



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Intervención psicoterapéutica en caso clínico por duelo

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

Licenciada en Psicología Clínica

Autor: Moreno Pinzón, Melissa Stefanía

Director: Hurtado Armijos, Arianna Denisse

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 17 de septiembre de 2022

Doctora,

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Director de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico por duelo, realizado por Melissa Stefanía Moreno Pinzón, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Arianna Denisse Hurtado Armijos.

C.I.: 1104183643

Correo electrónico: adhurtado3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Melissa Stefanía Moreno Pinzón, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente: Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico por duelo, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema, proceso de evaluación y proceso diagnóstico. Capítulo 2. Tratamiento, objetivos terapéuticos y plan de intervención. Capítulo 3. Resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Arianna Denisse Hurtado Armijos, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Melissa Stefanía Moreno Pinzón

C.I.: 1105739724

Correo electrónico: msmoreno3@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación, va dirigido primeramente a Dios quien me acompañó en cada uno de mis pasos, brindándome sabiduría para poner cumplir mis objetivos tanto personales como profesionales, a mi familia; a mis padres Mario Modesto Moreno Coronel y Magali Marilú Pinzón Pinzón por el cariño y el apoyo brindado en el curso de mi carrera como profesional, a mis hermanos Mateo Josué Moreno Pinzón y Esteban Nicolás Moreno Pinzón por siempre estar a mi lado en momentos de dificultad, siendo la motivación principal en mi vida para cumplir mis metas, brindándoles ejemplo para la superación en valores y dedicación.

Finalmente, a Numan, quien es el amor de mi vida y con quien cosecharé y conseguiré muchos más logros.

Agradecimiento

Mi graduación ha sido uno de logros más grandes en mi vida, debido que he sido capaz de evidenciar hasta dónde puedo llegar y la manera en la que me he ido desarrollando como ser humano, dicho éxito no existiría sin la ayuda de Dios que ha sido el principal combustible para culminar mis estudios con amor, entrega y sacrificio por y para él, gracias a mis padres por ser mi mano derecha y motivación principal en estos años de estudio, los cuales me han impulsado a convertirme en una excelente profesional, agradezco también a la Universidad Técnica Particular de Loja por darme la oportunidad de formarme como profesional y demostrar mis habilidades como futura Licenciada en Psicología Clínica.

A la Mgtr. Arianna Denise Hurtado Armijos y Psic. Cl. Francisco Silva Sacco, quienes con paciencia y amor a la docencia me impulsaron a la superación y aprendizaje en el tiempo de realización de mis prácticas preprofesionales, pues el presente trabajo no hubiera sido posible sin su ayuda.

Agradezco a cada uno de mis docentes, por las enseñanzas impartidas, la paciencia e ideación de métodos de aprendizaje factibles para nuestro desarrollo académico, además, por el apoyo y comprensión en tiempos de dificultad personal, pues han sido de gran apoyo a lo largo de mi preparación.

A mis amigo/as quienes con su amistad me acompañaron en tiempos de dificultad, aconsejando y brindándome la motivación necesaria para seguir adelante.

Finalmente, a Numan Arciniega, mi actual pareja quien con amor y paciencia me ha alentado a seguir adelante mediante sus oraciones y compañía en tiempos de dificultad logrando impulsarme a cumplir mis objetivos.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	5
Marco Teórico	5
1.1 Presentación del caso	5
1.1.1 Identificación del paciente	5
1.1.2 Motivo de consulta.....	5
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	6
1.2 Proceso de evaluación.....	7
1.3 Proceso diagnóstico.....	11
1.3.1. Diagnóstico presuntivo	11
1.3.2. Diagnóstico diferencial	12
1.3.3. Diagnóstico final	13
Capítulo dos	14

Metodología.....	14
2.1 Tratamiento/Intervención.....	14
2.1.1. Objetivos terapéuticos	14
2.1.2. Plan de tratamiento/intervención	14
Capítulo tres	28
3.1. Resultados.....	28
3.2. Discusión y conclusiones.....	30
Recomendaciones	34
Referencias.....	35

Índice de tablas

Tabla 1 Inventario de Depresión de Beck (Beck, et al. 1996).....	8
Tabla 2 Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, et al. 1959)	9
Tabla 3 Test de Mayo.....	10
Tabla 4 Plan terapéutico.....	14
Tabla 5 Tabla de registro de pensamientos	20

Índice de figuras

Figura 1 Resultados del Inventario de Depresión de Beck.....	28
Figura 2 Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton	29
Figura 3 Resultados del Test de mayo	29

Resumen

El presente trabajo de intervención psicoterapéutica corresponde al caso de una paciente de sexo femenino, de 64 años de edad, quien acudió a consulta psicológica con un diagnóstico previo de trastorno mixto ansioso-depresivo, el mismo que fue descartado en el proceso de evaluación, mediante la entrevista clínica semiestructurada y la aplicación de reactivos: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y Test de Mayo; determinándose, a partir de ello, un diagnóstico de duelo normal/ duelo no complicado. Posteriormente, se elaboró un plan de intervención de 8 sesiones, cuyo objetivo fue abordar el proceso de duelo que se encuentra atravesando la paciente y reestablecer el equilibrio emocional y el nivel de funcionamiento, a través de técnicas cognitivo-conductuales. Concluida la intervención, se determina que el tratamiento psicoterapéutico fue exitoso, debido a los cambios evidenciados en la paciente respecto a su estado de ánimo y nivel de funcionamiento o actividad.

Palabras clave: Duelo, trastorno mixto ansioso-depresivo, intervención psicoterapéutica.

Abstract

The present work of psychotherapeutic intervention corresponds to the case of a 64-year-old female patient, who came to psychological consultation with a previous diagnosis of mixed anxiety-depressive disorder, which was ruled out in the evaluation process, through a semi-structured clinical interview and the application of items: Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Questionnaire and Mayo Test; determining, from this, a diagnosis of normal bereavement / uncomplicated bereavement. Subsequently, an 8-session intervention plan was developed, whose objective was to address the grief process that the patient is going through and to reestablish the emotional balance and the level of functioning, through cognitive-behavioral techniques. At the end of the intervention, it was determined that the psychotherapeutic treatment was successful, due to the changes evidenced in the patient's mood and level of functioning or activity.

Key words: Bereavement, mixed anxiety-depressive disorder, psychotherapeutic intervention.

Introducción

A lo largo de nuestras vidas sufrimos pérdidas, ocasionando una transformación constante, la cual se debe asimilar como parte de la evolución personal de cada ser humano y por ende la aceptación y las diversas situaciones que se presentan en este proceso, pueden generar un impacto en la salud del individuo, dependiendo de su importancia y magnitud. Es así, que la muerte se trata de un proceso natural del ciclo vital de cada ser humano; por tal motivo, se debe hablar del tema con total naturalidad desde la niñez hasta la vejez, para lograr un cambio de actitud y pensamiento hacia la misma y de esta manera disminuir el dolor y sufrimiento que se produce por la falta de preparación y educación tras una pérdida (Sánchez et al., 2017).

En dicho sentido, el duelo se define como un proceso doloroso que desencadena una serie de reacciones emocionales y de conducta, que son experimentadas a causa de la muerte de un ser querido o una pérdida significativa para la persona como, por ejemplo; una ruptura amorosa, pérdida de objetos físicos/materiales y situaciones relacionadas con el estatus social o desempleo (Morer et al., 2017; Sánchez, 2021). Este tipo de experiencias, generan en el individuo pensamientos, emociones y conductas de intensidad variable; lo cual, dependerán de la perspectiva que adopte la persona y del significado que le otorgue a la pérdida; por tal motivo, es importante normalizar los términos previamente descritos y brindar la información y preparación adecuada al doliente, dando apertura a la expresión de sus emociones y de esta manera permitir que el proceso del duelo se desarrolle con normalidad (Sánchez, et al., 2017).

Se considera que un individuo ha culminado su proceso de duelo, cuando muestra la capacidad de reorganizar su vida, puede hablar de la persona fallecida sin sentimientos de melancolía y tristeza desmesurada y es capaz de manejar las emociones que anteriormente le resultaban conflictivas, recuperando su autonomía y dando apertura al disfrute de las actividades que solía realizar de manera autónoma y social (Gamba-Collazos & Navia, 2017).

Para direccionar de manera adecuada la intervención terapéutica con respecto a un duelo reciente, se debe analizar en primera instancia los valores que la persona ha aprendido desde la niñez; además, se deberá evaluar el antecedente de pérdidas vividas a lo largo de su historia, el tipo de relación que mantenía con el fallecido, la situación económica, las herramientas de afrontamiento que ha utilizado y sus redes de apoyo actuales, permitiéndole al profesional tomar las decisiones sobre una intervención adecuada en las diferentes etapas por las que atraviesa la persona en dicho proceso (Rodríguez, 2018; Sanabria, 2022; Sánchez et al., 2017).

