



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



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

PROBLEMA:

**DUELO Y ACEPTACIÓN ANTE LA PERDIDA DE UNA
EXTREMIDAD DE UN ADULTO DE 55 AÑOS**

AUTOR:

ULISES JAVIER FUENTES CHOMPOL

TUTOR:

PIZA BURGOS NARCISA DOLORES MSC

BABAHOYO – 2021



RESUMEN

Este caso clínico se centró en el estudio de duelo y aceptación ante la pérdida de una extremidad en un adulto de 55 años. El cual se desarrolló bajo el uso de metodología y test psicométricos, siendo herramientas que permitieron la recolección de datos para el análisis y elaboración de un diagnóstico. Basándose en los criterios del CIE-10 se identificó el siguiente diagnóstico: F32.2 episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, por motivo de la pérdida de su extremidad.

El duelo y la aceptación es un proceso para poder sobrellevar la situación de mejor manera en que no cause problemas graves en un futuro, por ello este proyecto trata sobre la aceptación de la pérdida de un miembro y las etapas naturales que pasa un individuo. La depresión se presenta con pensamientos malos con respecto a la vida, el proceso de terapia en el paciente es fundamental para mejorar su pensamiento y situación, en la que se logra obtener resultados positivos.

Palabras clave: Pérdida, duelo, aceptación, amputación, depresión

ABSTRACT

This clinical case focused on the study of bereavement and acceptance loss of a limb in a 55-year-old adult. Which was developed under the use of methodology and psychometric tests, being tools that allowed the collection of data for the analysis and elaboration of a diagnosis. Based on THED-10 criteria, the following diagnosis was identified: F32.2 severe depressive episode without psychotic symptoms, from the loss of its limb.

Grief and acceptance is a process to cope with the situation in a better way that does not cause serious problems in the future, so this project deals with the acceptance of the loss of a member and the natural stages that an individual pass. Depression occurs with bad thoughts regarding life, the process of therapy in the patient is fundamental to improve their thinking and situation, in which positive results are achieved.

Key Words: Loss, bereavement, acceptance, amputation, depression

INDICE

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORA INTELLECTUAL.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO TUTOR	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.	I
ABSTRACT	II
RESULTADO DEL TRABAJO DE GRAUACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
INFORME FINAL DEL SISTEMA URKIND	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO.....	2
SUSTENTO TEÓRICOS.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. ...	12
RESULTADOS OBTENIDOS.....	13
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS	27

INTRODUCCIÓN.

El siguiente estudio de caso está orientado a la línea de investigación de prevención y diagnóstico y la sub-línea de investigación de trastornos de comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se pretende determinar el factor precipitante dentro del duelo que inhibe la trascendencia a la aceptación ante la pérdida de una extremidad de un adulto de 55 años.

Porque el duelo si bien forma parte indispensable para la trascendencia del ser humano, las personas buscan adoptar mecanismos de evitación, en vez de poner en práctica sus habilidades de afrontamiento para la resolución asertiva de situaciones inesperadas de la vida, ya que siempre el duelo es interpretado como pérdida, y por naturaleza humana a las personas les desagrada perder.

El estudio de caso se elabora para proveer a futuras investigaciones de una herramienta bibliográfica basada en evidencia científica, con resultados favorables como consecuencia de la intervención de un esquema terapéutico centrado en la mejoría de la calidad de vida del paciente.

La factibilidad del estudio de caso es favorable debido a que el paciente muestra predisposición a la intervención psicológica con enfoque cognitivo conductual, y no se encuentra la necesidad de emplear recursos que generen algún egreso económico, Dentro de este estudio se presenta el desarrollo de contenidos como lo que justifica la realización del estudio, las técnicas que se aplicaron, los sustentos teóricos de donde se basa el estudio, las situaciones que se detectaron dentro de las sesiones psicológicas, posibles soluciones para la problemática del paciente, los resultados que se obtuvieron, la conclusión del caso con sus debidas referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

DESARROLLO.

JUSTIFICACIÓN.

El estudio señala su importancia de realización por motivo que los seres humanos son seres biopsicosociales, y las afectaciones que estos tengan en el aspecto biológico, psicológico y social repercutirán en su calidad de vida, el duelo es un hecho que todos las personas padecerán en algún punto de su vida, por ello es indispensable integrar los conocimientos implementados en la intervención como nuevos conocimientos científicos en pro al desarrollo de nuevas técnicas para el abordaje alrededor de los ciclos del duelo.

Téngase en cuenta que el principal beneficiario de este estudio de caso será el paciente al cual se le elaborará un esquema terapéutico acorde a su problemática, pero también el estudio estará dirigido a la comunidad científica como terceros beneficiarios como un estudio basado en evidencia científica, y la realización de este estudio se denota en la disponibilidad de recursos que se mencionan en el estudio.

Cabe recalcar que la intervención y realización del proceso terapéutico del paciente gira entorno a la búsqueda del alivio emocional al malestar que le genera haber perdido una extremidad, téngase en cuenta que el procedimiento sigue en línea con el rol del psicólogo en búsqueda de fomentar salud mental.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores que influyen en el proceso de duelo y aceptación ante la pérdida de una extremidad en un adulto de 55 años para brindarle una solución al paciente.

