocupación estudiante y actualmente se encuentra cursando el segundo año de bachillerato, fue remitida a consulta psicológica por el departamento de consejería estudiantil de la unidad educativa donde estudia por presentar inestabilidad emocional y problema en su conducta.

Para el presente estudio de caso fue importante realizar entrevistas para recaudar toda la información necesaria, las cuales se distribuyeron en 4 sesiones y se detallan de la siguiente manera:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



13

Primera sesión: Lunes, 06 de junio del 2022, a las 11:40 am

La paciente asiste a consulta por pedido de su docente, quien manifestó al departamento de consejería que mediante una charla motivacional impartida a los estudiantes pudo notar que la adolescente presentaba problemas emocionales, por esta razón se acercó a ella para que le comente las molestias que le perturban y afectan en el desarrollo normal de sus actividades académicas, luego que el docente estuvo al tanto de su situación, se dirigió al DECE e hizo la petición que le brinden atención psicológica para indagar más fondo su problemática.

Se le hizo un llamado a la adolescente aplicando todos los protocolos adecuados y mostrando un ambiente empático, en primera instancia ella se mostró nerviosa, con su mirada perdida y agitada, tenía miedo de hablar y expresar sus sentimientos, para brindarle confianza me presenté y le manifesté la manera en que íbamos a trabajar, después de notar que ya estaba más tranquila, procedí a realizarle la entrevista semiestructurada que constaba de doce preguntas las cuales permitieron que ella se desahogue y narre detalladamente todo lo que le sucede.

En esta misma sesión se procedió a comunicarse con la representante de la adolescente para solicitarle la autorización de poder intervenir con atención psicológica adecuada y continuar con el encuadre oportuno de las próximas sesiones.

Segunda sesión: jueves 16 de junio del 2022, a las 09:20 am

La segunda sesión se llevó a cabo para proceder a recolectar y conocer toda la información personal de la paciente y efectuar el genograma oportuno, en el que se conoció el tipo de familia del que proviene la adolescente, siendo una familia nuclear, que no presenta antecedentes psicopatológicos, se indagó también sobre la anamnesis, adaptación social y mediante la observación e información subjetiva de lo relatado por la paciente se realizó la exploración del estado mental.

Luego de obtener toda la información detallada procedí a aplicarle el primer test, que fue el inventario de depresión de Beck con la finalidad de poder medir su nivel de depresión, el cual consta de 21 ítems, y tuvo una duración de 12 minutos, al finalizar la aplicación de este test, se dio por terminada la segunda sesión, coordinando una nueva fecha para continuar con el proceso.

Tercera sesión: viernes, 24 de Junio del 2022 a las 10:35 am



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



14

En esta sesión procedimos a hacer un recordatorio de lo trabajado antes y posteriormente iniciamos con las nuevas indicaciones, por lo cual le hice unas pequeñas preguntas de ¿Cómo estás anímicamente?, ¿Cómo te has sentido? y acto seguido manifesté que le propiciaría un nuevo test para medir sus niveles de ansiedad, con el fin de corroborar hipótesis y poder dar un diagnóstico seguro. En cuanto la paciente se mostró colaborativa inicié la evaluación con el inventario de ansiedad de Beck el cual tomo 10 minutos de aplicación, finalmente se hizo el encuadre para la próxima sesión solicitándole a la paciente asistir con su representante.

Cuarta sesión: viernes 01, de Julio del 2022 a las 10:00 am

La cuarta sesión se llevó a cabo en presencia de la madre de la paciente, dando inicio con un resumen de toda la información recopilada hasta la última sesión, se permitió hacerle comprender la situación a la que se enfrenta la adolescente, también se habló del diagnóstico presuntivo y del plan terapéutico con el que vamos a trabajar de ahora en adelante, aclarándole que con el modelo cognitivo conductual (TCC) y por su fuerza de voluntad y conciencia ante la enfermedad su pronóstico es favorable.

