



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**EXAMEN COMPLEXIVO**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSION ESCRITA)**  
**DEL EXÁMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**  
**DUELO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA SOCIAL DE UNA**  
**JOVEN DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

**AUTOR:**  
**ORLANDO JORGE SUÁREZ COELLO**

**TUTOR:**  
**PSIC. WALTER ADRIÁN CEDEÑO SANDOYA, MGS.**

**BABAHOYO - 2020**



## **RESUMEN**

En el presente estudio se trató sobre el duelo que se presenta como una situación en la cual las personas no están entrenadas para afrontar dicha situación tomando en cuenta que el proceso del duelo va a influir en el muchos factores que tendrá que llevar la persona. Por lo que en este estudio de caso se evidencia la relación del duelo con respecto a cómo moldea la conducta de una joven.

Ya mediante toda las técnicas dentro del proceso aplicadas se logró obtener la recopilación de datos como fue la aplicación de la entrevistas clínica semiestructuradas donde se era preguntas abiertas y cerradas en base en cómo lleva su relación familiar con el fallecido y con el resto de su familia donde se obtuvo información muy necesaria. Aparte se aplicó la observación clínica donde se pudo contactar ciertas conductas a nivel emocional que estaban afectando a nivel social y familiar. También con el apoyo de pruebas proyectivas donde evidencio muchos rasgos de cierto trastorno que podría tener la paciente.

Se diagnostica trastorno disocial, ya que fue notorio los patrones conductuales la paciente como comportamiento persistente y repetitivo este patrón de conducta se identifica con la presencia de comportamientos agresivos.

Palabras claves: Duelo, emocional, disocial.

## **ABSTRACT**

This study discussed bereavement that presents itself as a situation in which people are not trained to deal with this situation, taking into account that the grief process will influence the many factors that the person will have to take. So this case study shows the relationship of grief to how it shapes a young woman's behavior.

Already through all the techniques within the applied process it was possible to obtain the collection of data such as the application of semi-structured clinical interviews where there were open and closed questions based on how he carries his family relationship with the deceased and with the rest of his family where much-needed information was obtained. In addition, clinical observation was applied where certain emotional behaviors that were affecting at the social and family level could be contacted. Also with the support of projective tests where I show many traits of a certain disorder that the patient might have.

Disocial disorder is diagnosed, as the patient's behavioral patterns were notorious as persistent and repetitive behavior this pattern of behavior is identified with the presence of aggressive behaviors.

Key word: Grief, emotional, dissocial

## INDICE

### CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2. DESARROLLO.....</b>	<b>5</b>
<b>4. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>5</b>
<b>5. SUSTENTO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>5.1 Duelo.....</b>	<b>6</b>
<b>5.2. Conducta social.....</b>	<b>10</b>
<b>6. TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN... 14</b>	
<b>6.1. Observación clínica .....</b>	<b>14</b>
<b>6.2. Entrevista semi-estructurada.....</b>	<b>14</b>
<b>6.3. Historia clínica.....</b>	<b>14</b>
<b>6.4. Rapport .....</b>	<b>15</b>
<b>6.5. Pruebas psicométricas .....</b>	<b>15</b>
<b>7. RESULTADOS OBTENIDOS .....</b>	<b>16</b>
<b>7.1. Soluciones detectadas.....</b>	<b>18</b>
<b>8. SOLUCIONES PLANTEADAS .....</b>	<b>20</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>10. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>27</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

El duelo se presenta como una situación en la cual las personas no están entrenadas para afrontar, tomando en consideración que los seres humanos no plantean sus metas u objetivos alrededor del fallecimiento de sus semejantes, por ende, en este estudio de caso se pondrá en relevancia la relación del duelo con respecto a cómo moldea la conducta de una joven de la ciudad de Babahoyo.

Se plantean la línea de investigación de “Prevención y diagnóstico” y como sub-línea de investigación “Trastornos del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza aprendizaje” debido a que se elaboró el trabajo investigación científica dentro del rango de estos, para poder cumplir con el objetivo de la planificación terapéutica de la joven, con la finalidad de denotar el estímulo que genera el duelo en la joven para modificar su conducta con sus semejantes.