SUSTENTO TEÓRICOS.

¿A qué referimos duelo?

La muerte es una situación la cual la humanidad no puede hacer de la vista gorda, es un estado que no discrimina etnias, economía o culturas, una enseñanza básica que se les brinda a los niños es la que el ser humano nace, crece, se reproduce y muere. Aunque debería ser un concepto al cual las personas deberían estar preparadas, muchas veces no son capaces de sobrellevar el duelo. Se define que duelo “es la respuesta a una pérdida o separación. Se trata de una respuesta normal y natural. Lo que no sería natural es la ausencia de respuesta” (Nevado & Gonzáles, 2018, p.26). Cada persona manifiesta el duelo de manera diferente, por ejemplo, en una familia, fallece el padre, habrá hijos que lloraran de la tristeza, mientras otros estarán enojados con las circunstancias e incluso puede haber algún que le alegre la situación.

El duelo se caracteriza por el déficit de preparación que puede tener una persona con respecto a su afrontamiento, ya que el duelo “afecta a la persona en seis ámbitos: psicológico, emotivo, mental, social, físico y espiritual” (Nevado & Gonzáles, 2018, p.26). El duelo es un proceso por el cual todos los dolientes tienen que vivir, pasar por sus etapas es necesario, pero esto muchas veces se torna difícil para la persona generando que se estanque, por ende, siempre es recomendable que el doliente reciba ayuda de amigos, familiares o compañeros.

Durante el duelo experimentamos una crisis que nos induce a distorsiones cognitivas, un estado emocional depresivo y una conducta típica de aislamiento. El autor Gonzalo Yávar (2018) afirma:

“Cada persona, en el transcurso de su existencia, percibe, siente y entiende que tiene que aprender a renunciar y a aceptar diferentes situaciones que lo pueden llevar a una dinámica donde el dolor y la alegría se van conjugando y relacionando, formando su historia, haciéndola única y que solo esa dinámica, se le abren caminos para ascensiones cada vez más humanizadoras (p.13).

Porque toda existencia humana sigue el llamado a crecer y desarrollarse como tal buscando el sentido de trascendencia, por ende, es de gran importancia para las personas la adquisición a lo largo de su vida de diversas habilidades de afrontamiento para hacer frente a al dolor emocional que genera el duelo y este no se vuelva patológico

Etapas del duelo.

El duelo como tal es parte de un proceso por el cual en algún momento todo ser humano pasa y supera. Díaz Seoane, (2016) afirma:

El lenguaje es otro aspecto que nos dificulta hablar del hecho natural de morir. Palabras como “muerte”, “muerto”, “moribundo” o “enfermedad terminal” nos impresionan y las sustituimos por otras expresiones que consideramos más amables, pero que alejan la realidad de la muerte, como: “Se fue”, “El ocaso de la vida”, “Nos ha dejado”, “Ahora puede descansar”, “Está en otro lugar”, “Un viaje definitivo” y un largo etcétera de eufemismos que, lejos de abordar la muerte como algo lógico que forma parte de la vida, la coloca en un lugar más amable que confunde completamente a los niños (p.13).

Es decir, las personas muchas veces buscan reducir el impacto de la noticia, pero de cierta manera se orienta a una negación de la realidad por consiguiente genera inconveniente para superar las siguientes etapas del duelo:

Primera etapa: Negación.

Caracterizada por ser una reacción habitual en la persona, es la sensación de irrealidad que la persona tiene al escuchar una noticia de una pérdida súbita, se puede expresar con diálogos como “no puedo creerlo”, “esto tiene que ser mentira” o incluso presentar una actitud como si no ha pasado nada.

Segunda etapa: Ira.

Es común que la primera emoción después de la negación sea la ira, se

comienzan a manifestar en la persona pensamiento de culpa, sentimientos de frustración e impotencia y muchas la persona se orienta en la búsqueda de atribuir la culpa a un tercero y esto no permite superar esta etapa ya que la persona se quedará atrapada en reclamo continuo.

Tercera etapa: Negociación.

Es el primer contacto con la realidad de la pérdida que tiene la persona, entrara en un estado de búsqueda a soluciones orientadas a revertir la situación actual, por ejemplo, en una pareja es común realizar un cambio por parte de uno de los integrantes, pero la relación ya está desintegrada.

Cuarta etapa: Depresión.

Se caracteriza por ser la etapa más cercana a la aceptación y a su vez el más lejana ya que la persona palpa la realidad de la pérdida y entra a un estado de tristeza, donde es común ver conductas como aislamientos y pérdida de interés en actividades que resultaban placenteras para la persona, hay que tener en cuenta que de alguna manera viviendo el dolor nace el pensamiento de “aunque se fue, la vida continúa”.

Quinta etapa: Aceptación.