Situaciones Detectadas (Hallazgo)

Una vez concluidas las sesiones, se ha logrado obtener y recolectar toda la información correspondiente mediante las diferentes técnicas, herramientas y las evaluaciones psicométricas que se le aplico a la adolescente, las mismas que me permitieron comprobar que: La paciente presenta esta sintomatología a causa del fallecimiento de su abuela paterna, debido a que tenía una relación muy cercana desde pequeña, por lo que el día de su deceso, al saber que quedaría “sola” entro en un estado de nerviosismo y depresión total, lo cual la llevó a aislarse, perder el interés por sus actividades cotidianas, dolores de cabeza constantes, pérdida de apetito, sentimientos de culpa e ideas suicidas, también se detectaron otros aspectos tales como:

Los resultados obtenidos de los test aplicados que fueron los siguientes, inventario de depresión de Beck el cual arrojó una puntuación total de 32 puntos, lo que significa que la adolescente tiene una depresión grave, dando confirmación que los síntomas presentados por la paciente son de un cuadro de depresión a causa del proceso de duelo.

Ahora bien, en la aplicación del inventario de ansiedad de Beck la puntuación total dio un valor de 34 puntos lo cual indica que la paciente presenta un nivel de ansiedad moderada, esto con relación a los síntomas, de sudoración, temblores y agitación que presenta.



A continuación se muestra el resumen sindrómico, el cual describe la matriz del cuadro psicopatológico y encontramos detalladamente las áreas afectadas, en la valoración sindrómica se hallaron los siguientes resultados:

Tabla 1 Matriz del cuadro psicopatológico

Área Cognitiva	Falta de concentración, ideas delirantes.
Área Afectiva	Desconfianza, tristeza, frustración, llanto, temor.
Área Conductual	Aislamiento, retraimiento social, hostilidad, bajo rendimiento académico.
Área Somática	Poca energía, ansiedad, disminución del Apetito, Insomnio, Cefalea, Temblores, agitación, sudoración.

Nota: En esta tabla se muestran los síntomas y signos de la paciente.

Elaborado por: Autora De Estudio De Caso, 2022.

Hay que mencionar además que de la historia clínica se tomaron en consideración los factores predisponentes los cuales son: Acoso sexual, falta de atención por parte de la mamá y el bullying escolar y familiar. Mientras que el evento precipitante fue el fallecimiento de la abuela paterna, con un tiempo de evolución de un año 6 meses.

Diagnóstico estructural

Una vez que ya se analizó y evaluó las diferentes áreas adecuadas de los signos y síntomas del síndrome, los resultados de los test psicométricos y la información recolectada se procederá a realizar el diagnóstico estructural. La paciente presenta un Trastorno depresivo persistente (Distimia) según los criterios del DSM-V (F34.1), 300.4.

Los criterios del Episodio depresivo persistente son los siguientes: el paciente sufre un estado de ánimo deprimido, poca energía y falta de concentración. Alteraciones en el sueño y poco apetito. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas. Deterioro en el ámbito social, familiar u académico, pérdida de interés en actividades cotidiana.



SOLUCIONES PLANTEADAS

Para formular la resolución del caso se tomó en consideración cada aspecto de la problemática de la adolescente de 15 años y teniendo en cuenta todos los puntos según el caso, la investigación concerniente y los criterios del diagnóstico que se cumplen para el trastorno de depresión persistente, la psicoterapia con la cual trabajaremos es la Terapia Cognitiva conductual, ya que presenta pensamientos automáticos que se encuentra dentro de las distorsiones cognitivas.

Tabla 2 Esquema Terapéutico

Categorías	Objetivos	Meta Terapéutica	Técnica	Nº de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Área Cognitiva: Falta de concentración, ideas delirantes.	Mostrarle a la paciente el impacto que tiene las cogniciones adaptativas en su conducta y emociones.	Modificación de pensamientos automáticos	Reestructuración Cognitiva	2	06-07-2022 13-07-2022	Se sustituyen creencias irracionales por pensamientos racionales, disminuyendo las emociones que presenta la paciente al inicio.
Área Afectiva: Ansiedad, Desconfianza, tristeza, frustración, hostilidad, llanto, temor.	Aprender a escuchar sus pensamientos y logre controlar las emociones desagradables que estos provocan.	Disminución de pensamientos automáticos que generen preocupación	Control de pensamientos automáticos	2	06-07-2022 13-07-2022	Se sustituyen creencias irracionales por pensamientos racionales, disminuyendo las emociones que presenta la



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



17

paciente al inicio.