Este trabajo se llevó a cabo en la institución educativa “San José” durante la ejecución de las prácticas profesionales previas a la obtención del título de psicólogo clínico, donde se seleccionó el caso de la joven y se trabajó de manera ética, buscando el mejoramiento en la calidad de vida de la misma, teniendo una planificación terapéutica de 6 sesiones, además para el abordaje de la intervención psicológica se tomó en consideración el enfoque cognitivo conductual.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1. JUSTIFICACIÓN**

La importancia de la realización del presente estudio de caso se ve reflejado en el proceso terapéutico que se llevó a cabo para la mejoría de la paciente, para así conocer las situaciones que influyeron en la aparición del trastorno de la joven y tener pautas para trabajar con casos parecidos, donde la principal beneficiaria es la joven de la ciudad de Babahoyo, y de manera secundaria se vio beneficiada la institución donde hubo la aparición del caso debido al mejoramiento en el rendimiento académico de la joven, teniendo como perspectiva que el trabajo terapéutico planteado a continuación trascienda de un estudio de caso usual a una idea visionaria que genere nuevas técnicas e instrumentos en beneficio al entrenamiento del duelo y trastornos de conducta o disocial, cabe mencionar que la elaboración de este trabajo de investigación fue factible tanto en el aspecto de tiempo y dinero, también considerar que la paciente mostro predisposición al trabajo terapéutico y el cambio buscando una mejor calidad de vida.

### **4. OBJETIVO GENERAL**

Generar factores de protección para la joven, tanto como herramientas y técnicas para que por sí misma pueda afrontar una pérdida y autorregular su conducta generada por su malestar emocional.

## 5. SUSTENTO TEÓRICO

### 5.1 Duelo

#### 5.1.1. Definición

Se define como el conjunto de procesos de adaptación frente a una pérdida, aunque usualmente se la considera como una respuesta emocional ante la pérdida, hay que tomar en consideración que durante la fase del duelo actúan ciertos determinantes que influyen en este proceso, estos son; la naturaleza de la relación afectiva con el difunto, el tiempo de duración de la agonía en caso de haber existido una enfermedad mortal, el parentesco, el índole de la muerte, el estado (aspecto) del cadáver, el nivel de dependencia con el fallecido, el género, el apoyo social, creencias religiosas, filosóficas o espirituales, la existencia de otras experiencias de duelo, aspecto cultural y social.

Tomar al duelo por normal conduce a dilucidar qué es lo sano, qué es lo enfermo y qué hay de su imposibilidad en él. Reconocer el duelo como afecto obliga a que sea considerado en términos de angustia como todo lo que es afecto, a partir de Lacan. Su referencia a la angustia hace que el duelo pueda pasar de experiencia moral a encontrar su dimensión ética (Battista, 2011, p.20).

Otro aspecto a considerar que el duelo es diferente para cada individuo tanto físico como emocional sintomatológicamente hablando, pueden aparecer síntomas de ansiedad, culpa, miedo, depresión, confusión y negación, podemos definir el duelo como una herida que se puede curar pero toma tiempo.

### **5.1.2. Etapas del duelo**

El duelo como tal es un conjunto de procesos o más bien, decir etapas sería lo correcto ya que el individuo tendrá que ir superándolas sistemáticamente y evitar quedarse estancado en alguna ya que conllevaría al duelo volverse patológico. Si bien hay varias propuestas sobre las etapas del duelo, a continuación, se presentara la propuesta de la Dra. E. Kübler Ross;

#### **Negación**

Se presenta como una defensa temporal para el afectado, y le ayuda amortiguar el dolor que le genera una noticia inesperada, podemos decir que la negación es la manera que tenemos de decirle a la realidad que espere un momento que aún no estamos listos, pero a medida que pasa el tiempo ocurrirá una aceptación parcial de la situación.

#### **Ira**

Sustituyendo a la negación aparece la ira, se produce un sentimiento intenso y agobiante de descargar su inconformidad con los hechos con rabia, y lo recomendable es que se produzca el desahogo emocional, porque si se reprime terminara dañando al individuo.

#### **Pacto o negociación**

Podemos considerar que una vez que se llega a ésta etapa como el primer acercamiento a superar el duelo, ya que consideramos, aunque sea un poco que la pérdida es rotunda, pero en contraste tratamos de buscar una solución ante ella, por ejemplo; pactar con Dios para que lo sucedido se deshaga.

#### **Depresión**

Llegado a esta etapa el individuo siente tristeza y procede a producir un desahogo emocional aceptando la verdad, pero con una perspectiva catastrófica de la misma, si bien en esta etapa el afectado tomara conductas dañinas no se le puede negar la opción de pensar en su perdida y

mucho menos decirle que no esté triste, “Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir” (Bautista, 2013, p.24). por ende se puede negar la tristeza pero se pueda ayudar a llevar la carga con el individuo.

### **Aceptación**

Se presenta como la ultima etapa del duelo donde el individuo hace una reconciliación con la realidad donde se ve aferrado a la idea de que su pérdida tuvo algún fin, un mal necesario y hay que aprender a sobrellevarlo.