Es la meta que se aspira en este proceso, caracterizado por ser una comprensión de la realidad más la calma que le genera, no solo en aspecto emocional de la persona sino también en el aspecto racional, es decir es la aceptación de que la muerte y otras pérdidas son fenomenologías que siempre tendrán interacción con la humanidad.

¿Es malo hablar de duelo?

En la actualidad la sociedad se especializa en etiquetar todo como bueno o malo incluso las situaciones de la vida. Cid Egea, (2011) afirma:

La muerte se aleja de la vida y, con ella, también la experiencia del que está en duelo. La persona que fallece ha de hacerlo lejos, sin que se le pueda ver mucho, y quien le llora debe hacerlo rápido, en silencio y por poco tiempo (p.11).

La sociedad como tal orienta al ser humano a considerar que morir o perder es malo, distorsionan la realidad la cual, manifiesta que el duelo es inherente al ser humano, por creencias que el duelo es lo peor que le puede estar pasando a algún individuo.

Pero la sociedad no siempre fue así, a lo largo de la historia se puede constatar que la costumbre de la familia era el acompañamiento del familiar en su lecho de muerte, por ende, ellos interpretaban al duelo como parte de la vida del ser humano, cabe mencionar que la intensidad del sufrimiento no variaba con respecto a la actualidad, pero a diferencia de contener sus emociones como es de costumbre en la actualidad.

En décadas anteriores la propia sociedad arrinconaba a las personas a mostrar el dolor, y esto se debe porque se hace referencias a sociedades donde la estigmatización era mayor que en la actualidad, con la diferencia que se tomaba como pauta de valoración la moralidad, por ejemplo, en la pérdida de un familiar, era mal visto por parte de la sociedad no mostrar sufrimiento, por ende, la persona exteriorizaba su sentir emocional básicamente por la presión social que tenía.

Perdida de extremidad (Amputaciones).

El duelo no solo hace referencia a la muerte, el duelo refiere a cualquier tipo de pérdida, en este caso la pérdida de una extremidad es un desencadenante para la persona a iniciar el proceso de duelo. Govantes, Alba, & Cantapiedra (2016) afirma “La rehabilitación del paciente amputado de un miembro inferior es un proceso en el cual se incluye el manejo físico, psicológico, ocupacional y no solo la simple restitución del miembro amputado” (p.33).

Es decir que la pérdida de una extremidad no solo afecta en el aspecto físico de la persona si no también otras dimensiones como la psicológica y social, por ende, la rehabilitación tiene que ser un abordaje multidisciplinario de profesionales para un tratamiento integral.

Conceptos básicos de las amputaciones.

En relación con esta temática es indispensable conocer las terminologías y los fenómenos biopsicosociales por los que pasa el paciente amputado, porque durante este proceso el paciente experimenta una tormenta de sensaciones desde la percepción de su realidad, hasta la interpretación de sus emociones, para ello es importante conocer lo que son:

Amputación.

Proveniente del latín Amputation, que tiene como referencia la separación de un miembro o parte del mismo cuerpo de una persona. Govantes et al. (2016) afirman “es el corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo, también llamado avulsión o cirugía” (p.34). También hay varios tipos de amputaciones que se distinguen entre blandas y extremidades, las blandas por ejemplo son amputaciones de mamas mientras que las de extremidades como su palabra lo dice, es la extirpación de una parte del cuerpo.

Miembro fantasma.

El autor Govantes et al. (2016) afirma “se le atribuye esta definición al fenómeno psicológico de que la persona con la extremidad amputada tiene la sensación de la parte extirpada” es decir si le amputaron el brazo derecho, esta persona tendrá la sensación de que aún tiene su brazo derecho (p.34).

Muñón.

Govantes et al. (2016) menciona que “Se refiere al resultado cuando el procedimiento quirúrgico justo se da entre la articulación próxima y la superficie afectada” (p.34).

Prótesis.

Govantes et al. (2016) afirma que “es la sustitución del miembro amputado Por una imitación artificial del miembro” (p.34). cuyo fin es que cumpla en su mayor medida posible con las funciones que tenía el miembro amputado.

Causas más frecuentes de la amputación de miembro inferiores.

Govantes et al. (2016) menciona que “los predisponentes más frecuentes a Pasar por una intervención quirúrgica de la extirpación de un miembro amputado” (p.34). son:

- Trastornos de circulación sanguínea.
- Heridas causadas por armas de fuego
- traumatismos.
- Quemaduras.
- Pseudoartrosis infectada.
- Enfermedades cancerosas.
- Infecciones.
- Inflamaciones.
- Deformidades congénitas graves.

Depresión versus aceptación.

En la mayoría de los casos de duelo no superado las personas tienden a estancarse en la etapa de depresión, claro que, aunque se menciona depresión nos referimos a un estado de tristeza normal, el problema radica en la permanencia del estado, a medida que la persona pasa estancada en esta fase la intensidad del estadio aumenta.

Pero la constante labilidad emocional, aislamiento, apatía y abulia pueden desencadenar agravar el cuadro sindrómico, es decir producir una tristeza patológica o también llamada depresión. Medina, Santi & Real Quintanar (2015) afirma “la depresión, que es la causa principal de años de vida vividos con discapacidad”. En concordancia con el autor la depresión incapacita a la persona en el área conductual, desligándola con su autonomía y su funcionalidad.