Área somática: Poca energía, disminución del Apetito, Insomnio, Cefalea, Temblores, agitación, sudoración.	Ayudar a la paciente que pueda relajarse y pueda tener un control ante situaciones que le generan estrés.	Lograr que el paciente logre dormir sin interrupciones y pueda controlar la sintomatología experimentada	Técnica progresiva de Jacobson	2	15-07-2022 19-07-2022	La paciente logra relajarse y continuar sus actividades.
Área Comportamental: Aislamiento, retraimiento social, bajo rendimiento académico	Ayudarle a la paciente a identificar y modificar todos esos pensamientos distorsionados, creencias irracionales entre otras cogniciones desadaptativas.	Cambiar la forma en que se interpretan las ideas y sustituirlas por otros.	Reestructuración cognitiva	4	06-07-2022 13-07-2022 20-07-2022 27-07-2022	La paciente integra un nuevo enfoque a sus experiencias

Nota: Esquema terapéutico sobre las técnicas realizadas y sus respectivos resultados.
Elaborado por: Autora De Estudio De Caso, 2022.



CONCLUSIONES

Con el desarrollo del estudio de caso se concluye que la pérdida de un ser querido incide mucho en el estado depresivo de una adolescente de 15 años de la Ciudad de Babahoyo. La muerte de una persona querida genera siempre dolor y sufrimiento para sus familiares, toma mucho tiempo afrontarlo y más aún superarlo, se necesita de mucha compañía y apoyo emocional para no caer en depresión; es importante llorar a alguien que ha fallecido porque ese proceso alivia de alguna manera el dolor y es normal experimentar sentimientos de tristeza, melancolía, soledad, llanto, enojo y desesperación provocando problemas en la salud, en el físico y en lo mental. Depende de cada persona la manera de asumir su dolor, el problema es cuando pasa el tiempo y no se logra admitir esa pérdida, ocasionando problemas graves en el estado emocional.

Toda la información obtenida a través de la minuciosa indagación que se realizó en este caso, sirvió para el análisis de la hipótesis planteada al inicio de la investigación estableciendo que la adolescente no logra superar la pérdida de su abuela paterna, debido a que tenía una relación muy cercana a ella desde que nació, sintiendo que sin su presencia no va a poder seguir, por esta razón entró en un estado de nerviosismo y depresión total por que la persona fallecida era muy allegada a la joven y, el duelo incide tanto en su estado afectivo que no le permite desarrollar sus actividades habituales con normalidad, afecta su desempeño diario, no se concentra con facilidad, presenta problemas en el sueño y en la alimentación llegando a tener síntomas de ansiedad y depresión.

En conclusión al análisis efectuado, y mediante la utilización de todas las herramientas y métodos necesarios se logró resolver a través de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck que la paciente presenta un nivel de ansiedad moderada con una puntuación de 34 puntos y para detectar el grado depresivo se empleó el test del inventario de depresión de Beck el cual arrojó una puntuación total de 32 puntos, lo que significa que la adolescente tiene una depresión grave ocasionada por la pérdida de su ser querido.

Para poder terminar satisfactoriamente el estudio de caso fue indispensable estudiar a fondo los problemas que acarrea la paciente a raíz de que su abuela falleció, a pesar de que era una muerte que la esperaban porque sufría de una enfermedad terminal el impacto fue demasiado fuerte para la joven, desde ese entonces se desestabilizó por completo su manera de vivir, es por esto que se logró cumplir con el objetivo planteado determinando



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



19

que en este caso la pérdida familiar es el factor más influyente en los problemas depresivos que presenta actualmente la adolescente.

Durante todo el desarrollo de esta indagación lo que se buscó desde el principio fue primero conocer todo lo que le afecta a la paciente y de donde proviene su sintomatología, para luego brindarle la ayuda adecuada que le permita de una u otra forma mejorar el estilo de vida que lleva a partir de la muerte de su ser querido, que logre asimilar que su familiar ya no está con ella físicamente y tiene que poner de su parte para poder estabilizar su estado emocional que le está afectando negativamente en su vida.

En síntesis, concluyo que es muy gratificante haber aportado en la realización de este estudio de caso con todos los conocimientos adquiridos, ya que al trabajar conjuntamente con la paciente se pudo contribuir con asistencia inmediata para evitar que se prolongue más su sufrimiento, siendo un trabajo en conjunto y cuya finalidad siempre fue conseguir mejoría para la joven, ayudarla a cambiar los malos pensamientos e ideas negativas que tenía antes de iniciar con este proceso, aportar en su estabilidad emocional y lograr que asimile de mejor manera su dolor. Al finalizar con todo este estudio la adolescente mostró un mejor semblante, se la notó más tranquila, y con un mejor estado de ánimo, consiguiendo tener resultados positivos y confortantes.