Ante la evidencia antes expuesta, el presente trabajo se direcciona de manera concreta, en el proceso de duelo normal, de una paciente de 64 años de edad, tras la pérdida del cónyuge, descubriendo sus complicaciones a través del análisis investigativo realizado y el posterior abordaje psicoterapéutico; siendo de vital importancia mencionar, la relevancia que presenta el caso en estudio, tanto a nivel social, como académico, puesto que brindará un panorama general sobre el abordaje psicológico en temas de duelo; y, además, motivará a futuros investigadores a continuar con la recolección de información, a fin de que generen nuevos conocimientos y se desarrollen nuevas estrategias, que ayuden a reducir el riesgo de desarrollar una posible patología o trastorno emocional posterior.

El trabajo se distribuye en tres capítulos. En el capítulo uno, se presenta la información relevante acerca del caso, como: identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema, proceso de evaluación y proceso diagnóstico. En el capítulo dos, se propone el plan de intervención con los objetivos terapéuticos y descripción de las técnicas y/o actividades desarrolladas. Finalmente, en el capítulo tres se exponen los resultados obtenidos pre y post- tratamiento, discusión, conclusiones y recomendaciones; las cuales, tendrán un impacto positivo en el campo de la psicología.

Capítulo uno

Marco Teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 *Identificación del paciente*

Paciente de sexo femenino, de 64 años de edad, ocupación ama de casa, estado civil viuda, tiene 6 hijos, identificación étnica mestiza, lugar de procedencia Saraguro y residencia en la ciudad de Loja hace 45 años, posee un nivel socioeconómico medio, religión católica, nivel de educación primaria.

1.1.2 *Motivo de consulta*

Paciente acude al departamento de psicología acompañada de su hijo A.A. indicando que tras el fallecimiento de su cónyuge hace dos meses siente desánimo, inquietud, cansancio, preocupación, hipervigilancia, insomnio, pérdida del apetito; cuya sintomatología ha provocado un malestar significativo y deterioro del funcionamiento familiar e interpersonal. Además, manifiesta tener recuerdos angustiosos (de su esposo cuando se encontraba en la unidad de cuidados intensivos), e incapacidad de experimentar emociones positivas.

Al momento de la entrevista menciona, encontrarse con tratamiento psicofarmacológico (pregabalina, prestat, novo humorap y neuryl) debido a la atención recibida el 27 de enero de 2022 por un médico psiquiatra; quien luego de la entrevista diagnóstica propone un diagnóstico inicial de F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo; por lo cual, le recomienda terapia farmacológica y psicológica. Además, es importante indicar que la paciente recibe tratamiento para otras patologías médicas como hipotiroidismo, osteoporosis y varices.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La paciente comenta que llevaba un matrimonio de 45 años con su esposo, en el cual procrearon 6 hijos. El problema se presenta cuando el esposo de la paciente ingresa a cuidados intensivos (UCI), donde permaneció durante un mes a causa de COVID-19; dicho problema comienza a generar un malestar en el estado psicológico y emocional de la paciente, iniciando la aparición de síntomas como intranquilidad debido que no sabía si su conyugue iba a salir con vida de dicha situación, insomnio debido a la preocupación y pensamientos negativos que se generaron por la situación, llanto fácil, disminución del apetito y tensión muscular.

Los síntomas se intensificaron tras el fallecimiento de su pareja, momento el cual B.L no tuvo oportunidad de despedirse afectándole de manera significativa, además se presentaron síntomas como pesadillas, la paciente refiere “esta semana soñé que mi esposo me visitaba y se acostaba a un lado de cama, me desperté asustada”. La paciente refiere que tiene sentimientos de culpa y de arrepentimiento por situaciones que considera podría haberlas hecho mejor con respecto a su relación y convivencia.

La paciente, actualmente permanece sola en el hogar la mayor parte del tiempo, pese que a la hija menor aún vive con ella, pero por cuestiones laborales pasa fuera de casa durante el día, lo cual, considera que afecta su estado emocional y psicológico , además, constantemente le trae recuerdos de su pareja y de las actividades diarias que realizan juntos; la paciente refiere: “a veces me niego a creer que se ha ido, parece que ya lo voy a escuchar o ver en la casa, me hace una falta porque era con él con quien pasaba todos los días, me pongo a llorar y a pensar en las cosas”. Respecto a sus otros hijos, menciona que se encuentran preocupados y pendientes de ella y están dispuestos a apoyarla en la atención médica y psicológica, a pesar de que viven fuera de la ciudad.

Así mismo, la paciente solicita al centro policial, que se derive a uno de sus hijos a la ciudad de Loja, debido que actualmente vive en Quito por su trabajo como policía, mencionando que para ella sería de gran ayuda para su recuperación. Es necesario mencionar, que no se obtuvieron resultados favorables de lo solicitado.

1.2 Proceso de evaluación

El presente caso de estudio se desarrolló en ocho sesiones, las dos primeras fueron destinadas al proceso de evaluación psicológica a través de la historia clínica y aplicación de reactivos psicológicos y las ocho sesiones restantes se ejecutó el plan de intervención. La metodología de evaluación se llevó a cabo mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada, la observación y la aplicación de test psicológicos.

Entrevista clínica semiestructurada

Es un proceso enfocado en la comunicación entre el paciente y psicólogo, cuyo objetivo es recabar información de la persona, brindando la creación de un esquema social o individual mediante de la recolección de sus datos biográficos, historia personal y familiar y acontecimientos vividos, que expliquen la sintomatología que presenta el paciente (Tonon et al., 2008).

Mediante la entrevista, se logró obtener información sobre los datos biográficos, así como el motivo de consulta, historia del problema y lo que pretende obtener de la terapia. La paciente mostró durante todo el proceso una actitud colaborada y buena predisposición.

Observación

La observación es considerada como un procedimiento científico, el cual consiente en la posibilidad del estudio y análisis de los comportamientos perceptibles, los cuales van de la mano con la entrevista psicológica, debido que permite la obtención de la información tanto de lo que el paciente expresa de manera verbal como no verbal (Teresa et al., 2010).

Mediante la observación, se pudo evidenciar que la paciente asistió a consulta con un estado de ánimo melancólico, caracterizado por expresiones faciales y corporales de tristeza, decaimiento y llanto fácil. Además, B.L fue vestida de luto, presentando buena higiene. En cuando a sus funciones mentales a través de la entrevista y observación directa, se evidenció que la paciente se encontraba con un estado de conciencia lúcido, orientada en tiempo, espacio y persona, pensamiento

recurrente sobre recuerdos de su esposo lo cual generaba angustia, sin alteración aparente en las sensopercepciones, juicio coherente, su voluntad denotaba abulia, lenguaje articulado con fluidez y coherencia, humor depresivo, memoria anterógrada y retrógrada conservadas, inteligencia con normal capacidad de abstracción y grado de comprensión adecuado.

Seguido del proceso de entrevista y observación, se aplicaron los siguientes reactivos psicológicos:

Tabla 1

Inventario de Depresión de Beck

Autor	Aaron Beck, Steer y Gregory K. Brown
Año que se realizó	1996
Adaptación	Española 2011
Objetivo	Medir la severidad de los síntomas de depresión.
N° ítems	21 ítems los cuales indican la siguiente sintomatología: Llanto, tristeza, pérdida de placer y/o energía, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, cambios en el patrón de sueño.
Escala	Cada ítem refleja 4 tipos de respuesta diferentes y las respuestas pueden ser seleccionadas de 0 a 3, donde 0 representa “no me identifica” hasta 3 que representa “me identifico totalmente”.
Dimensiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Sensación de fracaso 4. Insatisfacción 5. Culpa 6. Expectativas de castigo 7. Autodesprecio 8. Autoacusación 9. Ideas suicidad 10. Episodios de llanto 11. Irritabilidad 12. Retirada social 13. Indecisión 14. Cambios en la imagen corporal 15. Enlentecimiento 16. Fatigabilidad

	<i>Factor somático</i>
	17. Insomnio
	18. Pérdida de apetito
	19. Pérdida de peso
	20. Preocupaciones somáticas
	21. Bajo nivel de energía
Calificación	La puntuación total, se obtiene mediante la suma de las respuestas a cada uno de los 21 ítems, en el caso de que se seleccionen varias opciones de respuesta en un solo ítem, se validará el mayor puntaje.
Puntuación	0-13 Mínima depresión 14-19 Depresión leve 20-28 Depresión moderada 29-63 Depresión grave
Población	13 años en adelante
Administración	Individual o colectiva
Duración	5 a 10 minutos
Materiales	Inventario de preguntas, lápiz y papel o administración oral
Confiabilidad y Validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.92. Validez de constructo: $P < 001$, lo cual representa un 95.4% de aceptación.

Nota. Muscas (2011); Sánchez- Pachas (2019).

En relación con el instrumento aplicado, la paciente obtiene un puntaje de 34 puntos; dando como resultado una depresión grave en la paciente.