En contraste con la depresión, es ese paso que sirve para liberar el dolor orientándonos a desligarnos de la revictimización, la aceptación ubica a la persona en la realidad y que no importa que haga, lo que se perdió no va a regresar, muestra que el duelo es parte de un inherente del ser humano y lo mejor que puede hacer este es continuar enfocado a mejorar su calidad de vida y ser feliz.

Triada cognitiva de la depresión.

El enfoque cognitivo conductual define que la depresión es promovida de manera automática por los pensamientos, es allí donde la TCC propone que la persona con depresión interpreta de manera negativa tres aspectos de sí mismo, de allí surge el nombre de la triada cognitiva.

La triada cognitiva propone que el depresivo tendrá una interpretación negativa de sí mismo ante cualquier situación, por ejemplo, si se cometió un error de contabilidad en el trabajo, el depresivo de alguna manera se sentirá culpable, en su cabeza aparecerá un pensamiento como “si no fuera un inepto, esto no hubiera salido mal” aun cuando en realidad no tenía nada que ver.

También que tendrá una perspectiva negativa de su futuro ante cualquier estímulo, partiendo del ejemplo anterior, el depresivo pensará un desenlace catastrófico para su situación, como ser echado del trabajo o maltratado, cuando en realidad esta situación no represente riesgo alguno.

Otro aspecto que considera negativo son las experiencias de su vida, es decir el comenzará interpreta que todo lo que le ha sucedido siempre ha sido malo, que no hay nada bueno de todo lo sucedido.

Cabe mencionar que estas triadas actúan de manera unificada generando que el depresivo piense que es un inútil, que lo botaran del trabajo y que toda su vida ha sido sufrimiento, con llevándolo a generar una desvalorización de su vida, y es ahí donde aparece los pensamientos suicidas.

Usualmente los trastornos mentales no son considerados enfermedades para la población en general, un pensamiento muy alejado de la realidad, cuando hablamos de depresión, estamos hablando de riesgos de muerte, ya que una depresión sin tratamiento a la larga es equivalente a un suicidio.

El pensamiento depresivo.

La autora (Dois Castellón, 2012) afirma “los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significado de deterioro físico y social” (p.577). Hay que tener en cuenta que también es importante a considerar son los esquemas de la persona o la estructura de personalidad, es decir por lo general una persona con depresión siempre va a optar por mantener las conductas que lo hacen sufrir e incluso se vuelven contraproducentes para la evidencia de la existencia de aspectos positivos en su vida.

Hay que mencionar que la severidad de interpretación negativa va a depender netamente de la gravedad de la depresión, es decir en una depresión leve, el depresivo valorara los estímulos de cierta manera objetiva, mientras que, en una depresión grave, se dejara sumergir en un mar infinito de pensamientos negativos.

El depresivo siempre se va a centrar en solo captar los estímulos negativos de

alguna situación en particular, estos pueden o no existir, es decir que, aunque no se encuentren aspectos negativos el depresivo los va a generar, por decirlo así los depresivos le buscan la quinta pata al gato.

Distorsiones cognitivas en la depresión.

El autor Calderon (2018) afirma que “en la depresión en este tipo de población influyen factores biológicos y sociales que son modificables” (p.182). Las distorsiones cognitivas forman parte del ser humano, por ende, en diferentes trastornos unos predominarán más que en otros, con respecto a la depresión es común observar la aparición de las siguientes distorsiones;

- Inferencia arbitraria.
- Abstracción selectiva.
- Generalización.
- Maximización y minimización.
- Personalización.
- Pensamiento absolutista, dicotómico.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

El autor Vargas (2014) afirma “hay que tener en cuenta que las causas de la ansiedad y depresión, tanto como síntomas como trastornos; son multifactoriales” (p.58). Los episodios depresivos, como su nombre lo indica son periodos por el cual el paciente pasa desencadenado de un factor predisponente, cuando los episodios aparecen más de una vez toman el nombre de recurrentes, en el cual el manual de CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CIE-10 menciona que para su diagnóstico tienen que cumplirse los siguientes criterios generales:

- El episodio debe tener una duración de dos semanas mínimo.
- No debe presentar síntomas de hipomanía o manía

- El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas.

También debe cumplir con los siguientes criterios específicos del F32.2

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:

- a) Deben cumplirse los criterios generales del F32
- b) Presencia de por lo menos de tres síntomas del criterio B del F32.0
- c) Presencia de síntomas adicionales del criterio C del F32.0 hasta un total de ocho síntomas
- d) Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Cabe mencionar que el autor (Wagner, Gonzáles, Sánchez, García, & Gallo, 2012) afirma que “los episodios depresivos se caracterizan por la tristeza constante, perdida de interés o actividades placenteras, anhedonia, abulia, apatía, conductas de aislamiento, ideaciones suicidas, tendencias autolíticas y la depresión no solo se observa en una persona triste” (p.5). también puede tener depresión una persona que aparenta estar feliz, para cualquier diagnostico se recomienda siempre seguir los criterios ya sea del CIE-10 o DSM-5.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para el abordaje psicológico correcto para el paciente se elaboró la siguiente estrategia de evaluación para su diagnóstico, la cual consta con las siguientes técnicas de intervención psicológica como; entrevista, observación directa, historia clínica, test “inventario de depresión de Beck”, “inventario de ansiedad de Beck”, “Millon III” y la referencia bibliográfica “Guías de autoayuda ¿cómo afrontar el duelo?”