#### **5.1.3. El duelo: patológico o no resuelto**

El proceso de los duelos cuando es bien elaborado da como resultado fortaleza ante futuros acontecimientos similares, en contraste de una mala elaboración de duelo puede ocasionar desde problemas emocionales hasta trastornos psicopatológicos con una duración que va desde meses a años, según el autor Pino ( 2010) refiere “el duelo es patológico cuando a la pena se añaden meta sentimientos de culpa, autorreproches respecto al papel del sujeto del duelo en el hecho de la propia pérdida” (p.123).

Los cuales mantienen en homeostasis al individuo en un círculo vicioso de constante autoflagelación emocional, “es interesante no perder de vista el hecho de que la pérdida no tiene necesariamente que ser la de un objeto exterior con el que mantengamos apego o dependencia, sino de, o aparte de, uno mismo” (Pino, 2010, p.123). Como una ruptura amorosa, perdida de algun inmueble o vivienda, etc., es decir los seres humanos pasan por varios procesos de duelos a lo largo de la vida, y estas situación generan experiencias que ayudaran ante futuras situaciones similares podriamos decir que es la capacidad innata del ser humano de adaptarse, el duelo al



volverse patológico provocara que el individuo pierda esta capacidad inutilizando el sentido de superacion del mismo.

#### **5.1.4. El duelo desde la perspectiva de la terapia cognitive conductual (TCC)**

El duelo puede presentarse de diferentes maneras desde un ruptura amorosa hasta la pérdida de algún familiar, desde la perspectiva de la TCC el duelo define características que coincide con cada tipo de duelo, éstas han sido exploradas y clasificadas por tres dimensiones, en la dimensión cognitiva podemos denotar que el individuo siempre tendrá una visión negativa sobre él, en la dimensión emocional encontraremos tristeza, miedo, dolor e ira, y en la dimensión de comportamiento podemos ver que el individuo buscara aferrarse a algo, desde un punto en general la TCC parte de la identificación de la distorsión cognitiva que aqueja al individuo, para luego elaborar una planificación terapéutica para reestructura dicha cognición.

A partir de estas técnicas durante el tratamiento dependerá del tipo de duelo que esté pasando el individuo, ya que trabajar con psicoeducación con un paciente es bastante recomendable, no tendrá el mismo impacto que trabajarlo con un paciente con un duelo de pérdida, aunque cabe mencionar que técnicas como la pregunta de cambio o la pregunta milagro se adaptan con facilidad a la planificación terapéutica, así como “el entrenamiento asertivo consiste en detectar los déficits asertivos y a partir de las técnicas asertivas y los derechos asertivos desarrollar relaciones interpersonales más sanas” (Valadez y Fernández, 2018, p.730).

La finalidad de la TCC no es otra mas que conseguir que el paciente aprenda a dejar ir, de manera que no reprima lo que siente si no mas bien que exteriorice su dolor de manera sana, creando costras emocionales sobre sus heridas para que se vuelva capaz de afrontar futuros acontecimientos similares.

## **5.2. Conducta social**

Se define como las reacciones que realizamos al momento de interactuar con otras personas, nuestra conducta dependerá de nuestras creencias, culturas e ideologías, esto quiere decir que la conducta no es estática, está en constante evolución con la finalidad de que la persona se pueda adaptar de la manera que este prefiera a la sociedad. Redondo, Rueda, y Amado, (2013) afirma que:

Es importante mencionar dos factores importantes a la hora de efectuar dichas conductas, a saber, la empatía y el razonamiento moral. Algunos estudios han analizado la formación de la empatía y la relación que tiene con otros factores, tanto in-ternos como externos, a lo largo del ciclo vital del individuo, encontrándose una concordancia entre la empatía y aceptación en el grupo de iguales; así, mayor nivel de aceptación con los iguales conlleva a más empatía (p.238).

A medida que la cultura va cambiando el individuo vera la necesidad de adaptarse a dicho cambio para poder interactuar con sus semejantes de manera satisfactoria para él, por ellos es importante destacar lo que mencionan los autores, la empatía nos facilita la comunicación con nuestros semejantes, nos ayuda a entablar un sintonía con ellos, en cuanto al razonamiento moral da la connotación o pauta que muchas veces lo correcto no es lo ético, nos enseña a sentir por otro como si fuéramos nosotros mismos.

### **5.2.1. Trastornos de conducta**

También conocido como trastorno disocial “es uno de los más característicos; suele ir asociado con conflictos familiares, pobreza, defectos genéticos y adicción a drogas o alcoholismo de parte de los progenitores” (Latorre, Teruel, y Bisetto, 2010, p19).