Tabla 2

Escala de Ansiedad de Hamilton

Autor	Max R. Hamilton
Año que se realizó	1959
Adaptación	De inglés a castellano
Objetivo	Evaluar los niveles de ansiedad que puede llegar a experimentar una persona.
N° ítems	Presenta un total de 14 preguntas, las cuales evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Se deberá evaluar la frecuencia e intensidad dentro del rango de 0 a 56 puntos. Además, se pueden obtener dos puntuaciones 1. Ansiedad Psíquica

2. Ansiedad Somática	
Escala	Escala de 0 a 4 puntos donde 0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave, 4 = muy grave.
Calificación	Cada ítem contiene 5 opciones de respuesta, las cuales se direccionan desde 0 "no presente" hasta 4 que representa "muy severo", los cuales valorar la intensidad y frecuencia de la sintomatología; luego de finalizar la aplicación se realizará la suma de dichos puntos.
Puntuación	0-7 No ansiedad 8-13 Ansiedad ligera 14-18 Ansiedad moderada 19-22 Ansiedad severa Mayor a 23 Ansiedad muy severa
Población	Adolescente y adultos
Administración:	Hetero-administrada
Duración	20 a 30 minutos
Confiabilidad y Validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86 Validez: 0.73 a 0.75, denotando un alto nivel de validez y consistencia interna
Materiales	Cuadernillo de preguntas, lápiz y papel

Nota. Guarneros et al. (2011)

En la aplicación del instrumento, la paciente presentó un total de 16 puntos, lo que indica niveles de ansiedad leve.

Tabla 3

Test de Mayo

Año	Acreditado en Ecuador en el año 2009, tiene su raíz en el Mini-mental test, el cual es una escala neurológica abreviada y estandarizada que permite el rastreo de alteraciones cognitivas.
Objetivo	Permite la ubicación y diagnóstico del estado cognitivo de los sujetos en función de la valoración de las Funciones Mentales Superiores.
Características	Áreas que evalúa: orientación, atención, aprendizaje- fijación, cálculo, abstracción, información, construcción, revocación.
Indicaciones	Para su aplicación cada pregunta puede ser efectuada hasta 3 veces en el caso de no comprender.
Calificación	Si responde de manera incorrecta o incompleta la puntuación será de 0 y si la respuesta es correcta el puntaje a cada pregunta es de 1.
Puntaje	Normalidad: 38-34

	Límite: 33-29 Def. leve: 28-24 Moderado: 23-26 Grave: 15 o menos
Población	12 años en adelante
Administración:	Individual
Duración	15 a 20 minutos
Validez y confiabilidad	Confiabilidad: Alfa de Cronbach 0.807 Validez: 3MS, 77.0% MMSE 773% denotando un alto nivel de validez y consistencia interna
Materiales	Cuadernillo, lápiz y papel

Nota. Ministerio de Salud Pública [MSP] (2009).

La paciente obtuvo una calificación de 37 puntos, detonando normalidad y adecuado funcionamiento cognitivo acorde a la edad.

1.3 Proceso diagnóstico

Según el manual de clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud mental CIE-10, se pudieron obtener los siguientes diagnósticos:

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo, es la materia prima con la que se comenzará a construir el perfil psicopatológico del paciente, siendo de vital importancia para orientar de manera adecuada el tratamiento y llegar al diagnóstico definitivo, optimizando de esta manera los recursos para dar respuesta a la demanda del paciente (Guarneros et al., 2011).

Luego del proceso de evaluación del caso se propone los siguientes diagnósticos presuntivos:

- F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F43.2 Trastorno de adaptación (duelo patológico)
- Z63.4 (V62.82) Duelo normal/ Duelo no complicado

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se caracteriza por ser una herramienta, la cual permite contraponer la hipótesis emitida sobre los criterios diagnósticos; excluyendo las teorías que no resulten compatibles y descartar un trastorno por otro (Irastroza, 2012)

En el presente caso, debido a la historia del problema y la sintomatología de la paciente, se ha considerado oportuno realizar un diagnóstico diferencial entre un trastorno mixto ansioso- depresivo, episodio depresivo moderado, trastorno de adaptación (duelo patológico) y un duelo normal o no complicado, por la presencia de algunas características identificadas en el proceso de evaluación de B.L.

F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo. La paciente recibe este diagnóstico por un médico psiquiatra; sin embargo, tras el análisis y recolección de información mediante el proceso de evaluación, se descarta el mismo, debido a que la paciente se encuentra atravesando un acontecimiento vital estresante como fue la pérdida de su esposa, pudiendo presentarse sentimientos de tristeza, ansiedad, soledad como parte del proceso; por cual, se debe considerar otra categoría diagnóstica. Así mismo, se trataba de un diagnóstico inicial que dio el profesional tras la primera atención psiquiátrica.

F32.1 Episodio depresivo moderado. Si bien la paciente presenta algunas características, tales como: humor depresivo, pérdida de la capacidad para disfrutar de las cosas y una disminución de la actividad; no cumple con el resto de criterios necesarios para recibir dicho diagnóstico, puesto que sólo están presentes las ideas de culpa y alteraciones del sueño, siendo necesario presentar al menos tres y preferiblemente cuatro síntomas. Así mismo, para dar dicho diagnóstico, el estado de ánimo no debe responder a cambios ambientales; por lo cual, se descarta el mismo, debido a que la paciente se encuentra atravesando un proceso de duelo y está en una etapa inicial del mismo.

F43.2 Trastorno de adaptación (duelo patológico). Inicialmente se consideró dicho diagnóstico en la paciente, debido a que genera estados de malestar subjetivo

acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y aparecen en el período de adaptación a un acontecimiento vital estresante, pudiendo presentarse manifestaciones clínicas como: humor depresivo, ansiedad, preocupación, incapacidad para planificar el futuro y tomar decisiones; sintomatología presente en la paciente. No obstante, se descarta dicho trastorno, debido al tiempo de aparición del mismo, ya que el manual diagnóstico CIE-10 plantea que el cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del acontecimiento estresante; y, en el caso, los síntomas en la paciente aparecieron de forma inmediata inclusive poco antes de la pérdida de su esposo, cuando él se encontraba enfermo y continuaron tras la pérdida, siendo sintomatología propia de un proceso de duelo.

Z63.4 (V62.82) Duelo normal/ Duelo no complicado. Se determina este diagnóstico debido a que la paciente refleja una reacción normal ante la pérdida de un ser querido y los síntomas son característicos de las distintas fases del duelo.

1.3.3. Diagnóstico final

El diagnóstico final, se trata de un proceso investigativo específico tomando en consideración los diagnósticos anteriores que ya hayan sido descartados.

Z63.4 (V62.82) Duelo normal/ Duelo no complicado. Se ha considerado pertinente brindar el diagnóstico final de duelo no complicado, debido a que toda pérdida genera distintas reacciones emocionales, conductuales y físicas y la paciente tras la enfermedad y pérdida de su esposo ha presentado sentimientos de tristeza, negación, culpa y conductas de aislamiento, pérdida de interés en las cosas, recuerdos frecuentes, sueños con la pérdida y más manifestaciones propias de un proceso de duelo. Además, la paciente, se encuentra en un segundo mes de duelo tras la pérdida y denota sintomatología común de las diferentes fases del duelo.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

2.1.1.1. Objetivo General. Desarrollar un plan de intervención psicoterapéutica para abordar el proceso de duelo que se encuentra atravesando la paciente y reestablecer el equilibrio emocional y el nivel de funcionamiento.

2.1.1.2. **Objetivos específicos.**

- Identificar la fase del duelo en la que se encuentra la paciente.
- Abordar sentimientos, pensamientos y recuerdos asociados con la pérdida.
- Establecer actividades de activación conductual.
- Gestionar los recursos propios de la paciente enfocándolos hacia situaciones positivas de superación.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

El presente plan de intervención se llevó a cabo en ocho sesiones, realizado en modalidad presencial, tuvo un enfoque cognitivo conductual y un tiempo de duración de dos meses y medio (incluido el plan de seguimiento).

