



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
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA
PACIENTE

AUTORA:

MARIA DE LOS ANGELES VARAS PAREDES

TUTORA:

PSI. CL. FANNY RAQUEL LOPEZ TOBAR MSC.

BABAHOYO- MAYO- 2019

Certificado De Aprobación Documento Tutor



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



CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.

Babahoyo, 25 de abril de 2019

En mi calidad de Tutor del Documento Probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo, designado por el Consejo Directivo con oficio N. CP-077(9), con fecha: 1 de abril del 2019, mediante resolución N. CD-FAC.C.J.S.E-SO-003-RES-002-2019, certifico que el Srta. **Varas Paredes María De Los Ángeles**, ha desarrollado estudio de caso titulado:

**“INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA
PACIENTE”**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

PSI. CL. FANNY RAQUEL LOPEZ TOBAR MSc.

DOCENTE DE LA FCJSE.

Certificado Del Sistema Urkund



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



Babahoyo, 26 de abril de 2019

INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

En mi calidad de Tutor del Documento Probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo de la Srta. **Varas Paredes María De Los Ángeles**, cuyo tema es: **INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA PACIENTE**, certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de **4%**, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Documento Probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.

Documento	Lista de fuentes
Documento: María urkund.docx (D51034375)	Categoría: Enlace/nombre de archivo
Presentado: 2019-04-24 16:39:45:00	6965a47-644c-4443-b095-d65c7e4e6d7f
Presentado por: marivarasop_21@hotmail.com	http://psicologiaenmarcas.org
Recibido: flopez.uto@analisis.unkund.com	MARCELA GONZALEZ SALAS.pdf
Mensaje: estudiante Maria Varas Mostrar el mensaje completo	Fuentes alternativas
4% de estas 5 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes.	Fuentes no usadas

PSI. CL. FANNY RAQUEL LOPEZ TOBAR MSc.

DOCENTE DE LA FCJSE

Autorización De La Autoría Intelectual



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



AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, **MARIA DE LOS ANGELES VARAS PAREDES**, portadora de la cédula de ciudadanía **125034298-5**, en calidad de autor (a) del documento probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo, previo a la Obtención del título de **Psicóloga Clínica**, declaro que soy autor (a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

“INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA PACIENTE”

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica De Babahoyo, Hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

Maria Varas P.

VARAS PAREDES MARIA DE LOS ANGELES

C.I.:125034298-5

RESULTADO DE GRADUACION



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



RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO.

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO DE DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO: **INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA PACIENTE.**

PRESENTADO POR LA SEÑORITA: **VARAS PAREDES MARIA DE LOS ANGELES.**


OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

9,30

EQUIVALENTE A:

Nueve con treinta

TRIBUNAL


Msc. Ingrid Yolanda Zumba Vera.
DELEGADO DEL DECANO


Msc. Walter Adrián Cedeño Sandoya
DELEGADO DEL CIDE


Msc. Ena Haydee Dueñas Galarza.
DOCENTE ESPECIALISTA.


Ab. Isela Berruz Mosquera
SECRETARIA DE LA
FF.CC.JJ.SS.EE



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



RESUMEN

El duelo es un término que es utilizado para describir cualquier acontecimiento grave que supone privación o cese de algo que era importante para nuestras vidas, así pues, puede traducirse en una pérdida del trabajo o la muerte de un ser querido, en este artículo nos referiremos a la muerte de una persona querida y como está ha afectado a un familiar de primer grado perteneciente a tercera edad.

Para la adecuación de un adecuado tratamiento psicoterapéutico se procedió al uso de técnicas de evaluación diagnóstica para determinar con exactitud el trastorno que estaba padeciendo la adulta mayor a consecuencia del duelo, así como se recurrió a indagar en material bibliográfico que abordara esta problemática con la finalidad de familiarizarnos con este desorden y sus consecuencias, al final del mismo se formularon las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Palabras Claves: Duelo, Trastorno Distímico, Patología, Gerontes.