Entrevista.

La entrevista es un procedimiento de preguntas abiertas dirigidas a un objetivo que se elaboran durante la sesión, la cual se la utilizó para recabar toda la información relevante a la problemática del paciente.

Observación directa.

Es una técnica para evaluar el comportamiento y la congruencia de lo que dice el paciente y lo que hace, se aplica con la finalidad de constatar los síntomas que menciona el paciente, así también para la elaboración del examen mental.

Historia clínica.

Ficha de recolección y organización de la información recabada del paciente, se utiliza para realizar las anotaciones correspondientes de la problemática del paciente, para así tener un historial de este.

Test psicométrico “inventario de depresión de Beck”.

Cuestionario psicométrico para evaluar los síntomas depresivos que el paciente ha tenido las últimas dos semanas, se utilizó para aumentar la fiabilidad del diagnóstico presuntivo y así establecer un diagnóstico diferencial.

Test psicométrico “inventario de ansiedad de Beck”.

Cuestionario psicométrico que sirve para evaluar la sintomatología ansiosa del paciente, se utiliza para descartar cuadros ansiosos o algún trastorno relacionado, y así poder establecer el diagnóstico diferencial.

Test psicométrico “Millon III”.

Cuestionario psicométrico que sirve para evaluar los rasgos de personalidad del paciente, se utiliza con la finalidad para establecer la congruencia entre lo que dice y hace, desde la perspectiva de los rasgos de personalidad del paciente.

La referencia bibliográfica “Guías de autoayuda” ¿Cómo afrontar el duelo?

La referencia bibliografía, cuenta con información relevante para el proceso de duelo en un adulto, se la utilizo para aplicar psicoeducación en el paciente con la finalidad de que no se desligue del tratamiento.

Cabe mencionar que toda la técnica implementada se la utiliza con finalidad de buscar la correcta elaboración de un plan terapéutico para la mejoría de la calidad de vida del paciente, donde no se buscó decirle que hacer al paciente, sino darles las herramientas necesarias para que el identifique que hacer.

RESULTADOS OBTENIDOS.

Sesiones.

Paciente de 55 años acude a consulta por motivo de que el paciente menciona “últimamente he tenido pensamientos de quitarme la vida (ahorcándose), he pasado días enteros llorando, noches que se me quita el sueño y pensando que mi vida ya no tiene sentido”, “ya no sé qué hacer”.

Paciente también comenta que hace 10 meses cuando trabajaba en una bananera tuvo un accidente de tránsito en su moto en donde perdió una de su pierna (pierna izquierda) y tuvieron que amputarle “desde ese momento mi vida ha cambiado” “ya no salgo con mis amigos, no puedo trabajar, no puedo depender de mí mismo, he pasado de andar corriendo a andar con unas muletas”.

También comenta que hace 3 años se separó de su esposa por motivos de infidelidad de parte de ella hacia él, lo que le afectó un poco (menciona haberse sentido triste) pero que después de un tiempo él también tuvo un nuevo compromiso y “todo quedó en el olvido” pero desde el día del accidente menciona que ella (su nuevo compromiso), ya no le ha dado el mismo trato e incluso hay días que solo pasa en la casa de la mamá, por lo que piensa que también ese compromiso llegará a su fin y se quedará solo.

La primera sesión efectuó 29 de diciembre 2020, donde se lo acogió, y lo primero que se buscó fue establecer rapport con el paciente, para poder recabar información factible para la historia clínica, luego se abordó el motivo de consulta del paciente, así como la elaboración del examen mental y cuadro sindrómico del paciente, se utilizó técnica de feedback y debate socrático.

La segunda sesión se dio el 5 de enero del 2021, donde al paciente se lo acogió y como primera actividad se procedió aplicar el test psicométrico “inventario de depresión de Beck” y luego se procedió a realizar una entrevista para recabar datos de los antecedentes personales, familiares y la escolaridad, durante la ejecución de esta sesión se usaron técnicas de retroalimentación positiva y técnica de tensión-relajación.

También se procedió a realizar la toma del test psicométrico de ansiedad de Beck, así como la debida socialización de la consigna para su correcta aplicación, luego se procedió a continuar con la entrevista para recabar información del historial médico, así como su historia prenatal y postnatal.

Luego se procedió aplicar la técnica de relajación, para proceder aplicar el test de millón III, y como logros de la sesión se culminó la elaboración de la historia clínica con la cual se procedió a tomar como referencia para la elaboración del diagnóstico diferencial.