Tabla 4

Plan terapéutico

Sesión	Objetivo	Técnica	Observación
1	Brindar información sobre duelo y utilizar técnicas de imaginación para generar un acercamiento a los sucesos reprimidos.	- Contención emocional (respiración cuadrada y ejercicio de imaginación) - Psicoeducación sobre las etapas de duelo.	
2	Evaluar el nivel de conciencia e identificar	- Diálogo socrático	La paciente deberá escuchar música relajante en su jardín y

	pensamientos presentes.		realizar la técnica de respiración cuadrada aprendida la sesión anterior.
3	Trabajar en pensamientos disfuncionales, fortaleciendo la adaptación al cambio ocasionada por la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de reestructuración cognitiva - Mindfulness “escaneo corporal” 	Se envía de tarea la tabla de reestructuración cognitiva utilizada en la sesión, la cual deberá llenarla durante 5 días.
4	Prestar atención a las emociones junto a su significado y experimentar catarsis emocional mediante la lectura.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la tarea. - Técnica: ¿Qué dicen tus lágrimas? - Biblioterapia 	Se envía nuevamente de tarea la tabla de reestructuración cognitiva. Además, se envía a leer a la paciente.
5	Manejar asuntos y sentimientos inconclusos, hacia el ser querido fallecido.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea. - Técnica de despedida mediante imaginación. - Técnica de autocontrol emocional (parada de pensamiento). 	Se envía de tarea, realizar una carta dedicada a su esposo, donde exprese a manera de despedida lo que no pudo decirle en vida. Además, se plantea el desarrollo de actividades como: salir a caminar, cuidar el jardín, leer.
6	Reconocer los sentimientos actuales y lograr tomar decisiones sin culpa, logrando la aceptación de la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar con la carta enviada a casa. - Afrontamiento de problemas - Auto instrucciones positivas 	Leer la carta escrita anteriormente, frente a la ampliación que la paciente tiene en su domicilio, luego quemarla a manera de despedida. Continuar con el desarrollo de actividades propuestas: caminar, cuidar el jardín, leer, acudir al grupo de oración.

7	Fortalecer vínculos en su entorno y familiar y continuar viviendo con la ausencia del fallecido.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en habilidades sociales - Prevención de recaídas. 	Continuar con el desarrollo de actividades propuestas.
8	Comparar su proceso en base a las previas evaluaciones aplicadas y motivar a su progreso y recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> - Post - evaluación de reactivos 	Continuar con el desarrollo de actividades propuestas.

Nota. La tabla detalla la información de las diferentes técnicas y actividades desarrolladas.

El proceso de intervención se desarrolló en 8 sesiones, con una frecuencia de una vez por semana y duración de 60 minutos cada sesión; las cuales, se detallan a continuación:

Sesión 1

Técnica de respiración. Las técnicas de respiración son utilizadas en terapia psicológica, como una herramienta para el afrontamiento de problemas, mediante la relajación, proporcionando autocontrol ante situaciones estresantes, mediante la práctica continua, así como la disminución de síntomas de estrés y ansiedad con eficacia tanto a nivel cognitivo y conductual (Díaz et al., 2017).

Se procedió a aplicar la técnica de respiración cuadrada, explicando con anterioridad a la paciente, sus beneficios y funcionalidad. Además, se sugirió ser aplicada diariamente de 5 a 10 minutos aproximadamente (Vargas, et. al, 2021).

Son 4 pasos los cuales se deberá seguir:

- Paso 1: Se ubicará a la paciente en un lugar tranquilo, donde se sentará de manera correcta, sin cruzar brazos y piernas.
- Paso 2: Se pedirá a la paciente que cierre los ojos para poder comenzar. Se dará inicio, mediante la inhalación de aire durante cuatro segundos, se deberá mantener el aire durante cuatro segundo y expulsará el mismo, en el lapso de cuatro segundos.
- Paso 3: Se repetirá la actividad, hasta obtener el estado de relajación deseado.

- Paso 4: Para finalizar, la paciente colocará sus manos sobre su pecho respirando de manera normal y continuar con la técnica de imaginación.

Es necesario mencionar que, al inicio de la aplicación, primero se realizó el ejercicio como muestra, luego de manera pausada junto a la paciente, hasta que logró hacerla sola.

Técnica de imaginación. Se trata de la creación del consciente y de las representaciones mentales que se vayan formando de manera voluntaria, con la guía del terapeuta, en los cuales se ubicarán escenarios donde se logre visualizar: objetos, escenarios, personajes, entre otros; con la finalidad de disminuir los síntomas de estrés, ansiedad o tensión muscular que pueden estar presentes (Larios-Jiménez et al., 2018).

Luego de la técnica de respiración, previamente expuesta se dará lugar a la siguiente técnica de imaginación: primero, se le pedirá a la paciente que cierre los ojos y nombre la emoción negativa que siente con mayor frecuencia, la materializará (se imaginará una forma como por ejemplo cuadrado, círculo, etc.) dando un color, textura e incluso sonido. Luego, se imaginará frente a dicha figura y cada vez que se acerque, su emoción se hará más pequeña hasta poder tomarla en la palma de su mano. La guardará en su bolsillo (explicar que nosotros tenemos el control de las emociones), sacando del otro bolsillo algo positivo, lo cual lo haremos grande y sentiremos ese confort. Antes de abrir los ojos; se pedirá que respire con la técnica de respiración de 4 tiempos (Canal Psycast Es, 2019, 15m00s).

Se reforzó la sesión con una breve psicoeducación, la cual consistía en que la paciente tenga conocimiento sobre las etapas de duelo por las cuales debía pasar:

Psicoeducación. La psicoeducación se trata de la información específica basada en evidencia científica actual; la cual, se brinda tanto al paciente como a sus familiares con fines terapéuticos, tratando temas como su enfermedad, tratamiento o contenidos que se consideren necesarios ser llevados a cabo (Godoy et al., 2020).

En esta técnica descrita por la psiquiatra Suiza Elizabeth Kübler-Ross (1969) se brindó a la paciente información sobre las cinco etapas del duelo (Godoy et al., 2020):

- Etapa 1- Negación: se produce de manera inmediata, generalmente ocasiona un estado de shock e incluso embotamiento a nivel emocional y cognitivo; rechazando la pérdida.
- Etapa 2- Ira: se experimentan sentimientos de frustración, haciendo referencia a la poca capacidad de modificar lo sucedido, presentando sentimiento de enojo, manifestando un dolor interno.
- Etapa 3- Negociación: la persona afectada tiene la esperanza de poder encontrar una solución a la situación de pérdida, se pueden llegar a visualizar promesas y convenios de fe ante fuerzas celestiales.
- Etapa 4- Depresión: aparecen sentimientos de desesperanza y falta de motivación, acompañados de tristeza; en esta etapa, la persona comienza a asumir la pérdida de manera definitiva, haciendo frente a la realidad.
- Etapa 5- Aceptación: finalmente, llega un estado de regulación emocional, donde la persona logra comprender la muerte, en esta etapa se espera obtener calma, aceptación y tranquilidad.

Sesión 2:

Diálogo socrático. Es una conversación y un acompañamiento entre el paciente y terapeuta que busca propiciar apoyo de manera funcional para el posible encuentro del paciente consigo mismo, mediante la exploración realizada por preguntas enfocadas en su realidad (Villegas, 2020). Se ha decidido trabajar con diálogo socrático con la finalidad de estimular la verbalización, reconstruyendo el pasado reciente y relación que solía tener con el ser querido y a partir de ello ir identificando pensamientos irracionales o disfuncionales. Se realizaron preguntas como:

- ¿Cuáles son las emociones que experimenta con mayor intensidad?
“Tristeza, en muchas ocasiones no puedo parar de llorar, los recuerdos y todos los objetos de la casa me recuerdan a él; es un dolor inmenso y yo creo que nunca lo voy a superar, me quedé sin mi compañero”.
- ¿Cuáles son los recuerdos que tienen presentes con mayor agrado?

“Todo lo que hizo por nosotros, por sus hijos, siempre fue muy trabajador, yo sé que gracias él nunca nos faltó nada y recuerdo con nostalgia la alegría que él sentía al vernos bien, me hubiera gustado verlo y poder pedirle perdón por varias cosas, pero no hubo oportunidad”.

- ¿Qué es lo que genera, ese sentimiento de culpa?

“Las cosas que siento que hice mal y por orgullo nunca tuve la oportunidad de disculparme, mi mal humor o que a veces le exigía más de lo que podía darnos en tiempo y económicamente, siempre le reclamaba por no asistir a misa, no le gustaba confesarse ni recibir la comunión”.

- ¿Considera que su fe le ha sido de ayuda?

“Claro que sí, Dios ha sido mi soporte y ahora más que nunca debo estar en oración para que perdone los pecados de mi esposo y pueda llegar al cielo. También pido por mí, para que me ayude a superar esto y que no me deje sola porque siento que no voy a poder”.

- ¿Qué es lo que usted podría hacer para sentirse mejor?

Ir a misa, seguir hablando con el padre que siempre me escucha y me ayuda, también distraerme en mis plantas, debo ser fuerte porque es algo que duele mucho; también espero que el medicamento y la terapia me ayuden a sobrellevar esta situación de mejor manera.

Nota: Cabe mencionar que, en cada una de las preguntas expuestas, se realizó la respectiva escucha activa y retroalimentación.

Sesión 3

Técnica de reestructuración cognitiva. Es una técnica psicológica, la cual se basa en la estimulación al paciente con la finalidad de ordenar los esquemas de pensamiento distorsionados y poder mantener una amplia visualización de cada situación, modificando patrones de pensamiento disfuncionales; además, puede modificar el modo de afrontamiento del dolor, dificultades, experiencias estresantes,

cumpliendo su funcionalidad principal la cual se basa en identificación de emociones y la autoexploración de nuevas soluciones (Autora et al., 2018).