ÍNDICE GENERAL

Caratula.....	i
Certificado De Aprobación Documento Tutor	ii
Certificado Del Sistema Urkund.....	iii
Autorización De La Autoría Intelectual	iv
Resultado De Graduación	v
RESUMEN	vi
1. INTRODUCCION	1
2. DESARROLLO.....	2
3. CONCLUSIONES	18
4. BIBLIOGRAFÍA	20
5. ANEXOS	21

INTRODUCCION

El Duelo de por si es una patología que ocasiona múltiples desequilibrios emocionales a quienes se encuentran atrapados por esta maraña de pensamientos y sentimientos negativos que, de no ser tratados derivan en consecuencias funestas para quienes lo padecen en la Sede del adulto mayor del GAD de la parroquia San Juan, se atendió a una paciente que aparentemente se encontraba padeciendo distimia derivada de un duelo no superado.

Por su contenido el presente trabajo de investigación se halla inmerso en la Línea de investigación de la Carrera de Psicología el cual tiene como tópico el diagnóstico y prevención y como Sub- Línea de investigación, el funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su influencia en el proceso de enseñanza aprendizaje.

La importancia, el aporte, beneficiarios, viabilidad y factibilidad de esta investigación se hacen presentes en la justificación de la investigación, en el objetivo identificar la correlación entre estas variables mediante el correspondiente análisis tomando como base investigaciones previas dando como resultado el sustento teórico de la investigación.

A partir de aquí especificamos las técnicas utilizadas en el proceso de evaluación diagnóstica del paciente con sus respectivos autores y cuál fue su propósito, posteriormente se detalla el caso con numero de entrevistas diagnósticas realizadas y la duración de estas, al ser cada caso atendido especial y único.

Con los resultados obtenidos del análisis de las diferentes técnicas implementadas obtuvimos un diagnóstico más fidedigno y así se pudo establecer el esquema terapéutico para llevar a cabo el proceso de intervención, una vez concluido este se procedió a plasmar las conclusiones y recomendaciones, y por último la bibliografía de la misma.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

La realización de este proyecto de investigación es de suma importancia porque el duelo y el trastorno distímico son desordenes emocionales con consecuencia nefastas en el desarrollo funcional de las personas que se encuentran apesadas por estas afecciones de atención mental y más aun de encontrarse asociación entre estos.

El desarrollo de esta investigación es trascendente debido a que aportara conocimientos que posibilitarían la detección de grupos más vulnerables a padecer el trastorno distímico mediante el análisis del caso de una paciente atendida en la sede del adulto mayor y a su vez tendrá sumo impacto al propiciar políticas de promoción y prevención, que se encuentren enfocadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La principal beneficiada del presente trabajo investigativo fue una paciente atendida en la sede del adulto mayor que participo en el proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo, además directamente se beneficiaran sus familiares, así como compañeros de la Institución Gerontológica y por consiguiente beneficios a la sociedad en general al ser la familia el pilar fundamental del buen funcionamiento comunitario.

Este estudio fue viable y factible de realizar debido a que contó con el consentimiento de la paciente atendida en esta institución además de las autoridades referentes de la misma quienes facilitaron la autorización y las instalaciones de la institución para la realización del mismo, así como de los recursos materiales procedentes de la realizadora del mismo.

OBJETIVO

Identificar la incidencia del Duelo en el trastorno distímico, de una paciente.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Duelo

El duelo (Jaramillo, 2015) según este autor se trata de un proceso de adaptación emocional que surge a partir cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque por lo general se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo abarca también diferentes áreas del ámbito humano como son: física, cognitiva, filosófica y de la conducta que son vitales en el comportamiento humano, a lo largo de la historia ha sido bastante investigado.

En la actualidad existe una serie en discusión el tema de si otras especies a también se ven afectadas por estos sentimientos como los seres humanos, ya que en algunas de ellas se han observado comportamientos sumamente peculiares ante la pérdida de a alguno de los miembros de su entorno más cercano, principalmente en mamíferos como el elefante cuyos comportamientos ante la pérdida de un congénera de la manada resulta muy singular.

Desde el punto de vista de la psicología constructivista social el duelo es un proceso emocional y por ende está relacionado en cómo las personas construyen las situaciones y hechos que ocurren alrededor suyo. Dichas construcciones dependen de creencias y valores propios de la sociedad en la cual habitan, ya que este asume que no existe toda conducta se forja en torno de dichos valores culturales. Además, el propio estado emocional de los individuos refuerza las propias creencias culturales y éstas, en consecuencia, le dan forma a la manera en que se expresa la emoción.