La tercera sesión se dio el día 12 de enero del 2021, primero se procedió a darle una explicación del diagnóstico diferencial al paciente, se procedió a realizar una psicoeducación sobre la enfermedad, luego se explica el enfoque terapéutico cognitivo conductual, y procede a la implementación de técnica de reestructuración cognitiva en el paciente.

Así como también se le entrena al paciente en la elaboración de una bitácora de registro de pensamientos automáticos, tomando como referencia la técnica de reestructuración cognitiva y se le pide que la realice a partir de esta sesión como tarea para la casa.

Cuarta sesión se dio el día 19 de enero del 2021, se le pregunta al paciente como le fue la semana pasada, se revisó la reestructuración cognitiva que había elaborado en este tiempo y se clarificaron dudas sobre ello.

En esta sesión se tuvo presente para la correcta educación de la reestructuración cognitiva, el debate socrático y la retroalimentación positiva, para culminar la sesión se le vuelve a pedir al paciente que continúe con la elaboración de la bitácora de registro de pensamientos automáticos.

Quinta sesión se dio el día 26 de enero del 2021, esta última sesión se evaluó con el paciente las diferencias entre los pensamientos durante la primera sesión y los pensamientos durante esta sesión.

Se implementa técnica de role playing y modelado para fomentar su funcionalidad en su contexto, así como también se realizó una evaluación del examen mental para elaborar las recomendaciones debidas para la casa, con la finalidad que mantenga su cambio en pro a la mejoría de su estilo de vida.

Situaciones detectadas.

A inicios de la primera sesión, principalmente se obtiene el motivo de consulta, se observa en el paciente un descuido en su aspecto físico, con una actitud colaborativa pero poco interactiva, ubicado en tiempo, espacio y persona, aparentemente no refleja problemas de motricidad fina y gruesa, el contenido del pensamiento y lenguaje era fluido y comprensible.

Durante esta sesión también se establece el siguiente cuadro sindrómico; área cognitiva, con pensamientos distorsionados de catastrofización, falacia de recompensa divina, filtraje, maximización y minimización y también ideación suicida.

En el área emocional se observa labilidad emocional, miedo, apatía, abulia, anhedonia, tristeza y culpa, en el área conductual, se observa, tendencia de autolesión, intento de suicidio y llanto, en el área somática se halla déficit de apetito e insomnio.

En la segunda sesión el cuadro sindrómico permanece igual con la diferencia que no presenta durante esta semana conductas autolesivas, ni intentos suicidios, también el paciente manifiesta que trato de hacer algo nuevo, lo cual fue a pasear al parque y sentarse a tomar aire fresco.

En la tercera sesión se estableció y socializo el diagnóstico diferencial de F32.2 episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos establecido en el CIE-10 a lo cual el paciente no reacciono de manera sorpresiva, más bien en calma pregunto ¿Qué puedo hacer? Lo cual se procede a establecer el esquema terapéutico especializado para la problemática del paciente.

En esta se sesión se observa un cambio en su cuadro sindrómico, ya no presenta en el área emocional miedo, labilidad emocional y culpa, en el área conductual, no se aísla, no se autolesiona y no habido aparición de llanto, y por último en el área somática ya no hay déficit de apetito.

En la cuarta sesión se ven grandes cambios en el cuadro sindrónico; en el área cognitivo el paciente solo presenta distorsiones cognitivas de filtraje, en el área emocional solo presenta enojo, en el área conductual irritabilidad, y el área somática ya no se presenta insomnio.

En esta sesión se observa una actitud sociable, empática y optimista, menciona el paciente que realizo un cronograma de actividades de quehaceres en el hogar, el paciente manifiesta “si bien no puedo trabajar como lo solía hacer, hago las cosas de la casa, mientras mis hijos trabajan, y así me luzco cocinando porque me encanta cocinar” podemos ver un aparente cambio en su calidad de vida y es posible que este superando el duelo y su episodio depresivo.

Así como también el paciente manifiesta “me siento muy contento porque, aunque no soy muy capaz como lo era antes, con mis acciones ya tengo pruebas suficientes que no soy un inútil, y aunque sea puedo ayudar en mi casa y así seguir adelante”

El paciente también afirma que “aunque no sea la gran cosa esto me motiva para seguir adaptándome a mi nuevo estilo de vida y ver qué tan capaz soy de vivir la vida de esta manera”

Se puede observar en el que las distorsiones cognitivas desaparecieron, así como muestra una posible mejoría a nivel de neurotransmisores en la producción de serotonina, logrando así que el paciente muestre un cambio a nivel emocional y somático reflejados en su comportamiento.

En la quinta sesión se puede destacar que el paciente asiste a consulta con un notable cambio en su apariencia física, se observa un corte de pelo, rasurado, ropa nueva planchada, muleta nueva, lente oscuro y el paciente sonríe y elabora bromas no despectivas.

El paciente menciona que aún tiene ideaciones suicidas y por momentos se siente triste, pero el paciente manifiesta “me acuerdo de todo lo que he hablado con usted y me pongo hacer algo productivo y divertido y no le doy pie a esos pensamientos, y sin darme cuenta desaparecen”.