Finalmente se deja concretado el presente estudio de caso como un recurso de información para los profesionales de salud mental, estudiantes de psicología clínica y público en general que ansíen estudiar e informarse más con el tema propuesto y de esta forma promover cuan relevante es priorizar la salud mental.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



20

RECOMENDACIONES

Como recomendación para la paciente, es importante que siga con terapias y se desahogue cada vez que sienta que algo le agobie, tiene que cuidar mucho de su estado emocional para que pueda desenvolverse de mejor manera en todas sus actividades académicas y mejorar su relación social con su familia y amigo. También es recomendable que la paciente visite cada 3 meses al psicólogo para llevar un control de su evolución y así evitar que haya recaídas cuando se presenten situaciones fuertes que alteren su bienestar y sobre todo que ella aprenda a asumir problemas cotidianos.



BIBLIOGRAFÍA

- Álava Sordo , S. (03 de Abril de 2020). *FunEspaña*. Obtenido de <https://www.funspana.es/como-superar-perdida-familiar/>
- American Cancer Society. (05 de Mayo de 2019). *Cancer.org*. Obtenido de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6036.96.pdf>
- Cañón Buitrago, S. (12 de Septiembre de 2021). *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana. Obtenido de <https://delangelfuneraria.com/blog/depresion-y-duelo/>
- Clinica Galatea. (17 de Octubre de 2019). *www.clinica-galatea.com*. Obtenido de www.clinica-galatea.com: <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/duelo/>
- Coryell, W. (21 de Agosto de 2021). *www.msmanuals.com* . Obtenido de www.msmanuals.com: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/>
- Guarch Domenech, J., & Navarro Odriozola, V. (03 de Abril de 2018). *Hospital Clínic de Barcelona*. Obtenido de Hospital Clínic de Barcelona: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo/sintomas>
- Instituto Nacional del Cáncer. (08 de Diciembre de 2020). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/bereavement.html>
- Luque, M. (25 de Septiembre de 2018). *MonSalud*. Obtenido de <https://monsaludluque.es/blog/lo-estados-depresivos/>
- Moreno, M. (08 de Septiembre de 2017). *Revista Compensar*. Obtenido de <https://www.revistacompensar.com/comenzando/como-superar-la-perdida-de-un-familiar/>
- Psico Abreu. (12 de Agosto de 2019). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-en-adolescentes-factores-de-riesgo>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



22

Torres, A. (30 de Octubre de 2018). *psicologia y mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-por-muerte-ser-querido>

Torres, P. A. (06 de Diciembre de 2017). *Psicologia y mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/etapas-del-duelo>



ANEXOS

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 01

Fecha: 06/ 06/ 2022

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: B.I.C.S.

Edad: 15 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 24 de julio del 2006

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

Instrucción: Bachiller

Ocupación: Estudiante

Dirección: Babahoyo - Isaías Chopitea **Teléfono:** xxxxxxxxxxx

Remitente: Docente J. C. G.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es remitida a consulta psicológica por el Docente J. C. G. por motivo que hace un año y medio presenta síntomas depresivos, nerviosismo, baja autoestima, sensibilidad emocional, insomnio, falta de concentración y pérdida de interés en las actividades cotidianas.

HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

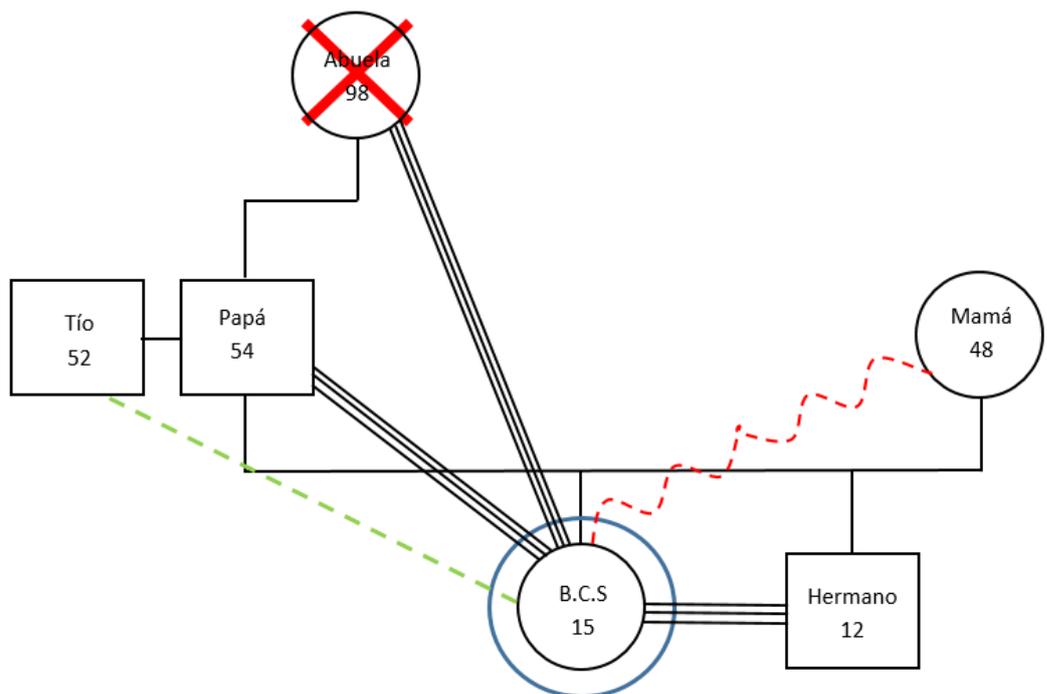
Paciente de 15 años, sexo femenino, contextura delgada, de tez blanca, en su aspecto personal aseada, presentable menciona que: “Desde que mi abuela falleció hace un año y medio quedé devastada porque yo viví con ella desde niña y tras su muerte me siento sola, no puedo confiar en nadie y pienso que nadie me va a cuidar como ella lo hacía, paso noches enteras sin poder dormir porque se me vienen recuerdos de ella a la mente, entonces me da tristeza y me pongo a llorar, he perdido el interés en mis estudios, hasta bajé en calificaciones el año anterior e incluso no quiero salir con amigos, prefiero quedarme encerrada en mi cuarto porque todo me causa desánimo, en clases no me puedo concentrar y en el curso cuando me siento muy abrumada o estresada quiero salir corriendo y me desespero mucho,

comienzo a temblar, a sudar y la respiración se me agita. He querido muchas veces contarle a mi mamá, pero no confió en ella porque en vez de apoyarme me juzga haciéndome sentir sola y culpable, mi familia tampoco me escucha de hecho me hacen comentarios ofensivos acerca de mi físico, me hacen sentir insegura y que no me sienta bien ni conmigo misma; a veces yo pienso que lo mejor es desaparecer, por varias ocasiones he intentado terminar con mi vida, la primera vez me quise tirar del balcón, pero algo paso por mi mente y sentí miedo de hacerlo, en otra ocasión me tomé muchas pastillas para morirme, pero no lo logré, solo me quedé dormida por mucho tiempo, yo solo quiero acabar con mi vida y estar alado de mi abuelita porque aquí en la tierra nadie me quiere, yo estoy sola y por eso lo mejor es morirme”.

“Me deprimó siempre con mucha facilidad, soy muy sensible aunque no lo demuestro, pero tengo un malestar interno que no me permite estar tranquila, tengo muchos dolores de cabeza, no como bien porque no me place nada; desde que entré al colegio voy una vez a la semana a visitar la tumba de mi abuelita para conversar con ella de todo lo que me pasa, ahí lloró mucho y me desahogo un poco porque solo ahí siento que alguien me escucha”.

ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar)