Por otro lado, también podemos decir que el superar el duelo es el proceso por el que la persona que los realiza es capaz de reconstruir su mundo sin el objeto perdido. Durante este proceso el objetivo central es de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que la persona afectada por el mismo debe construir su realidad de un modo que le resulte aceptable (Fernandez, 2014)

Por todo lo antes indicado resulta innegable que la forma en la que comprendemos el proceso de la muerte y las diferentes maneras de abordar el duelo, están directamente relacionadas con la cultura y la sociedad y éstas se han visto modificadas por diversas creencias de acuerdo a las diferentes etapas que ha vivido la persona. En el caso de las personas mayores institucionalizados, estas se encontrarán influenciadas por sus vivencias tanto fuera como al interior del centro gerontológico.

Etapas principales del duelo

Según el modelo descrito por el libro de la doctora Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 2015) "On death and dying", el duelo se manifiesta en cinco fases:

Fase de Negación. Negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida

Fase de Enfado, Indiferencia o Ira: Estado de descontento por no poder evitar la pérdida que sucede. Se buscan razones causales y culpabilidad.

Fase de Negociación. Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocerse la imposibilidad de que suceda.

Fase de Dolor Emocional (o depresión). Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.

Fase de Aceptación. Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

Otras definiciones

El duelo (Rodríguez, 2016) es la reacción de la mente humana “psique” ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Se trata de una respuesta principalmente del orden emocional-afectivo además de comportamental que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo se ve quebrantado.

Duelo complicado es el nombre del proceso psicológico, pero hay que tomar en cuenta que este proceso no se limita simplemente a componentes emocionales, sino que también tiene consecuencias tanto fisiológicas como sociales. La intensidad y la duración de este proceso serán correspondientes a la dimensión y al significado de la pérdida. Sigmund Freud definió el duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”.

En el duelo, el individuo ha pasado por una experiencia de una pérdida real del objeto, y durante el proceso de recuperación emocional, se necesita de tiempo empleado en reflexión para la asimilación de esta pérdida, éste pierde el interés por el mundo exterior, enfocándose solamente sus pensamientos y emociones al objeto perdido.

Elaboración del duelo

Por elaboración del duelo se entiende el recorrido del proceso desde que ocurre la pérdida hasta la superación de esta. Esta elaboración puede comenzar desde antes de la pérdida, en ocasiones en que éstas se puedan prever con cierta antelación.

En relación con la elaboración previa o duelo anticipatorio, existe lo que se conoce como pre-duelo, si bien son conceptos diferentes, algunas características se pueden

determinar y tienen gran influencia en la elaboración del duelo en caso de muerte son las siguientes:

El tipo de relación afectiva con el fallecido

Duración de la enfermedad mortal y la agonía, en caso de existir

Grado de parentesco

Carácter de la muerte

Aspecto del cadáver

Grado de dependencia

Género del superviviente

Soporte social, redes sociales

Ideas religiosas o filosóficas o espirituales

Presencia o no de otras experiencias de duelo

A esto habría que tomar en cuenta factores culturales y sociales, que pueden hacer que la elaboración del duelo difiera mucho, además de esto no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y la afinidad que el deudo tenía con el ser fallecido, otra variable a considerar es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte, lo que puede dar origen a lo que se conoce como duelo solidario que suele complicar más la recuperación del proceso.

La manifestación externa del duelo se conoce con el nombre de luto, que es su expresión cultural, el duelo psicológico tiene en el luto su expresión social, el duelo también se manifiesta, según el sujeto, con llantos, rabia, ataques violentos y otro buen número de reacciones comportamentales que expresan su estado emocional, todas ellas son consideradas como "normales" en esos momentos.

Hay que tener en cuenta que los especialistas en salud mental hacen hincapié que para una buena elaboración y superación del duelo no es recomendable querer huir o apartar esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar y superar si no se sienten, caso contrario surgiría la negación de la pérdida, lo cual llevaría a comportamientos desadaptativos del sujeto.