Al finalizar el tratamiento es claramente observable una mejoría en el paciente, su aparente mejoría se debe al compromiso mostrado al realizar las técnicas y las tareas para la casa, es decir el aporte del profesional es claramente menor que el aporte del paciente con el objetivo de su mejoría.

Soluciones planteadas.

Para la elaboración del esquema terapéutico se aplicaron técnicas cognitivas, emocionales y conductuales para la desaparición de los síntomas del trastorno mental por el cual se agobiaba el paciente, estas técnicas se presentan como soluciones para el malestar, las cuales son:

Feedback.

Es una técnica cognitiva, centrada en la reflexión y entendimiento de lo que el paciente dice, y como lo dice, es decir trata de una devolución del contenido que proporciona el paciente, pero desde la perspectiva del psicoterapeuta, esta técnica fue utilizada en la primera sesión

Debate socrático.

Técnica cognitiva la cual tiene como finalidad de establecer discordia a los pensamientos automáticos generados por las distorsiones cognitivas del paciente, esta técnica se aplicó en la primera y cuarta sesión.

Retroalimentación positiva.

Técnica cognitiva que se centra en la devolución del contenido del paciente, pero resaltando los aspectos positivos de su argumento, se aplica esta técnica para afianzar la reestructuración cognitiva en torno a esas distorsiones cognitivas.

Reestructuración cognitiva.

Técnica cognitiva de modificación de procesos mentales, orientada a la desaparición de distorsiones cognitivas, esta técnica es fundamental para la modificación de conductas, se empleó en la tercera sesión en adelante

Técnica de tensión y relajación.

La técnica de relajación y tensión es una técnica emocional, específicamente usada para el control de impulsos, la técnica se usó en el paciente como un mecanismo de afrontamiento, para situaciones que le generen estrés y enojo, esta técnica se aplicó en la segunda sesión.

Role playing.

Es una técnica orientada a la modificación de conducta, la cual orienta al paciente a actuar como otra persona en una determinada situación hipotéticas, esta técnica se la practico durante la quinta sesión.

Variable	Categoría	Objetivo	Actividad técnica	# de sesiones
Pensamiento de “mi vida ya no tiene sentido”	Cognitivo	Buscar que el paciente por medio de la	Feedback	1

		devolución escuche lo que el argumente.		
Distorsiones cognitivas de catastrofización y falacia de recompensa divina	Cognitivo	Se centra en lograr que el paciente por medio del debate observe que sus pensamientos no tienen evidencia de ser.	Debate socrático	2
Ideación suicida y distorsión cognitiva de filtraje, y maximización y minimización.	Cognitivo	Es un tipo de devolución que se enfoca en extraer lo positivo de cada situación, buscando que el paciente reaccione ante el valor que representan sus acciones	Retroalimentación positiva	2
Todas las distorsiones cognitivas acentuadas en el paciente	Cognitivo	Por medio de la técnica se busca que el paciente identifique sus pensamientos, como se fije porque son provocados, y acorde a eso pueda elaborar una modificación en el mismo	Reestructuración cognitiva	2
Déficit de control de impulsos, labilidad emocional, miedo, tendencias autolesivas	Emocional	Se la realizo para que el paciente pueda entrar en estado de	Técnica de tensión y relajación	1

		relajación durante las crisis depresivas.		
Aislamiento, déficit de afrontamiento ante los problemas	Conductual	Por medio de la técnica de modelado se busca que el paciente, aprenda habilidades de afrontamiento	Modelado	1
Baja tolerancia a la frustración	Conductual	Utilizado para poner en práctica las habilidades de afrontamiento propuestas por el modelado	Roleplaying	1

CONCLUSIONES.

Se concluye que el duelo es una situación que en algún momento el ser humano va a experimentar, no es malo, más bien ayuda a trascender a la persona, ya que orienta a la persona a encontrar un sentido de vida, pero cuando se tiene la resiliencia necesaria para culminar las etapas de duelo.

Pero cuando el individuo no está dotado de habilidades de afrontamiento es muy probable que se quede estancado en esta etapa, la más común de todas es la etapa de depresión, las personas caen sumidos en una culpa absurda, que orienta a la persona a buscar cómo solucionar acontecimientos de pasado, pensando que esas soluciones orientadas al pasado, le dará resultado positivo en el presente.

En congruencia con la teoría el paciente si experimento cada una de las etapas de duelo, pero antes de la intervención psicológica permaneció sesgado por mucho tiempo

en la etapa de depresión, lo cual provocó la transición de un estado de tristeza común y normal del proceso de duelo, a un trastorno mental como lo es la depresión.

El episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f32.2. es un trastorno al estado de ánimo de gran riesgo debido a que parte de su sintomatología direcciona al paciente a la autolesión y en casos extremos al suicidio, por ende, se pone en relieve el riesgo que representa no considerar la salud mental como parte de la salud integral del ser humano.