Este se presenta de forma antisocial desde la infancia, donde se observa una serie de transgresiones de las normas donde la edad no son justificativo, “este tipo de trastorno disocial suele ir precedido de otro trastorno, el negativista desafiante, que aparece con mayor frecuencia en los años preescolares, mientras que el trastorno de conducta aparece en niños mayores, en adolescentes” (Latorre et al., 2010, p.20).

Cabe mencionar que estas manifestaciones de conductas se van a ver influenciadas e incrementan por situaciones sociales, familiares y escolares, estas conductas van más allá de la conocida “maldad infantil o edad del burro”, ya que inclusive puede llegar a la utilización de armas de fuego. Existen varias propuestas sobre las causas de estos trastornos en cuanto a Latorre et al., (2010) “va generalmente unido a una serie de causas multifactoriales que han provocado estas situaciones”.

Las causas de este trastorno son provocadas por una afección en el lóbulo frontal del cerebro, antecedentes familiares, es frecuente que se encuentren niños con trastorno de conducta que presentan síntomas de trastornos de hiperactividad y atención, familias con problemas graves y desestructuradas con sus miembros, nivel socioeconómico familiar bajo, carencia de medios, pobreza, necesidades económicas de todo tipo, experiencias de violencia o agresividad previas, el niño tiene a su alcance violencia por medios de difusión (internet o televisión), uso de alcohol y drogas o ambos al mismo tiempo, contacto con armas de fuego a su disposición, daño cerebral provocado por causas externas o relacionarse con personas con conductas delictivas.

### **5.2.2. Trastorno de conducta o disocial según el CIE10**

Se caracteriza por comportamientos disociales, retadores o agresivos de manera persistente, en el peor de los casos se pueden dar violaciones a normas fuera de lo que sería esperable para el entorno y edad del individuo, también hay que considerar que los síntomas del trastorno disocial

pueden llegar a ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en ese caso se recomienda codificarse en el diagnóstico como un trastorno subyacente, el tiempo estimado para este trastorno considerarse como tal es a partir de seis meses.

Los comportamientos que dan una pauta a este trastorno se derivan de; crueldad hacia los animales o personas, peleas, intimidaciones, destrucción grave de pertenencias de otras personas, incendios, robos, faltas a la escuela, fugas del hogar, rabietas graves con mucha frecuencia, desobediencia y mentiras, hay que tomar en consideración estos comportamientos si son marcados, pero si estos son aislados no cumplen con los criterios para estos trastornos. Este trastorno se encuentra dentro de la categoría de “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” con la codificación de F91 Trastornos disociales.

### **5.2.3. Influencia del duelo en la conducta de adolescentes**

El duelo como tal es un proceso complicado de afrontar, mucho más para edades tempranas, ya que estas edades entre la niñez y la adolescencia el ser humano está en plena estructuración de su personalidad, la integración de la información que obtiene en el mundo con la interpretación que diseña de la misma, y al momento de afrontar el duelo es muy común que esta información se vea teñida por interpretaciones extremistas negativas de los hechos.

Es decir en un duelo el joven se ve arrinconado a valorar si los sucesos por los que está pasando son justos o no, los cuales no ejercerá su juicio desde una postura neutra, ya que la influencia del apego emocional con el fallecido instituirá en él una postura de lealtad hacia el fallecido, poniendo en manifiesto un autoconcepto de la vida negativo, y por ende todo cambio en la cognición se verá reflejado en la conducta del individuo, la inconformidad con los

resultados puede llegar a crear un sesgo emocional donde el individuo permanezca en homeostasis, provocando que dicho suceso lo oriente a tener conductas desagradables a los ojos de la sociedad.

Usualmente el trastorno de conducta más común en estos casos donde la causa es un duelo no superado, es el Trastorno disocial depresivo F92.0 mencionado en el CIE10, donde refiere que a característica que diferencia de este trastorno de conducta a los otros es los síntomas de depresión que son muy marcados y persistentes, donde podemos hallar; pérdida de interés, autorreproches, desesperanza, sentimientos excesivos de infelicidad, desinterés en las actividades habituales e inclusive podríamos encontrar trastornos del apetito y del sueño.

Desde la perspectiva cognitivo conductual se debe abordar desde la identificación de las distorsiones cognitivas que aquejan al individuo teniendo como objetivo que sea capaz de proseguir con normalidad su proceso de duelo sin estancamientos y generar en él la idea que aunque duela tener que dejar ir las cosas, es un dolor que hay que afrontar para fortalecerse y por ende hay que disfrutarlo de manera correcta, es decir exteriorizando los sentimientos, evitar los aislamientos y mantener el autocontrol, es necesario validar los sentimientos del individuo y a su vez ayudarlo a construir factores de protección que ayudaran a su mejoría a lo largo de este proceso.