Trastorno distímico

El trastorno distímico o distimia (trastorno depresivo persistente en el DSM5) (APA, 2014) , se caracteriza por su sintomatología de larga duración que, pese a que es menos graves que la depresión severa, puede imposibilitar al individuo lleve una vida normal o sentirse bien. Los individuos con distimia además pueden manifestar de uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

La distimia es un trastorno afectivo crónico de gran continuidad en nuestros días, determinado por el baja autoconcepto y aparición de un estado de ánimo vago y sosegado, triste y melancólico, del que se considera que es su origen, tanto de tipo genético hereditario como ambiental.

La distimia se presenta en el 5-6% de la colectividad general. Se manifiesta más en mujeres en edades menores a 64 años a diferencias a los hombres de cualquier edad. Otros grupos poblacionales en que es habitual en los solteros, jóvenes y personas con bajos ingresos. Por otra parte, puede ser diagnóstico patología Dual de otras enfermedades mentales, así como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de, el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad.

Un estudio publicado en 2013 (ONU, 2013) se pudo ver que a nivel mundial, la prevalencia anual de distimia excedió las 105 millones de usuarios (alrededor de 1.53% de la población mundial) y es notablemente más en mujeres (1.81%) que en los hombres (1.26%). Si se cumple los 3 criterios para la depresión ya sea estas grave o trastorno

bipolar, al ser esta más alto como la de la depresión, no puede ser detectada rápidamente, pudiendo el usuario mostrar una mayor vulnerabilidad para cursar con otros trastornos.

Sintomatología.

- Cambios leves del estado de ánimo, disminuyen el rendimiento intelectual, aislamiento social, alteraciones somáticas y de los ritmos biológicos (alimentación y sueño). Estos cambios persisten por un período importante de tiempo.
- El individuo con distimia suele ser cohibido, y con ánimo de triste o deprimida.
- Imposibilitada para disfrutar de las cosas cotidianas de la vida.
- Disminución de la energía.
- Trastornos del sueño: el sueño no acaba de ser reparador. La persona con distimia se despierta varias veces, y suele hallarse cansada por la mañana.
- Problemas de concentración. Se le manifiestan problemas de memoria y de concentración, aún para actividades lúdicas (ver una película, por ejemplo).

En los niños más pequeños el cambio del estado de ánimo puede no ser tan evidente, siendo en éstos la irritabilidad y los desajustes conductuales, los síntomas de mayor prevalencia. Para un diagnóstico de distimia, un adulto debe presentar un estado de ánimo deprimido durante al menos dos años (un año en los niños y adolescentes), junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión ya que pueden parecerse a los de otras condiciones psiquiátricas (Edison, 2017).

El Trastorno depresivo persistente, (Jonas, 2014) también conocido con el nombre de distimia, se caracteriza por ser una forma de depresión continua y a largo plazo o crónica. El sujeto que lo padece pierde el interés en las actividades normales de la vida cotidiana, siente desesperanza, se vuelve improductivo y se ve afectada notablemente, estos sentimientos pueden permanecer por años y se ven afectadas en gran medida tus relaciones y desempeño en la escuela, además del trabajo y en las actividades diarias.

Debido a la naturaleza crónica del trastorno depresivo persistente, sobrellevar la depresión puede resultar difícil, pero una intervención terapéutica adecuada (psicoterapia) y el uso de medicamentos puede ser eficaz para tratar esta afección, debido a que estos sentimientos se han mantenido durante mucho tiempo, es posible que el sujeto piense que siempre formarán parte de su vida, por esto si se presenta algún síntoma de trastorno depresivo persistente, es necesario buscar ayuda médica inmediata.

Diferencias biológicas.

Las personas con trastorno depresivo persistente pueden presentar alteraciones físicas en el cerebro (Harrison, 2014). La importancia de estas alteraciones no es del todo segura, pero es posible que finalmente ayuden a señalar las causas.

Química del cerebro.

Los neurotransmisores son sustancias químicas naturales (Smith, 2015) del cerebro que posiblemente desempeñan un papel importante en el mantenimiento en la depresión.

Investigaciones recientes indican que los cambios en la función y el efecto de estos neurotransmisores y en la manera en que interactúan con los neurocircuitos encargados de mantener el equilibrio homeostático del estado de ánimo pueden desempeñar un papel fundamental en la depresión y su tratamiento.