Se considera que el estudio de caso tiene como logros plantear un esquema terapéutico adecuado para la intervención de la problemática del paciente, así como también se muestra como un recordatorio que el duelo no solo está relacionado con el concepto de la muerte, si no que cualquier pérdida significativa es considerada un duelo y que el estancamiento más común en las etapas del duelo es durante la etapa de depresión y que esta puede generar un trastorno depresivo en el paciente.

Se considera que se cumplió con el objetivo del estudio de caso, ya que en las sesiones psicológicas se identificó los factores predisponentes que sesgaron en la etapa de depresión al paciente, así como también se logró direccionarlo a que se encamine a la etapa de aceptación, en la cual se notó un gran cambio en su estilo de vida.

Fue de gran relevancia el aprendizaje adquirido de la relación que tiene un paciente con un duelo patológico y los trastornos depresivos, es gratificante experimentar la relevancia del tratamiento psicoterapéutico en la recuperación de la funcionalidad de un paciente con un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, cabe mencionar la actitud del paciente que al comienzo se lo observaba resistente al tratamiento, pero a medida que paso el tiempo, se notó por parte del paciente la comprensión de la salud mental como parte de la salud integral.

Como recomendación, se manifiesta que es posible que el duelo no solo pueda generar un episodio depresivo grave, sino también un trastorno mixto ansioso-depresivo, ya que el duelo se caracteriza por la pérdida de trascendencia, y esto puede desembocar un

cuadro ansioso en el paciente, se pone en consideración el esquema terapéutico aplicado en este caso para que sirva de modelo para futuras intervenciones psicológicas relacionadas con la problemática del duelo.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alba, C. (2016). Protocolo de Actuación en la Rehabilitación de Pacientes Amputados de Miembro Inferior. Cuba. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, 33 - 43.
- Calderon M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered, 29(1), 182-191.
- Cid, L. (2011). Explícame qué ha pasado Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. Madrid, España: Fundación Mario Losantos al Campo.
- Díaz, P. (2016). Hablemos de duelo Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes. Madrid, España: Fundación Mario Losantos del Campo.
- Dois, E. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(4), 576-586.
- Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental, 35(1), 3-11.
- González, J. (2018). Acompañar en el duelo De la ausencia de significado al significado de la ausencia. Bilbao, España: editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Gonzalo, M. (2018). Abc del Duelo. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Santo Tomás.
- Medina, M. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Lomas de Chapultepec, México: Intersistemas, S.A. de C.V.
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Hered, 25(1), 57-59.

ANEXOS

ANEXOS # 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje) _____

—
7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

ANEXO #2

“INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK”

Nombre:

Fecha:

Edad:

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

CUESTIONARIO	NO (0)	LEVE(1)	MODERADO(2)	SEVERO(3)
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				

8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

ANEXO #3

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE:.....

.....

FECHA:.....

.....

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación señale cual de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste

1 Me siento triste

2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza

3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro

1 Me siento desanimado con respeto al futuro

2 Siento que no tengo nada que esperar

3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden

mejorar

3. 0 No creo que sea un fracasado

1 Creo que e fracasado más que cualquier persona normal

2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de

fracasos

3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona

- 4.0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes
 - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
 - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

- 5.0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - 2 Me siento bastante culpable casi siempre
 - 3 Me siento culpable siempre

- 6.0 No creo que este siendo castigado
 - 1 Creo que puedo ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Creo que estoy siendo castigado

- 7.0 No me siento decepcionado a mi mismo
 - 1 Me he decepcionado a mi mismo
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3 Me odio

- 8.0 No creo se peor que los demás
 - 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
 - 2 Me culpo siempre por mis errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

- 9.0 No pienso matarme
 - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad

- 10.0 No lloro mas que de costumbre
 - 1 Ahora lloro mas de lo que solía hacer

- 2 Ahora lloro todo el tiempo
- 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

11.0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre

- 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre
- 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
- 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo

12.0 No he perdido el interés de otra persona

- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
- 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
- 3 Ya no puedo tomar mis decisiones

13.0 Tomo decisiones casi como siempre

- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
- 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar más decisiones

14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre

- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
- 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer

poco

Atractivo

- 3 Creo que me veo feo

15.0 Puedo trabajar tan bien como antes

- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
- 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
- 3 No puedo trabajar en lo absoluto

16.0 Puedo dormir tan bien como siempre

- 1 No duermo también como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me

cuesta

Mucho volver a dormirme

3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

17.0 No me canso más que de costumbre

1 Me canso mas fácilmente que de costumbre

2 Me canso sin hacer casi nada

3 Estoy demasiado cansado para hacer algo

18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre

1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser

2 Mi apetito esta mucho peor ahora

3 Ya no tengo apetito

19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo

1 He rebajado más de 2 kilos y medio

2 He rebajado más de 5 kilos

3 He rebajado más de 7 kilos y medios

20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre

1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo dolores,

molestias

Estomacales, o estreñimientos

2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil

pensar en

Cualquier otra cosa

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar

en ninguna

Otra cosa

21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido por completo el interés por el sexo

ANEXOS 4