Se utilizó la siguiente tabla de registro de pensamientos, donde se le explicó a la paciente su funcionalidad y la importancia de reconocer pensamientos y emociones intrusivas, brindándole las herramientas necesarias para poder obtener un pensamiento alternativo el cual le permita gestionar y visualizar su estado de ánimo de una manera oportuna para cada situación.

Se logró identificar los pensamientos y conductas que pueden estar interfiriendo para el normal desarrollo del proceso de duelo; tal como, se evidencia un ejemplo en la siguiente tabla.

Tabla 5

Tabla de registro de pensamientos

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento alternativo
Tener ganas de llorar en las noches.	Me acuerdo cuando dabas la bendición por las noches, ahora él ya no está aquí y me hace mucha falta.	Tristeza, llanto.	Ir a la foto de mi esposo a la sala y llorar de manera desconsolada.	Tranquilizarme mediante mi libro de oración y hacer ejercicios de relajación.

Nota. Ejemplo tomado de la sesión con la paciente

Mindfulness. La traducción más cercana en castellano para la palabra mindfulness, es el término de “atención plena” basado en el criterio de descentramiento, tanto de pensamientos como sentimientos internos, enfocado desde la experiencia en el momento preciso en el que aparece, brindando una técnica terapéutica vivencial de los sucesos mentales en el momento presente; generando autorregulación de la atención, acompañado de la orientación al paciente a la apertura, curiosidad y sobre todo aceptación (Sánchez et al., 2017).

Para la aplicación de esta técnica se utilizó la actividad denominada “escaneo corporal”; primeramente, se brindó una pequeña explicación sobre los beneficios del mindfulness, junto a indicaciones previas sobre los pensamientos o sensaciones físicas y emocionales que puede llegar a experimentar al lograr aceptar las sensaciones tanto agradables como las que no lo son. Además, se mencionó que, en caso de presentar un malestar profundo, puede mencionarlo durante la sesión.

Para dar inicio se solicitó a la paciente que se recueste en la posición decúbito supino, donde ella se sienta cómoda; a continuación, cerrará sus ojos con la finalidad de aislar estímulos visuales que puedan interferir en el proceso y se comenzará a realizar respiraciones de manera lenta y profunda.

Se comienza el escaneo corporal mediante los pies, moviendo la atención hacia ellos, iniciando desde los dedos, recorriendo los tobillos, las rodillas, hasta llegar a los muslos; después, se direcciona la atención hacia la cadera, pelvis, abdomen, pecho, espalda; continuando con los hombros y brazos hasta llegar a las manos; finalmente, se sube por el cuello, garganta hasta llegar al rostro y cabeza donde habrá tenido fin el escaneo.

Es importante mencionar tanto las partes externas previamente mencionadas como las internas como, por ejemplo: respiración, ritmo cardíaco, sensaciones internas, etc. Antes de que la paciente abra nuevamente los ojos, culminará el ejercicio con respiración pausada y profunda como en un inicio y moviendo lentamente sus extremidades (Puebla., 2020).

Sesión 4

Técnica: ¿Qué dicen tus lágrimas? Se ha considerado pertinente el desarrollo de esta técnica a causa del llanto fácil que la paciente presenta en su cotidianidad, siendo diseñada para revivir los sentimientos, pensamientos y emociones que permitan la expresión abierta de los sentimientos de manera consciente e inconsciente, aceptando las situaciones complicadas, brindando un nuevo enfoque (Borja, 2020).

La paciente se paró frente al espejo para una mejor experiencia vivencial, iniciando con la siguiente consigna: ¿De qué me están informando mis lágrimas?, que llevan a la paciente a recordar momentos, situaciones e incluso canciones que le provoquen llanto fácil y mediante cada una de esas posturas indagar su procedencia desde el desahogo emocional hasta la sanación interna, trabajando desde la raíz del recuerdo, brindando una retroalimentación respectiva luego de cada uno de los escenarios (Borja, 2020).

Biblio-terapia. Es una técnica psicoterapéutica, la cual trabaja directamente en el desarrollo emocional de la persona, adquiriendo destrezas en observación y transformación basadas en el sentir personal y de pertenencia de los sentimientos y pensamientos. Además, las personas se logra catarsis mediante la identificación que la paciente experimente mediante los personajes de la historia (Castro et al., 2019).

Se utilizó como recurso principal, la versión resumida del cuento “Te echo de menos” del autor Verret (2001) donde se centra en los sentimientos que pueden estar relacionados con el duelo. Para dar inicio, se solicitó a la paciente que se siente de una manera cómoda, indicándole que puede mantener sus ojos ya sea abiertos o cerrados, además se utilizó como recurso principal la modulación de la voz Bleda (s.f). La lectura fue de gran ayuda para la paciente, pues se identificó, mencionando la aceptación de la situación que tuvo al escuchar el cuento “comprendí que a mi esposo lo volveré a ver, pero puedo tenerlo presente ya que fue parte importante de mi vida”. Además, se pudo notar la satisfacción y atención que prestó mientras se narraba la historia, varias de las veces lograron sonreír y empatizar con los personajes, terminando la sesión de una manera satisfactoria y se evidenció una mejora en el estado de ánimo tras culminar con la actividad.

Sesión 5

Técnica de despedida mediante imaginación. Según Vygotski (1931) la técnica de imaginación consiste en situar a la creatividad de manera superior en relación a las funciones psicológicas de la persona, dando la función de interpretar y construir

escenarios novedosos, como lograr reemplazar situaciones de interés personal (Alessandrini, 2017).

Primeramente, se habló sobre la muerte y la relación que tuvo tras la pérdida de su esposo. B.L decidió compartir dando apertura a la expresión de su dolor, verbalizando los pensamientos que generalmente no logra expresar, además se preguntó sobre los aspectos conflictivos los cuales mencionaba que sentía culpa y remordimiento.

A continuación, se solicitó a la paciente que se recueste en la camilla y se inició la actividad, con la técnica de relajación y respiración aprendida con anterioridad; una vez, que la paciente se encontraba en un estado de relajación, se realizó la técnica de imaginación guía:

Imagine que va cambiando de la mano junto a su esposo en un lugar que le provoque tranquilidad, puede ser: un parque, la playa, la calle de la ciudad, etc. Se visualizan felices y me gustaría pedirle que recuerde la manera en la que se sentía en esos momentos, van a conversar sobre cómo se conocieron y se reían juntos, recordaran también su noviazgo, la manera en la que pidió su mano, cada uno del nacimiento de sus hijos, los momentos que pasaron en su matrimonio y luego se sentarán en una banca, donde viéndose a los ojos usted le dirá lo guste (se da un minuto a la paciente) ahora, le dará un abrazo y se despedirá de él, le pido que mueva su mano, en señal de despedida, visualice a su esposo levantándose de la banca y retirándose. Ahora vamos a respirar nuevamente y podrá abrir sus ojos.

La paciente menciona que sintió un gran alivio al despedirse de él, que se siente relajada y que tiene la sensación de “quitar un peso de encima”, menciona que recordó muchos momentos agradables; sin embargo, menciona que aún tiene un sentimiento de culpa que aún no logra superar.

Técnica de autocontrol emocional. Es considerada una herramienta necesaria para enfrentarse a situaciones que generen altos niveles de estrés, logrando la regulación del propio estado anímico y así evitar actuaciones impulsivas e irracionales (García-Naveira, 2017).

En esta ocasión, se consideró pertinente realizar una técnica de parada del pensamiento, que le permita a la paciente cambiar su foco de atención ante situaciones de dificultad (ideas de culpa); iniciando por la elección de una palabra clave que le genere bienestar, la paciente eligió la palabra “Dios”, donde se mencionó que puede usarla en momentos que sienta melancolía o pensamientos negativos que lleguen a su cabeza, los cuales sean difíciles de controlar, donde puede hacer uso de esta palabra las veces que sean necesarias, recordando el significado de “Dios” en su vida, hasta que pueda regular su estado emocional (Hinestroza, 2018).

Para dar por terminada la sesión; se solicitó a la paciente que, en base a lo platicado, realice una carta de despedida, dirigida hacia su esposo agradeciendo el tiempo y los momentos juntos, disculpándose por las situaciones que le causaban remordimiento, mencionando las situaciones que hubiera querido cambiar, los momentos buenos, malos y lo que le hubiera gustado decirle antes de morir. Finalmente, la B.L. señaló que el registro de pensamientos realizado en casa es de gran ayuda, puesto que le permite reconocer y gestionar sus pensamientos y emociones en momentos de decaimiento y dificultad.

Sesión 6

Inicialmente se trabajó con la carta enviada a casa, se realizó un análisis de aspectos plasmados.