Rasgos heredados:

El trastorno depresivo persistente (Kenneth, 2015) estudios realizados parece afectar con mayor frecuencia a personas cuyos familiares de primer grado también padecen de este trastorno, investigadores del ADN humano están intentando encontrar genes que puedan causar la depresión.

Factores de riesgo

Por lo general, el trastorno depresivo persistente tiene un inicio temprano (en la niñez, la adolescencia o los primeros años de la adultez) y es crónico. Ciertos factores producen el riesgo de desarrollar o desencadenar el trastorno depresivo persistente, entre los cuales podemos especificar los siguientes:

Tener un allegado o familiar de primer grado que haya padecido un trastorno depresivo mayor u otros trastornos depresivos

Haber atravesado situaciones traumáticas o estresantes, como la muerte de un familiar cercano querido o problemas económicos.

Tener rasgos personológicos que implican negatividad, como es tener baja autoestima y ser en exceso dependiente, autocrítico o pesimista.

Tener antecedentes de patología mental, como un trastorno de personalidad.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La entrevista

El tipo de entrevista utilizada, fue abierta porque para alcanzar el objetivo planteado, es necesario recoger la visión subjetiva y personal de los ancianos, con el fin de poder comparar los distintos puntos de vista existentes entre ellos. Las entrevistas abiertas son especialmente adecuadas cuando lo que queremos recoger es la heterogeneidad de los discursos prototipo o arquetipo en torno a lo investigado, cuando se buscan los puntos de vista, representantes, de las diversas posturas que pudieran existir. (La perspectiva de las

personas mayores). Concretamente se empleó una entrevista abierta y semiestructurada, puesto que existía un guion preestablecido para recordar todos los aspectos a tratar.

ANEXO 1

Ficha de observación

Son instrumentos de investigación y evaluación y recolección de datos, referido a un objetivo específico, en el que se determinan variables específicas, se utilizan para registrar datos en este caso sobre las actitudes de la adulta durante la entrevista inicial y las sesiones terapéuticas. ANEXO 2

Historia clínica

Se utilizará para recolectar información personal de sus antecedentes hasta la actualidad de la paciente e indagar por medio de estas sobre el origen de su problemática y determinar posibles alternativas de solución a las mismas. ANEXO 3

Test de la familia (Louis Corman, 1961):

Test proyectivo basado en el dibujo libre. La aplicación de este test tuvo la finalidad de conocer la valoración afectiva y relacional del paciente con el familiar fallecido. ANEXO 4

Escala de depresión geriátrica de Yesavage:

Tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión subyacente en el adulto mayor. ANEXO 5

RESULTADOS OBTENIDOS

Desarrollo del caso

La Sra. Maura, se trata de una paciente de 60 años, casada, nacida en Pueblo Viejo en febrero de 1959. Su educación es secundaria y actualmente vive en San Juan Nuevo y es traída a consulta por su hija.

Su familia está constituida por 2 hijas, de los cuales una vive con ella, y con la otra no tiene mucha cercanía, tiene 3 nietos, su esposo es chofer. En cuanto a la historia evolutiva no refirió ninguna alteración. Se casó a los 21 años.

La evaluación del caso se desarrolló a lo largo de cinco sesiones psicodiagnósticas, cada una con una duración de 45 minutos, y que comprendieron las siguientes etapas:

La primera entrevista se realizó el día 01-04-2019, con la finalidad de adquirir afinidad y confianza terapéutica (rapport) en esta entrevista se anotaron los datos de filiación del paciente, y de su grupo familiar además se anotaron el motivo de consulta, también la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico.

La segunda entrevista se llevó a cabo el día 03-04-2019, en esta se registró la historia familiar, y se indagaron los antecedentes psicopatológicos familiares. También se realizó la Anamnesis del paciente, cabe indicar que las guías de observación se utilizaron durante todas las sesiones.

Durante las tercera y cuarta entrevista realizadas los días 05 y 08-04-2019, se llevaron a cabo la aplicación de pruebas psicométricas con el objetivo de cuantificar los rasgos psicopatológicos.

Durante la quinta entrevista el día 10-04-2019, se llevó a cabo la entrevista de devolución en la cual se entregó al paciente un psicodiagnóstico final.