## **6. TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Las técnicas aplicadas para el siguiente trabajo de investigación fueron seleccionadas tomando en consideración la naturaleza de la situación que se estaba estudiando con la finalidad de que los objetivos propuestos previamente se cumplan, y a su vez no se vea amenazada la integridad del paciente, así como su privacidad. Las técnicas que utilizamos fueron las siguientes:

### **6.1. Observación clínica**

Acción realizada mediante la acción de mirar, donde se recolecta información específica para la formulación de una hipótesis comportamental de la paciente, es decir, observar los comportamientos de la paciente tiene coherencia con la narrativa que nos está dando, y si dentro de esos comportamientos presenciamos la aparición de rasgos o signos psicopatológicos.

### **6.2. Entrevista semi-estructurada**

Es la elaboración y utilización de preguntas abiertas pero direccionadas a lo que necesitamos saber del paciente para así obtener la mayor cantidad de información relevante sobre el malestar del paciente, donde el paciente tendrá que responder preguntas que lo obliguen a argumentar más que un “sí o no” pero sin pasarse a otro tema fuera de contexto.

### **6.3. Historia clínica**

Es una herramienta que permite al psicólogo ordenar la información recolectada por medio de su entrevista de manera cronológica, donde hallaremos antecedentes del paciente en el ámbito psicológico, biológico y social.

#### **6.4. Rapport**

Es una técnica que se utiliza para generar empatía, el sentido de confianza que el paciente debe tener a la hora de narrar sobre su malestar, ya que resulta incómodo contarles a desconocidos sobre nuestros malestares, esta técnica crea un ambiente agradable alrededor de la entrevista.

#### **6.5. Pruebas psicométricas**

Es un cuestionario con preguntas únicas que tienen como finalidad medir algún espectro psicológico del paciente, los cuales ayudan aclarar las hipótesis planteadas con respecto al diagnóstico del paciente, durante la intervención de la paciente se utilizaron las siguientes pruebas psicométricas.

##### **Test de depresión de Beck**

Se utiliza para medir o evaluar si el paciente el porcentaje de depresión que tiene nuestro paciente mediante la contestación de una serie de preguntas, donde cada una de ellas tiene un valor numérico.

##### **Test de ansiedad de Hamilton**

Utilizado para medir el grado de ansiedad de la paciente, esta consta de 14 ítems donde cada uno de los ítems tiene una valoración numérica de 0 a 4, donde los ítems del 7 al 13 evalúan la ansiedad somática y el resto la ansiedad psíquica.

##### **Test de persona bajo la lluvia**

Test de índole proyectivo que consta que la paciente realice un dibujo de una persona bajo la lluvia en mucho de los casos la persona se dibujara así mismo, este test mide los rasgos psicológicos de índole comportamental y cognitivo de la paciente.

## **7. RESULTADOS OBTENIDOS**

El estudio de caso fue realizado en la escuela de educación básica “San José” en el cantón Babahoyo, dirigido a una adolescente de 11 años, la cual vive con su padrastro y dos hermanastras mayores, en el estudio de caso de la adolescente nos referiremos a ella como PI. La PI en ese entonces estaba cursando en sexto año de básica, en el paralelo B, la PI va a consulta por medio de la docente donde la refiere por problemas de conducta que perjudican su rendimiento académico, donde menciona aislamiento y agresividad hacia sus compañeros, el procedimiento llevado a cabo fue de origen sistemático donde se abordó el caso iniciando con entrevista para la recolección de datos, ejecución de pruebas psicométricas y elaboración de una planificación terapéutica. Se hace mención que a los 7 años perdió a su madre debido a un cáncer de mama.

La intervención terapéutica del presente estudio de caso fue llevada a cabo alrededor de seis sesiones donde se trató de utilizar la premisa de una sesión por semana, la primera sesión fue ejecutada el día miércoles 11 de diciembre del 2019 de 9h00 hasta las 9h45 donde se realizó el primer acercamiento con la joven, se procedió con generar un ambiente empático con la joven, seguido de plantear el encuadre de la intervención psicológica, luego de poner en conocimiento el contrato verbal de confidencialidad, por último se procedió a realizar la entrevista para obtener información como datos personales, y motivo de consulta.

La segunda sesión se llevó a cabo el miércoles 18 de diciembre del 2019 de 10h30 hasta 11h15 donde se comenzó con la aplicación de la prueba psicométrica de persona bajo la lluvia, proseguido de la ejecución de preguntas abiertas para la obtención de datos sobre sus antecedentes familiares, escolares, sociales, así establecer la exploración del estado mental, y



finalizando con un diagnóstico presuntivo de F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

La tercera sesión se ejecutó el día miércoles 8 de enero del 2020 de 10h30 hasta 11h15, en el inicio de la sesión se procede a la ejecución del test de depresión de Beck una vez que finalizó la joven, se procede a realizar una entrevista enfocada a esclarecer dudas sobre el diagnóstico presuntivo, al finalizar se le pide a la paciente que elabore el test de ansiedad de Hamilton, y así culminando la sesión con un nuevo diagnóstico presuntivo; F92.0 Trastorno disocial depresivo.