Afrontamiento de problemas en el duelo. Se trabajó mediante una actividad enfocada en la exposición de la rumiación como modelo de evitación, la cual consiste en nombrar los problemas con el fin de no evitarlos. Por ejemplo: “Si hubiera sido más cariñosa con mi esposo cuando estuvo vivo, no hubiera pasado siempre de mal humor”, manifestando los pensamientos que presenta B.L ante la pérdida y poder disminuir el impacto negativo que produce la rumiación, con la finalidad de generar un proceso adaptativo, asimilando la situación de pérdida y generar un proceso de regulación cognitivo y emocional (Stroebe et al., 2017).

Se pudo evidenciar que, al transcurrir el desarrollo de la actividad, la paciente verbalizaba las frases con mayor facilidad, demostrando que cada vez le resultaba más fácil expresar los pensamientos rumiantes que tenía en su mente. A finalizar, B.L comenta que no solo le ayudó a afrontar los temores causados por dichos pensamientos, sino también le permitió perdonarse a sí misma, debido que había pensamientos los cuales le impedían dar ese paso. Así mismo, menciona que ha ido retomando algunas actividades, como salir a caminar todas las mañanas con su hija y acudir al grupo de oración y participar en el mismo.

Auto instrucciones positivas. Es una técnica enfocada en el cambio conductual, de la plática interna la cual es acompañada en las conductas, implementando actitudes positivas que se logren instaurar en la mente humana y puedan remplazar las negativas (Rivera & Merlo, 2018).

A continuación, se brindó a la paciente una serie de auto - instrucciones las cuales puede utilizar en situaciones donde presente malestar emocional y mantener el control:

- Yo puedo controlar esta situación
- Soy capaz de controlar mis emociones
- ¿Cuál sería el lado positivo de esta situación?
- No permitiré que esto te moleste
- Voy a respirar, hasta tranquilizarme

La tarea que se envió en esta sesión consistía en leer la carta escrita anteriormente, frente a la ampliación fotográfica de su esposo y luego quemarla a manera de despedida.

Sesión 7

La paciente asiste después de 15 días, debido que se comienza la fase de preparación para el cierre y seguimiento, utilizando técnicas que le permitan llevar de una manera saludable su proceso de duelo, mediante la implementación de las siguientes técnicas:

Entrenamiento en habilidades sociales. Se trata de un conjunto de comportamientos, los cuales brindan un contexto interpersonal el cual incluye los pensamientos y actitudes de manera que vaya en acorde a la situación, tomando en consideración los valores y sobre todo el respeto a los demás. En base al comportamiento, se menciona que no existe una manera general en la que cada persona deba comportarse, pero se consideran reacciones o consecuencias de dicho actuar, tomando en consideración el contexto en el que el individuo resuelve sus problemas (Holst et al., 2017).

En esta ocasión, se trabajó con el dibujo de una pirámide, la cuál se dividió a la mitad; en el lado izquierdo se colocó el nombre de la paciente y en el otro el compromiso que considera que tiene con las demás personas, el trato hacia cada una de sus relaciones, he incluso colocar el nombre de las personas con las que se ha alejado y le gustaría volver a tener un contacto. Con esta actividad, la paciente logró reflexionar sobre la importancia de mantener un vínculo afectivo y social en su vida y reconocer que cuenta con varias personas en quienes puede apoyarse.

Durante la sesión B. L. mantuvo una actitud tranquila y relajada, se evidenció una mejora significativa en su estado de ánimo mediante sus expresiones fáciles y corporales y la locuacidad que tenía en sus palabras; así como, en el desarrollo de actividades, las cuales ha ido retomando de a poco; tal como lo mencionó en la sesión anterior, ha iniciado a caminar en el parque por las mañanas en compañía de su hija, cuida del huerto y de los animales, realiza las tareas de la casa y asiste al grupo de oración.

Sesión 8

Evaluación final y cierre, transcurren 15 días desde el último encuentro y en esta sesión se trabajó en la prevención de recaídas y en la evaluación post- tratamiento.

Prevención de recaídas. Se trata de indicadores los cuales brindan un mayor soporte al paciente al momento de finalizar el tratamiento terapéutico. Permitiéndole identificar los principales factores de riesgo con los que la paciente se puede encontrar,

destacando sus rasgos de personalidad, con la finalidad de interferir con prontitud en dicho proceso de recuperación (García-Naveira, 2017).

Se explicó a la paciente las medidas que se deben tomar en consideración al culminar con la atención terapéutica, nombrando a las personas que constityen su red de apoyo, las estrategias y técnicas aprendidas en consulta y como aplicarlas en las diferentes situaciones que se le presentes; así mismo, se le indicó a la paciente que en casos de emergencia siempre se podrá contactar con el departamento de psicología para poder brindarle atención oportuna.

Evaluación post- tratamiento. Finalmente, se realizó la aplicación de los reactivos aplicados en un inicio: Inventario de Depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Hamilton, con la finalidad de comparar los cambios y logros obtenidos tras la intervención psicoterapéutica, evidenciándose una gran mejoría en B.L. a nivel cognitivo, emocional e interpersonal; por lo cual, se consideró pertinente darle el alta.

Luego de tres meses, el departamento de psicología realizará una llamada de seguimiento con la finalidad de comprobar si se mantienen los cambios y si la paciente ha logrado integrar por completo la pérdida a su cotidianidad o requiere de atención.

Capítulo tres

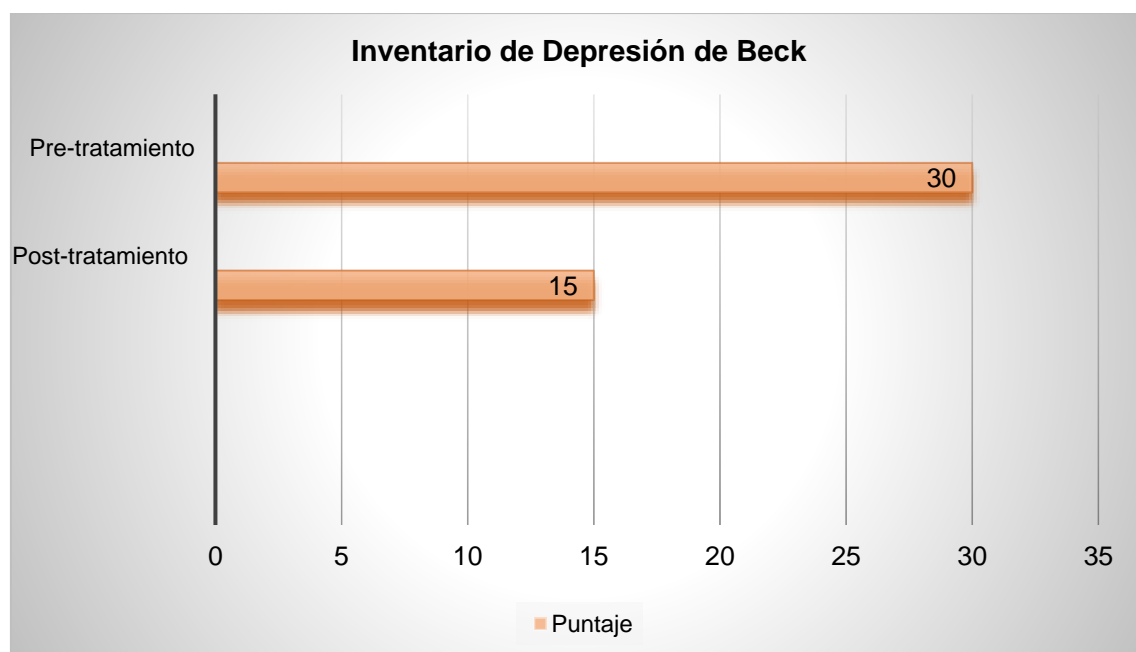
Resultados

La paciente acudió a consulta a causa del reciente duelo tras la pérdida de su conyugue, presentando un estado de ánimo depresivo, insomnio, disfunción tanto a nivel personal como familiar y social, sentimientos de culpabilidad, miedo, soledad, pensamientos negativos y malestar general; al comparar la sintomatología inicial en el proceso de evaluación pre- tratamiento con los resultados obtenidos de la evaluación post- tratamiento, se puede evidenciar un cambio significativo, el cual se ha ido generando a lo largo del proceso terapéutico.

A continuación, se detalla los resultados obtenidos en la aplicación de reactivos psicológicos pre y post- tratamiento.