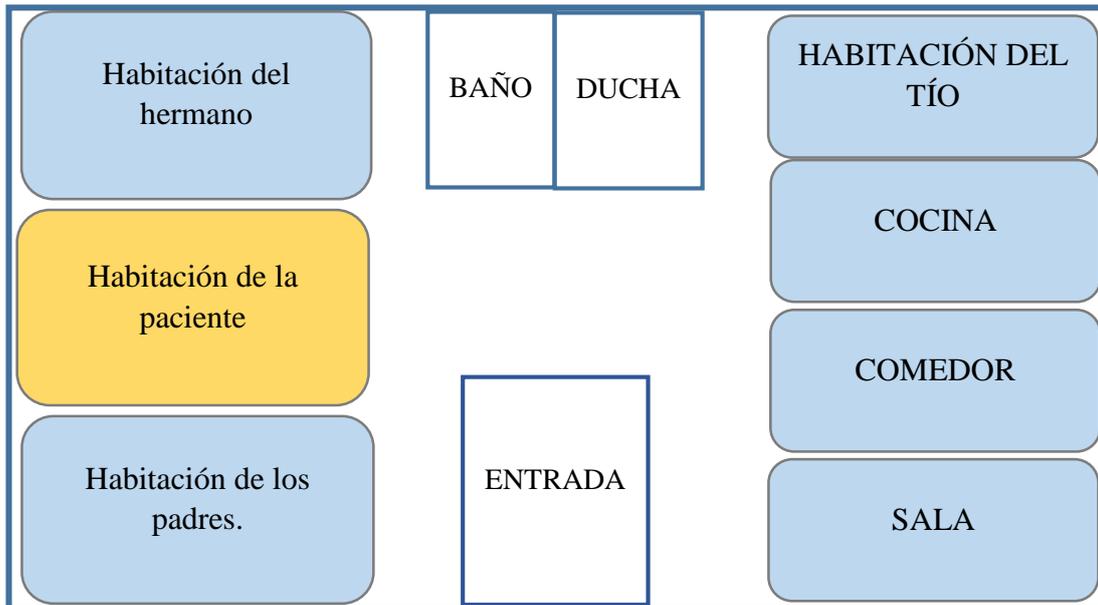
b. Tipo de familia.

La paciente es proveniente de una familia nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

No presenta antecedentes psicopatológicos en su círculo familiar.

TOPOLOGÍA HABITACIONAL



HISTORIA PERSONAL

Anamnesis

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

La paciente manifiesta que fue un embarazo no planificado, pero si deseado por sus padres, la madre no tuvo complicaciones durante el periodo de gestación, ni en el parto, solo necesito de reposo los últimos días ya que no estaba ubicada para salir, tuvo 39 semanas y se le realizó una cesárea. La lactancia materna se dio hasta los 6 meses, luego se alimentó de fórmulas. Su desarrollo psicomotor fue normal. Inició a expresarse mediante el habla desde 1 año 8 meses de manera comprensiva y un control de esfínter completo a la edad de 4 años. A los 5 años presento problemas con las amígdalas pero después de un tratamiento de 6 meses hubo recuperación total.

Escolaridad (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).



A los 5 años de edad ingreso al Jardín y desde entonces tuvo una buena acogida con sus compañeros, manteniendo una buena relación con todos, se adaptó con facilidad al ambiente escolar, no presento problemas conductuales, ni en su rendimiento académico, fue diplomada al culminar su primer grado y su aprendizaje en educación básica fue rápido aunque tenía problemas con las matemáticas, pero sin embargo no repitió grado y mantuvo excelentes calificaciones. No hubo cambios de escuela, porque la niña era buena alumna y no dio de que hablar.

HISTORIA LABORAL

La paciente refiere que no trabaja.

ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente manifiesta que tiene muy buena adaptación social, le gusta hacer amigos y no tiene dificultad con acoplarse a nuevos entornos.

USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

En sus tiempos libres le gusta hacer ejercicios en casa para distraer la mente, está aprendiendo a dibujar y le gusta mucho la lectura. Actualmente visita una vez a la semana el cementerio para conversar, y le gustaría aprender repostería.

AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La paciente manifiesta que es muy poco afectiva ya que le cuesta expresar sus sentimientos. Vida sexual inactiva.

HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

La paciente con frecuencia suele tomar una taza de leche caliente todas las noches antes de irse a dormir.

ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

No está teniendo una buena alimentación debido a que hay días en los cuales pierde el apetito por completo y se niega a comer. No duerme sus 8 horas correspondientes y hay noches en las cuales ni siquiera puede dormir.

HISTORIA MÉDICA

Desde el año pasado fue diagnosticada con anemia y gastritis y actualmente está en tratamientos médicos.

HISTORIA LEGAL



La paciente no presenta problemas legales.

PROYECTO DE VIDA

La paciente tiene como proyecto de vida culminar sus estudios y que le acepten cupo en una buena universidad en la cual pueda estudiar endocrinología ya que quiere especializarse en diabetes de niños.

EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

Fenomenología (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente delgada, de tez blanca, etnia mestiza, aseo personal conservado y con vestimenta de acorde a la ocasión, postura de hombros caídos, nerviosa, actitud colaborativa, lenguaje fluido, pero un tono de voz muy bajo.

Orientación

La paciente se muestra orientada en tiempo, lugar y espacio.

Atención

La paciente muestra atención focalizada pero, con escaso contacto visual.