La cuarta sesión se ejecutó el miércoles 15 de enero del 2020 de 10h30 hasta 11h15, primera sesión de ejecución terapéutica donde se trabajó con la paciente con técnicas de conversación imaginaria con el fallecido, e implementación de técnica de relajación y culminó con la implementación de tarea para la casa; carta al cielo.

Quinta sesión se ejecutó el miércoles 22 de enero del 2020 de 10h30 hasta 11h15, se inició con psicoeducación sobre las etapas del duelo, seguido de implementación de flexibilizar el pensamiento, proseguido de ejercicios de reestructuración cognitiva, una vez finalizado el ejercicio se procedió a revisar la tarea para ejecutar role-playing como cierre, cabe mencionar que se le pidió que realice una carta para una persona que esté en su misma situación en la cual ella le daría un consejo.

Sexta sesión se ejecutó el miércoles 29 de enero del 2020 de 10h30 hasta 11h15, siendo esta la última sesión se procedió con las técnicas de conversación imaginaria con el fallecido, seguido de ejercicios de reestructuración cognitiva, para evaluar sus distorsiones cognitivas y finalizar con la revisión de la carta.

## **7.1. Soluciones detectadas**

La joven fue derivada por la docente tutora debido a que menciona que tuvo como comienzo una discusión con una compañera de aula, luego la paciente arbitrariamente cogió uno de los libros de la compañera y procedió a romper sus hojas, y luego lo lanzó en dirección a la cara, cabe recalcar que la maestra también acota que la estudiante frecuentemente tiene problemas con sus compañeras y maestros, aparentemente amenaza a sus compañeras, y los compañeros suelen temerle, y la paciente permanece aislada.

Durante la primera sesión se optó por tomar una postura menos neutral con el objetivo de establecer el rapport teniendo como premisa que posiblemente la mayoría de las personas de la institución tengan un comportamiento hostil hacia ella, entonces para evitar que se sienta amenazada, se tomó una postura a validar sus pensamientos y conductas, durante esta entrevista se obtuvo como hallazgo en el aspecto cognitivo: encontramos pensamientos de venganza y resentimiento, en el aspecto conductual: aislamiento social, discusiones frecuentes con adultos, utilización de objeto para causar daño, destrucción deliberada de propiedad ajena, intimidación a sus compañeros, y en cuanto al aspecto afectivo; ira, rencor y tristeza.

Durante la segunda sesión la prueba psicométrica de persona bajo la lluvia y los antecedentes personales arrojan criterios en el aspecto cognitivo vemos: inadecuada percepción de sí misma, en el aspecto emocional: inseguridad, inconformidad, frustración, depresión, presión y en cuanto a la conducta: poca sinceridad, ocultamiento, hostilidad hacia los demás, conductas agresivas e impulsivas.

En la tercera sesión se aplicaron las pruebas psicológicas de depresión de Beck dando como resultado un puntaje de 19 catalogada como una depresión leve y ansiedad de Hamilton dando

como resultado 11 lo que indica una ansiedad leve, por ende, se concluye que como diagnóstico estructural F92.0 Trastorno disocial depresivo.

En la cuarta sesión se comienza aplicar trabajo terapéutico con el enfoque cognitivo conductual en el cual se inició con la técnica de conversación con la persona fallecida donde consiste en que la paciente cierre los ojos e imagine que tiene una conversación con su madre y ella mismo se responde como si fuera la persona fallecida, a continuación se le enseñó técnica de relajación consiste en trabajar con la respiración, por ultimo mandando de tarea la técnica de carta al cielo que consiste en escribirle al fallecido y luego quemar la carta para que la paciente aprenda a dejar ir; mostrando en el área emocional: tristeza, enojo, resentimiento, frustración y en el área conductual: labilidad.

En la quinta sesión se identificó las distorsiones cognitivas que dominaban los pensamientos de la paciente y procedió a flexibilizarlos valorando si realmente era correcto lo que pensaba, luego se procedió a trabajar con ejercicios de reestructuración con la finalidad de enseñarle a que independientemente que reestructure sus distorsiones, seguido de un role-playing donde la paciente en vez de comportarse hostil, se comportaría de manera amable, por último se le mando como tarea realizar una carta dando un consejo a alguien en su misma situación fomentando solidaridad, y que caiga en cuenta que es capaz de expresar de manera diferente su dolor, en vez de lastimar a alguien, ayudándolo

Sexta sesión y ultima de cierre se procedió a trabajar una última vez con la técnica de conversación con el fallecido, y el objetivo era que se despidiera, luego se volvió aplicar ejercicios de reestructuración cognitiva para evaluar sus distorsiones y al final se le pidió la carta. Cabe acotar que en las últimas sesiones no hubo aparición de más síntomas en diferentes áreas.