Figura 1

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

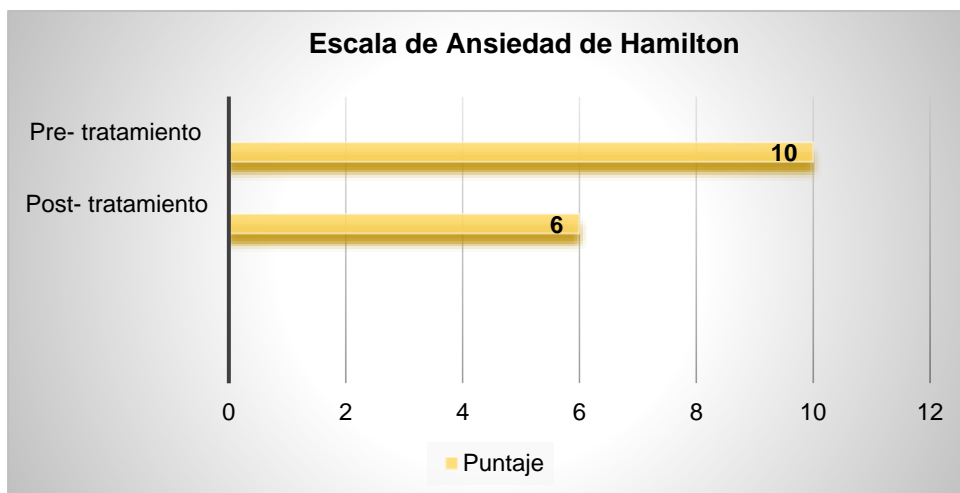


Nota. La figura presenta los resultados obtenidos de pre y post- tratamiento.

En la figura 1, referente a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, se puede observar una reducción significativa de la sintomatología depresiva en la paciente, quien en la fase de evaluación obtuvo una puntuación de 30 puntos (depresión grave) y tras el proceso de intervención un puntaje de 15 (depresión leve).

Figura 2

Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

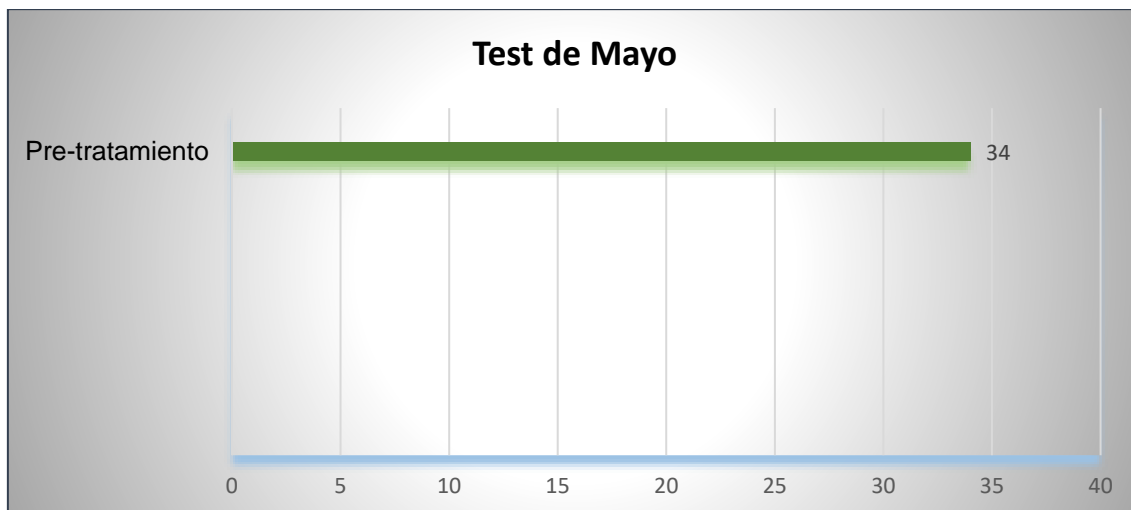


Nota. La figura presenta los resultados obtenidos de pre y post- tratamiento.

En la figura 2, en relación a los resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton, se evidencia una reducción de los síntomas, ya que el puntaje reflejado previo al tratamiento fue de 10 puntos (ansiedad leve) y luego de la intervención 6 puntos (no existe ansiedad).

Figura 3

Resultados del Test de Mayo



Nota. La figura presenta los resultados obtenidos en el test de Mayo.

En la figura 3, se observa que la paciente obtuvo un puntaje de 34 puntos en el Test de Mayo, lo cual indica que sus funciones mentales se encuentran dentro de los parámetros normales en relación a su edad.

Discusión

El presente estudio, trata sobre el caso de una paciente de 64 años de edad, de sexo femenino, quien asiste a consulta con un diagnóstico previo de trastorno mixto ansioso-depresivo a causa del reciente fallecimiento de su conyugue por la COVID-19; no obstante, luego de evaluación psicológica, se descarta el diagnóstico inicial y se establece un proceso de duelo normal/ duelo no complicado, para lo cual se desarrolló un plan de intervención psicoterapéutica, mediante la utilización de técnicas de terapia cognitivo-conductual; cuya finalidad, fue brindar acompañamiento en el proceso de duelo y reestablecer el equilibrio emocional y nivel de funcionamiento de la paciente.

El duelo es una reacción emocional y de comportamiento, que demuestra una sintomatología que se mueve en reacciones tanto depresivas como ansiosas tras la pérdida de un ser querido (Gamba-Collazos & Navia, 2017), visualizando la existencia de correlaciones en el presente trabajo realizado, debido a la presencia de síntomas depresivos mencionados con anterioridad. Además, se descubrió que existen reacciones y momentos de dificultad específicos, relacionados en la pérdida, como pueden ser: la nostalgia que producen los recuerdos de la persona fallecida, ideas intrusivas sobre la muerte, emociones de tristeza, negación o enojo; planteando la importancia de identificar las emociones y sentimientos que se relacionan con la pérdida, para que el proceso de duelo pueda seguir un curso normal, dando paso a la aceptación y asumiendo la muerte como una realidad; tal como, lo proponen Bowlby (1980); Kübler-Ross (1997)., Worden (1997) en sus teorías y etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Siguiendo la misma línea, en la investigación realizada por Quito & Maza (2019), se descubrió que la estrategia de afrontamiento más utilizada ante situaciones de duelo, es la retirada social y la menos utilizada, la resolución de conflictos; así mismo, observaron que una de las actitudes que se repiten con mayor frecuencia al momento de iniciar un proceso de duelo es el aislamiento de amigos, familiares y personas que el

paciente considere significativas; además, no se evidencia la aplicación de resolución de problemas como una estrategia de afrontamiento, sino el aislamiento social como acción y estrategia inicial.

Hallazgos que son similares con el caso de estudio, puesto que la paciente inicialmente se aisló de su círculo cercano de personas, evitando el contacto social y el desarrollo de actividades; sin embargo, tras el proceso de intervención psicoterapéutica, la paciente fue adquiriendo habilidades y estrategias de afrontamiento, lo cual ayudó a enfrentar el duelo de una mejor manera, tomando un cambio de actitud y visualizando la situación de un punto de vista diferente, disminuyendo de manera significativa los sentimientos de dolor y sufrimiento.

Por lo tanto, los tratamientos psicológicos en pacientes con un duelo reciente, presentan una alta efectividad siempre y cuando se basen en un proceso de evaluación, diagnóstico e intervención controladas, con méritos de investigación y experimentación que hayan sido previamente aprobadas y que cuenten con respaldo científico (Gil-Juliá et al., 2008).

En dicho sentido, la investigación realizada por Cruz-Gaitán (2017), señala la alta efectividad de la terapia cognitivo conductual en este tipo de pacientes, contemplando la psicoeducación y la implementación de técnicas de adaptación, regulación de emociones, planificación de eventos agradables, entre otros.

Así mismo, se ha descubierto que la terapia cognitivo conductual ha logrado grandes avances en la adaptación de necesidades requeridas de cada paciente; lo cual, ha permitido no solo llevar a cabo de mejor manera su proceso de duelo, sino también mejorar el estado de salud integral de la persona (Sanabria, 2022).

Tal como se evidencia en el presente trabajo, la eficacia que presentó la terapia cognitivo conductual, mediante las técnicas de psicoeducación, regulación emocional, parada del pensamiento, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, afrontamiento, planificación de eventos agradables entre otros, siendo de gran apoyo

en el manejo del proceso de duelo y obteniéndose importantes mejoras en el estado de ánimo y en el nivel de activación conductual de la paciente.

Por otra parte, es importante acotar que la razón por la que no se corroboró el diagnóstico del psiquiatra, fue debido al corto tiempo que lleva la paciente en el proceso de duelo, pudiendo explicarse la sintomatología debido al mismo evento; además, según la escala de Ansiedad de Hamilton, la paciente no reflejaba síntomas ansiosos intensos, que validen el diagnóstico previo con el cual llegó a consulta.

Finalmente, es importante indicar que durante el proceso existieron algunas limitantes, entre las cuales se destaca: la disponibilidad de tiempo de la hija al final del tratamiento, ya que por motivos de trabajo no podía acompañar a su madre a consulta; por lo cual, la paciente no acudió por dos semanas a las sesiones programadas. Además, la paciente presentó una gran resistencia en culminar su proceso de intervención terapéutica, puesto que la petición inicial respecto al traslado de su hijo a la ciudad de Loja fue negada; sin embargo, sus hijos estuvieron presentes durante todo el proceso, constituyendo un factor protector y siendo la red de apoyo que requería su madre.