Situaciones detectadas

La situación planteada en el siguiente documento probatorio, se trata del caso de una adulta mayor “Maura” de 60 años, quien forma parte del programa de Adultos Mayores del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural San Juan. La cual fue remitida al consultorio psicológico de la SEDE por la promotora del mismo, la cual fue evaluada y correspondientemente diagnosticada.

Paciente acude a consulta acompañada de una hija, manifiesta que es la primera vez que acude en busca de ayuda. Se observa en ella, las siguientes características: talante bajo, crisis de llanto en la primera entrevista, esquiva la mirada. Manifiesta que tiene comportamientos inusuales, llora, no quiere salir de casa, y tiene pensamientos de muerte, su hija Cristina confirmó los sucesos acontecidos de la madre.

Paciente manifiesta que desde la muerte de uno de sus hijos ya no es la misma ya que a pesar de que han pasado 1 año y 2 meses de su muerte ella continúa llorándolo. Manifiesta que hay días en que amanece bien y hay otros en los que no quiere hacer nada, a veces no quiere comer, no puede conciliar el sueño y se aísla de las personas. Expresa también que esto no ocurre todos los días que solo es por temporadas.

Todo empezó desde hace 1 año y 2 meses cuando el menor de sus hijos falleció en un accidente vial a la edad de 28 años, esta situación fue un golpe muy duro para toda la familia, pero a medida que fueron pasando los meses fueron aceptando y superando la muerte del ser querido a excepción de la Madre quien aún llora al recordarlo. Manifiesta que esto le ocurre por temporadas hay días que amanece bien otros en los que se siente muy triste, pero ella pone de su parte para sentirse mejor.

La paciente manifiesta haber perdido al menor de sus hijos, pero desde que este falleció siente mucho miedo se siente triste, impotente por no poder devolverle la vida, ya no sale a reuniones sociales, pues tiene sentimientos de culpa e impotencia, piensa mucho

en su hijo. Agrega que tiene el apoyo de su hermana y de sus otras hijas, pero se siente una carga, ha perdido peso no le place nada solo vive con el recuerdo de su hijo y manifiesta que si ella le hubiera impedido que viaje el no habría muerto en ese accidente de tránsito, este pensamiento no la deja dormir, le duele la cabeza y se le hace difícil vivir con esta opresión en su pecho.

Del análisis de la entrevista clínica realizada de la ficha de observación y del test de la familia además de la escala de depresión geriátrica se pudo determinar que el paciente adulto mayor reúne criterios diagnósticos para Duelo Complicado asociado a F34.1 Distimia.

Soluciones planteadas

Esquema terapéutico cognitivo conductual basado en que el paciente pueda continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros, la terapia se administró en 8 sesiones de 45 y 60 minutos de duración. El diseño de la intervención estaba programado en torno a un periodo de 30 días.

Los pilares y herramientas fundamentales de la intervención se manifiestan en los siguientes objetivos:

1ra sesión.

Fecha: 11-04-2019

Categoría: Educación

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: dar a conocer a la paciente información sobre el duelo

Actividad: durante esta sesión se facilitó a la paciente información sobre las fases del duelo, sus complicaciones y las diferentes alternativas terapéuticas para superar esta afección psicopatológica.

Logros alcanzados: la paciente adquirió conocimientos sobre la afectación que se encontraba padeciendo sobre los tratamientos psicológicos disponibles.

2da sesión.

Fecha: 12-04-2019

Categoría: registro cognitivo-emotivo

Técnica: Autorregistros

Objetivo: instruir al paciente el uso de autoregistros cognitivos-emotivos

Actividad: El uso de registros diarios acerca de las emociones y vivencias de dolor relacionadas con la persona fallecida.

Logros alcanzados: permitió concientizar y encasillar adecuadamente a la paciente las experiencias emocionales que le invadían diariamente ante el recuerdo de su ser querido.

3ra sesión.

Fecha: 15-04-2019

Categoría: modificación cognitiva

Técnica: Reestructuración cognitiva:

Objetivo: modificar cogniciones disfuncionales

Actividad: mediante el uso de esta técnica se motivó a la paciente a implicarse y crear otros significados referentes a la muerte y sus consecuencias.