## 8. SOLUCIONES PLANTEADAS

Se diagnosticó a la paciente según el CIE-10 con el trastorno disocial depresivo F92.0 en el cual fue abordado desde el enfoque cognitivo conductual, ordenando los problemas para luego abordarlos uno a uno con diferentes técnicas para generar soluciones para la paciente y generar un cambio en su calidad de vida, las técnicas que se utilizaron fueron.

Conversación imaginaria con el fallecido utilizado para que la paciente pueda realizar un insight de sí misma y reafirmar su creencia que su comportamiento no es la manera correcta de expresar su dolor, al principio estuvo tranquila, pero a medida que preguntaba se le notaba triste, fue cuando pregunté ¿mamá aun siendo como soy me quieres? A lo que ella misma se respondió; “sí, te amo” generando en ella labilidad.

Después se procedió a enseñarle la técnica de relajación con la finalidad de que se calmara, fue satisfactorio porque no solo logró calmarse mediante la técnica, sino que logró aprenderla, luego de eso para finalizar la sesión se le pidió realizar la carta al cielo donde ella le escribió a su madre según menciono sobre las cosas que siempre quiso saber de ella, también le hablé sobre lo que quería para su futuro, y la intención de mejorar su comportamiento.

También se trabajó con flexibilización del pensamiento para lograr que considere que su falacia de justicia no es la manera correcta de pensar, logrando que ella considere que aunque las cosas que le estén pasando sean injustas aún puede ser feliz, y generando el deseo plantearla como una meta, también se trabajó alrededor de lo que debería utilizar la misma técnica llevando a la ideación que de las cosas no siempre salen como uno quiere, y hay que aprender a trabajar entorno a eso, a partir de esta sesión me planteo que posiblemente está comenzando a aceptar la realidad, logrando así entrar a la última etapa de los procesos del duelo.

La reestructuración cognitiva fue utilizada con la finalidad de poderle enseñar a la paciente a modificar cualquier distorsión cognitiva, ya sea valorando lo positivo o negativo, o que tan mala era la situación, logrando que aprendiera las distorsiones cognitivas y las identificase en ella mismo donde ella menciona que ya se puede controlar cuando tiene problemas con situaciones que no son de su agrado.

El role-playing una técnica que te permite disfrazarte de otra persona, ver las cosas desde otra perspectiva, fue conveniente habitar a la paciente en un rol con el cual no tiene mucha experiencia, de esta manera logrando darle cierta experiencia a la hora de socialización, cabe mencionar que en la sexta sesión dedica tiempo a su apariencia física.

Carta al cielo el objetivo de esta técnica es poderle enseñar a la paciente que tienen que aprender a dejar ir, aparentemente no le agrado la idea y durante aquella sesión ya había tenido un día complicado, pero mencionó que lo hizo durante la noche y lloró, pero al final sintió que se desahogó, y así pudo dejar ir la frustración y el resentimiento que ella mencionaba que le tenía a la vida.

La última técnica que se utilizó en el estudio de caso, fue carta a un amigo, en la cual ella elaboro una muy bonita carta con sus experiencias a lo largo de su vida y su trabajo en la rehabilitación psicoterapéutica, mencionando que se sentía feliz que era capaz de ver que lo que sufrió tiene algo positivo, y es que puede ayudar a alguien, que también quiere ser feliz y se siente atado en la soledad y desesperanza.

## 9. CONCLUSIONES

Este trabajo concluye en que se puede generar factores para la joven, tanto como herramientas y técnicas para que por sí misma pueda afrontar una pérdida y autorregular su conducta generada por su malestar emocional, como la búsqueda de la felicidad y la habilidad de identificar distorsiones cognitivas y como reestructurarlas.

Como logros cabe remarcar que la joven actualmente goza de plena capacidad para generar factores de protección ante afecciones conocidas, ya sea episodios depresivos, u otras molestias de aspecto social, también es capaz de identificar las distorsiones cognitivas planteadas por Beck y su vez reestructurar sus pensamientos automáticos en base a la teoría.