Memoria

Tiene memoria largo plazo y recuerda perfectamente los detalles de las situaciones que le han ocurrido.

Inteligencia

Inteligencia promedio

Pensamiento

Alteraciones en el pensamiento con distorsiones cognitivas.

Lenguaje

Lenguaje fluido y coherente, pero con un tono de voz muy bajo.

Psicomotricidad

Psicomotricidad normal.

Sensopercepcion

La paciente no demuestra problemas en su percepción ni en sus sentidos.

Afectividad



No es muy afectiva ya que la relación con su mamá la reprime y la hace sentir insegura y sin confianza.

Juicio De Realidad

Posee conciencia de que los estados depresivos interfieren con sus actividades cotidianas.

Conciencia De Enfermedad

La paciente esta consiente que tiene problemas mentales y que necesita asistencia psicológica,

Hechos Psicotraumaticos e Ideas Suicidas

Acoso sexual por parte de un primo hace 4 años atrás, bullying escolar y familiar. Pensamientos suicidas recurrentes, ha intentado terminar con su vida por más de 3 ocasiones.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Inventario de depresión de Beck: La aplicación de este test refleja una puntuación de 32 que equivale al rango de depresión grave

Inventario de ansiedad de Beck: La aplicación de este test refleja una puntuación de 34 que equivale al rango de ansiedad moderada.

MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Falta de concentración, ideas delirantes.	Depresión
Afectivo	Desconfianza, tristeza, frustración, llanto, temor.	
Pensamiento	Baja autoestima, Pensamientos suicidas.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, retraimiento social, hostilidad, bajo rendimiento académico.	
Somática	Poca energía, ansiedad, disminución del Apetito, Insomnio, Cefalea, Temblores, agitación, sudoración.	



Factores predisponentes:

Acoso sexual, falta de atención por parte de la mama, bullying escolar y familiar.

Evento precipitante:

El Fallecimiento de la abuelita paterna.

Tiempo de evolución:

1 año y 6 meses.

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

(F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4

PRONÓSTICO

Después de haber estudiado y analizado detenidamente el caso, existe un pronóstico favorable, ya que la paciente está consciente que necesita ayuda psicológica.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la paciente asistir a todas las sesiones de terapias previstas.

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Estrategia	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Área Afectiva: Ansiedad, Desconfianza, tristeza, frustración, hostilidad, llanto, temor.	Terapia Cognitiva Conductual	Disminución de pensamientos automáticos que generen preocupación.	Control de pensamientos automáticos.	2	06-07-2022 13-07-2022	Se sustituyen creencias irracionales por pensamientos racionales, disminuyendo las emociones que presenta la paciente al inicio.
Área Cognitiva: Falta de concentración, ideas delirantes.	Terapia Cognitiva Conductual	Modificación de pensamientos automáticos	Reestructuración Cognitiva	2	06-07-2022 13-07-2022	Se sustituyen creencias irracionales por pensamientos racionales, disminuyendo las emociones que



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



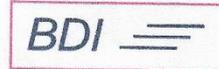
30

						presenta la paciente al inicio.
Área somática: Poca energía, disminución del Apetito, Insomnio, Cefalea, Temblores, agitación, sudoración.	Terapia Cognitivo Conductual	Lograr que el paciente logre dormir sin interrupciones y pueda controlar la sintomatología experimentada	Técnica progresiva de Jacobson	2	15-07-2022 19-07-2022	La paciente logra relajarse y continuar sus actividades.
Área Comportamental: Aislamiento, retraimiento social, bajo rendimiento académico.	Terapia Cognitiva Conductual	Cambiar la forma en que se interpretan las ideas y sustituirlas por otros.	Reestructuración cognitiva	4	06-07-2022 13-07-2022 20-07-2022 27-07-2022	La paciente integra un nuevo enfoque a sus experiencias

Firma de la pasante

C.I: 120775167-6

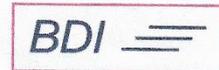
Anexo 2 Inventario de depresión de Beck



Identificación Fecha

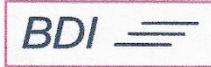
En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación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

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



Identificación Fecha

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



Identificación Fecha

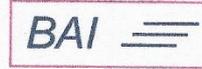
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver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

TOTAL:

32

Depresión grave.

Anexo 3 Inventario de ansiedad de Beck



Identificación Fecha

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morirse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

TOTAL: 34 A.F. A.S.

ansiedad moderada