Logros alcanzados: la paciente modificó sus creencias, principalmente sobre donde está su ser querido y que está sintiendo, pues se dio cuenta que este siempre le acompañara y que no hay apuro en que vaya a donde se encuentra el.

4ta sesión.

Fecha: 16-04-2019

Categoría: socialización

Técnica: Entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo: mejorar la interacción social de la paciente

Actividad: esta técnica se aplicó con la finalidad de facilitar un funcionamiento óptimo en las interacciones sociales.

Logros alcanzados: el comportamiento de la paciente mejoró en las relaciones con sus compañeros del Centro gerontológico.

5ta sesión.

Fecha: 17-04-2019

Categoría: resolución de conflictos

Técnica: Terapia de resolución de problemas

Objetivo: adiestrar a la paciente en la resolución óptima de conflictos

Actividad: se aplicó esta técnica para enseñar al paciente estrategias para la consecución de objetivos personales.

Logros alcanzados: la paciente aprendió alternativas viables y de fácil aplicación a inconvenientes que a consecuencia de la edad se encontraban en aumento.

6ta sesión.

Fecha: 18-04-2019

Categoría: modificación cognitiva

Técnica: Posicionamiento cognitivo

Objetivo: concientizar a la paciente en el aquí y ahora

Actividad: se indujo a la paciente a recordar y hablar del momento del fallecimiento de el ser querido y de las implicaciones y consecuencias que ha tenido en su vida.

Logros alcanzados: la paciente fue consciente de que aquello sucedió en una época del pasado y que los recuerdos y las palabras no es lo que provoca el malestar sino las emociones negativas que recargaba sobre ellas.

7ma sesión.

Fecha: 22-04-2019

Categoría: reactivación emocional

Técnica: Distracción cognitiva

Objetivo: incentivar actividades que induzcan sensaciones placenteras en la paciente.

Actividad: se indujo a la paciente a visitar lugares y realizar actividades que anteriormente le resultaban placenteros y que posterior a la pérdida dejaron de parecerle agradables.

Logros alcanzados: la paciente recupero sensaciones emocionales positivas sin vincularlas a la pérdida.

8va sesión.

Fecha: 23-04-2019

Categoría: desensibilización cognitiva

Técnica: Exposición imaginaria cognitiva.

Objetivo: superar sensaciones fóbicas de la paciente

Actividad: Durante esta sesión se procedió a Trabajar a través de recuerdos, fotografías y conversaciones que se imaginan con la persona fallecida.

Logros alcanzados: se consiguió disminuir la carga emocional negativa ante el recuerdo de la persona fallecida

CONCLUSIONES

La vejez ciertamente es una etapa en la cual estamos expuestos a pérdidas de manera más frecuente y estas no son únicamente de tipo afectivo, sino, además, pueden estar asociadas a una serie de situaciones como: la aparición de enfermedades crónicas, el deterioro físico, la pérdida de roles sociales, la jubilación, disminución de recursos económicos, disminución o pérdida de capacidades sensoriales, entre otras que ocasionan en el estado anímico de los adultos mayores.

La aplicación de las técnicas de evaluación diagnóstica fueron de fundamental ayuda al momento de corroborar el diagnóstico correspondiente a la sintomatología de la paciente.

Para superar estas situaciones se hace muy importante desarrollarse personalmente, este se ve afectado por la falta de una red de apoyo familiar, vecinal y comunal adecuados lo cual dificulta que las personas adultas mayores afronten las situaciones de pérdida de una mejor manera.

El Tratamiento del duelo desde el enfoque cognitivo conductual ha mostrado enormes beneficios como lo demuestran las técnicas aplicadas y otras como la técnica de exposición, la reestructuración cognitiva y la terapia de apoyo centrada en la solución de problemas.

Se recomienda a todas las entidades delegadas del bienestar psicológico de la población realizar campañas encaminadas a promover capacidades de afrontamiento ante un hecho ineludible de la vida como es la vejez para de esta manera forjar una sociedad más resiliente ante experiencias o situaciones adversas de la vida.

A los profesionales en el área de salud mental fomentar y continuar aplicando las herramientas psicodiagnósticos utilizadas en el presente estudio de caso a personas de la tercera edad por de fácil aplicación y gran fiabilidad.