Otra facultad de la que goza la joven es capacidad de ella mismo poder ser un factor de protección para otras personas con una problemática semejante a ella, ya que actualmente gracias a la psicoeducación y las otras técnicas mencionada, le dan los fundamentos necesarios para poder socorrer y guiar a personas semejantes, es decir la joven está muy preparada sobre lo que es el duelo y el trastorno que preponderaba en ella que es capaz de educar a otras sobre el tema.

Si bien también se pudo observar la congruencia entre la teoría y el estudio efectuado, denotándose en la conducta de la joven, donde se observó que durante el proceso de duelo la joven quedo atrapada en la etapa de depresión, tan cerca y a la vez tan lejos de superar de manera satisfactoria el duelo, también podemos observar que el trastorno aparece durante su infancia como menciona la teoría.

Durante la ejecución de la planificación terapéutica, se pudo denotar que la utilización del enfoque de la TCC con respecto a las distorsiones cognitivas fue ideal para la reestructuración cognitiva, por su puesto la predisposición de la paciente también fue un factor importante a la hora de la rehabilitación, debido a que la paciente poniendo en tela de duda tanto la teoría de las

distorsiones cognitivas como sus creencias provocaba la flexibilización de sus pensamientos automáticos dándole espacio a cambios pequeños pero efectivos, donde cada vez la joven se sentía más en confort con el trabajo terapéutico.

Un punto que tiene mucha relevancia durante el cumplimiento del objetivo fue la validación de tanto de los sentimientos de la joven y el motivo de sus creencias, ya que en vez de arrinconarla a pensar que no está bien como se comportaba mucho menos como se sentía, se procedió a validar que es correcto que sufrió por la situación vivida y que la interpretación del contexto social por el cual está rodeada no es totalmente errónea, la joven sintió confort y dio lugar a querer un cambio para ella sentirse mejor y no que los demás se sintieran mejor con su cambio.

## **10. RECOMENDACIONES**

Como recomendación al estudio efectuado sería importante para la joven un cambio de entorno escolar, no por el hecho de que carezca de capacidad para manejar entornos estresantes sino más bien, porque un “reset” le vendría bien para tener la libertad de comportarse como ella se sienta cómoda, y no reprimiendo o fingiendo sus conductas, es decir evitar que se sienta amenazada para evitar la aparición de pensamientos disociales.



## BIBLIOGRAFÍA

- Battista, A. (2011). El problema del duelo. *Desde el Jardín de Freud*(11), 17-30. Obtenido de <file:///C:/Users/heidy/Downloads/Dialnet-ElProblemaDelDuelo-4547155.pdf>
- Bautista, P. (2013). El duelo ante la muerte de un recién nacido. *Enfermería Neonatal*, 23-28. Obtenido de <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/El-duelo-ante-la-muerte-de-un- reci% C3% A9n-nacido.pdf>
- Latorre, Á., Teruel, J., & Bisetto, D. (2010). *Trastornos de conducta Estrategias de intervención y casos prácticos*. Valencia, España: Universitat de Valencia. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=AKmKQJT1G9oC&pg=PA19&dq=trastornos+de+conducta&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjby8fw3ozrAhWCIoAKHSa1AtkQ6AEwAHoECAQQA#v=onepage&q=trastornos%20de%20conducta&f=false>
- Pino, C. C. (2010). *PUV LÉXICO PSICO(PATO)LÓGICO*. Valencia: Publicacions de la Universitat de València. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=MN595REBYPMC&pg=PA123&dq=duelo+patol ogico&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiM\\_rOix4zrAhUjUt8KHS3xARQQ6AEwAXoECA MQAg#v=onepage&q=duelo%20patologico&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=MN595REBYPMC&pg=PA123&dq=duelo+patol ogico&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiM_rOix4zrAhUjUt8KHS3xARQQ6AEwAXoECA MQAg#v=onepage&q=duelo%20patologico&f=false)
- Redondo Pacheco, J., Rueda Rueda, S., & Amado Vega, C. (2013). CONDUCTA PROSOCIAL: UNA ALTERNATIVA A LAS CONDUCTAS AGRESIVAS. *REVISIÓN Y REFLEXIÓN INVESTIGATIVA*, 4(1), 234-247. Obtenido de <https://investigiumire.unicesmag.edu.co/index.php/ire/article/view/56/55>
- Valadez Ruiz, S., & Fernández Solís, M. E. (2018). TERAPIA BREVE COGNITIVO- CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE DUELO POR RUPTURA AMOROSA EN UN PACIENTE HOMOSEXUAL. *Revista Electrónica de*

*Psicología Iztacala*, 21(2), 723-752. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182r.pdf>

## ANEXOS

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**N° Historia**

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo....  
Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

## **6. Sentimiento de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

## **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta a mí mismo.

## **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

## **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

## **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

## **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

## **12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Puntaje Total:

---