Conclusiones

En el proceso de evaluación aplicado a B.L se obtuvieron resultados altamente favorables, los cuales se pudieron evidenciar a través de la información recolectada en la entrevista clínica y en los puntajes obtenidos, tanto en el Inventario de Depresión de Beck BDI-II y en la Escala de Ansiedad de Hamilton, herramientas que fueron de gran utilidad para poder llegar al diagnóstico final: V62.82 (Z63.4) duelo normal/ duelo no complicado y descartar el diagnóstico psiquiátrico inicial; debido, al tiempo relativamente corto tras el fallecimiento del cónyuge y a las reacciones o síntomas característicos de un proceso normal luego de vivenciar un pérdida.

Se determina la efectividad del proceso de intervención psicológica a partir del enfoque cognitivo conductual, a causa del mejoramiento de la sintomatología de la paciente, visualizando un avance significativo, el cual ha incidido de manera positiva en el proceso de duelo, viviéndolo de una manera llevadera y alcanzado con los objetivos propuestos en un inicio. Dando mérito al abordaje cognitivo conductual y a la constancia y predisposición al cambio de la paciente, obteniendo, una nueva percepción sobre el concepto de la muerte, conocimiento sobre técnicas de afrontamiento, así como de control emocional, cognitivo y activación conductual, las cual le ayudarán a culminar este proceso de una manera asertiva.

Recomendaciones

Es pertinente llevar a cabo un proceso de seguimiento, debido que la paciente aún no culmina su proceso de duelo, indagando y evaluando la sintomatología presente en cada una de las etapas y eventos que pudieran ocasionar una posible recaída. Así mismo, es fundamental que, como profesionales se pueda evaluar y analizar exhaustivamente un caso antes de brindar un diagnóstico clínico, debido al impacto que puede generar en la vida de la persona y en la orientación hacia el tratamiento.

Se recomienda la aplicación de técnicas cognitivo- conductuales como por ejemplo: psicoeducación, regulación emocional, parada del pensamiento, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y estrategias de afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales, planificación de eventos agradables, entre otras; especialmente a personas en edad adulta, quienes se encuentren atravesando un proceso de duelo, debido que las técnicas previamente mencionadas han demostraron su efectividad, generando cambios significativos en la paciente y permitiéndole adquirir herramientas, habilidades y destrezas que le ayuden a mantener un mejor estilo de vida y sobrellevar la situación actual de duelo.

Referencias

- Alessandroni, N. (2017). Imaginación, creatividad y fantasía en Lev S. Vygotski: una aproximación a su enfoque sociocultural. *Actualidades En Psicología*, 31(122), 45.
<https://doi.org/10.15517/ap.v31i122.26843>
- Autora, P., Estefan, M., Tutora, O & Viteri, E. S. (2018). *Influencia de la reestructuración cognitiva en la reelaboración del proyecto de vida en madres adolescentes y adolescentes embarazadas* [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15972>
- Bleda, M. (2019). Guía para familiares en duelo. *Sociedad Española de cuidado paliativos*.
https://www.bdv.cat/sites/default/files/common/Salut/guia_per_a_familiars_en_dol.pdf
- Borja, C. (2020). “*Técnicas para el duelo psicológico*”
<https://quepiensaunpsicologo.com/practica-clinica/duelo-patologico/tecnicas-para-el-duelo-patologico/>
- Canal Psycast ES. (06 de noviembre de 2019). Caso 2. Caso Susana. Inestabilidad emocional [Archivo de Vídeo]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=Pzg9CNBW-9A>
- Castro, H. (2022). “La biblioterapia en el estado emocional de adultos mayores, experiencias en el centro gerontológico Guillermina Loor de Moreno de Portoviejo”. *Polo del Conocimiento*, (5), 397-412.
<http://dx.doi.org/10.23857/pc.v7i5.3969>
- Cruz-Gaitán, J. (2017). Terapia cognitivo conductual en el manejo de duelo complicado. En conducta suicida y cultura en México (Ed.), *Salud Mental, investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional* (pp. 1-20). Centro de estudios de la familia y del individuo.
https://www.researchgate.net/publication/329655368_Terapia_Cognitivo_Conductual_en_el_manejo_de_Duelo_Complicado

- Díaz M, Ruiz A. & Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductual. *Desclée de Brouwer*, 555–568.
- Gamba-Collazos, H. & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15–30. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- García-Naveira, A. (2017). Entrenamiento psicológico para la mejora del autocontrol en un entrenador de fútbol. *Acción Psicológica*, 14(1), 27–42. <https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19255>
- Gil-Juliá, B., Bellever, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Guarneros, P. (2011) “Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3), 157-162 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47320726006>
- Hinestroza, M. (2018) “Entorno laboral saludable en las instituciones educativas y riesgos psicosociales del personal docente” *Revista Killkana Sociales*. 2(4), 121-126
- Holst, I., Galicia, Y., Gómez, G., & Degante, A. (2017). Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios. *Vertientes*, 20(2), 22–29. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82569>
- Irastrorza, L. (2012) “*Personalidad depresiva : concepto y diferenciación: diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad depresiva y distimia*” [Tesis Doctoral Universidad complutense de madrid]. España. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://eprints.ucm.es/id/eprint/15066/1/T24648.pdf>

- Larios-Jiménez, F. (2018). Efficacy of relaxation techniques in the reduction of tension, anxiety and stress perceived by patients with cancer under chemotherapy treatment. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17(2), 93–99. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000138>
- Ministerio de Salud Pública (2009) “Anexo escalas de evaluación – relacion porcentual. TEST DE MAYO” <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-tecnica-de-ambato/psicologia/test-de-mayo-del-msp/9759242>
- Morer Bamba, B. (2017). El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. *Redes*, 36, 11–24. www.redesdigital.com.mx
- Puebla, M. (2020). “Efecto de mindfulness sobre variables psicológicas y biológicas en meditadores de larga duración” Tesis Doctoral [Universidad de Zaragoza]. España. <https://zaguan.unizar.es/record/101479/files/TESIS-2021-144.pdf>
- Quito Maza, C. (2019). Afrontamiento de un grupo de adultos ante el duelo por pérdida de los padres en el centro de apoyo al duelo. *Areté: Revista Digital Del Doctorado En Educación de La Universidad Central de Venezuela*, 5(9), 169–184. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7049138%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7049138.pdf>
- Rivera, C. (2018). *Estudiantes De Primaria De Una Institución. December*.
- Sanabria, A. (2022) “eficacia de la terapia cognitivo conductual en el abordaje del duelo persistente en adultos: una revisión sistemática.” Tesis de maestría Konrad Lorenz. [Fundación Universitaria. Colombia]. https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4948/911201028_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez Iglesias, A., Del Barrio, J. A., González-Santos, J., Vicente Castro, F., González, J., Padilla Góngora, D., Jiménez, A., Palmero, C., Casas, J. Á., De la Fuente Anuncibay, R., & González Barbadillo, Á. (2017). Mindfulness Y Rehabilitación Neurocognitiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(1), 21.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v1.895>

Sánchez, T. (2021). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de Covid-19. *Studia Zamorensia (Segunda Etapa)*, 19(0), 43–65.

<http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29365>

Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. *Estudios de Psicología*, 38(3), 582–607.

<https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>

Teresa, M., (2010). Observación, D. E. L. A., Por, S., Profesional, E. L., Psicología, D. E. L. A., El, P. O. R., La, P. D. E, 31(1) 122-130.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441012>.

Tonon, G (2008). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación.

Reflexiones Latinoamericanas Sobre Investigacion Cualitativa, 1(5), 202.

Vargas, B. Valenzuela, M., Castillo, M. (2021) “Guía de Apoyo Psicoafectivo dirigida a

Docentes en tiempos de Contingencias.” [proyecto de diplomado] UAPA. República Dominicana. [https://rai.uapa.edu.do/bitstream/handle/123456789/1439/GUIA-](https://rai.uapa.edu.do/bitstream/handle/123456789/1439/GUIA-Apoyo%20Psicoafectivo%20en%20tiempo%20de%20Contingencias%20dirigida%20a%20Docentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y-)

[Apoyo%20Psicoafectivo%20en%20tiempo%20de%20Contingencias%20dirigida%20a%20Docentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y-](https://rai.uapa.edu.do/bitstream/handle/123456789/1439/GUIA-Apoyo%20Psicoafectivo%20en%20tiempo%20de%20Contingencias%20dirigida%20a%20Docentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y-)

Villegas, Y. (2020) “*Aportes del diálogo socrático en el encuentro terapéutico para el despliegue de recursos noéticos*” tesis de maestría [Universidad del Norte].

Colombia. <http://hdl.handle.net/10584/9018>