Se recomienda fomentar el fortalecimiento de los recursos personales de los individuos a más de forjar y fortalecer las redes de apoyo familiar, vecinal y comunal ya que de esta manera se contribuiría a que en la tercera edad las persona afronten las situaciones de pérdida de una mejor manera.

Fomentar la implementación de estrategias psicoterapéuticas desde el modelo cognitivo conductual en otras patologías de atención mental que apremien a los ancianos por la variedad y la maleabilidad de estas en su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

APA. (2014). DSM V (1ra ed.). Arlington: APA. Recuperado el 1 de abril de 2019

Edison. (2017). Psicología evolutiva (1ra ed.). Boston: Blackbird. Recuperado el 30 de marzo de 2019

Fernandez. (2014). Como superar la muerte de un ser querido (1ra ed.). Santander: La Coruña. Recuperado el 4 de abril de 2019

Harrison, R. (11 de febrero de 2014). Neuropsicología II. San Francisco: St. Patrick. Recuperado el 7 de abril de 2019, de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>.

Jaramillo, D. J. (2015). Como sobrellevar el duelo (1ra ed.). Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 6 de abril de 2019

Jonas, P. (2014). Psiquiatría. New York: Mc, Watson. Recuperado el 8 de abril de 2019

Kenneth, H. (2015). Salud, la importancia de la higiene mental (1ra ed.). New York: Hill-Collins. Recuperado el 8 de abril de 2019

Kübler-Ross. (2015). Muerto y muriendo (2da ed.). Munich: Guttengan. Recuperado el 3 de abril de 2019

ONU. (2013). informe estadístico de la depresión a nivel mundial (1ra ed.). New York: ONU. Recuperado el 29 de marzo de 2019

Rodriguez. (2016). Sobrevivir ante la pérdida de un ser querido (1ra ed.). Santiago: Polo sur. Recuperado el 2 de abril de 2019

Smith. (2015). neurociencia de la depresión. Los Angeles: Masson.

ANEXOS



Anexo 1: Fotografías

Imagen 1



La autora del estudio de caso Maria Varas Paredes en compañía de la tutora del proyecto Master. Fanny Lopez Tobar durante la primera sesión de tutoría.

Imagen 2



La autora del estudio de caso Maria Varas Paredes compañía de la tutora del proyecto Master. Fanny Lopez Tobar durante la segunda sesión de tutoría.

Imagen 3



Aplicando la entrevista clínica a la paciente para recabar información desde sus antecedentes hasta la actualidad.

Imagen 4



Aplicando un test a la paciente, con el objetivo de verificar el diagnóstico presuntivo.

Anexo 2. Ficha de observación psicológica

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación: minutos _____ hora de inicio _____ hora final _____

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

Anexos 3.- Historia Clínica Psicológica

I. DATOS PERSONALES

No. Historia: _____

Fecha: _____

Nombres: _____

Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Lugar y fecha de
Nacimiento: _____

Instrucción académica: _____

Ocupación _____

Dirección actual: _____

Teléfono: _____

Dirección de la Familia _____

Teléfono de Familiar: _____

Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

1. **EVOLUCIÓN:** _____

2. **CAUSAS:** _____

3. **ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN:**

4. **IMPLICACIONES: (a nivel familiar, social, académico, laboral, etc.):**

IV. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

5. FAMILIOGRAMA:

MIEMBRO	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

6. **VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN:**

V. HISTORIA PERSONAL:

7. INFANCIA:

8. ADOLESCENCIA:

VI. HISTORIA ESCOLAR:

VII. OBSERVACIONES: (descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.)

VIII. DIMENSIONES:

9. COMPORTAMENTAL: _____

10. AFECTIVA: _____

11. SOMÁTICA: _____

12. COGNITIVA: _____

13. SOCIAL: _____

IX. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

14. PERSONALIDAD: _____

15. INTELIGENCIA: _____

16. HABILIDADES: _____

17. OTRAS: _____

X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

XI. TRATAMIENTO A SEGUIR:

EVOLUCIÓN

Sesión No. _____ **Fecha:** _____
Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ **Fecha:** _____
Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ **Fecha:** _____
Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ **Fecha:** _____
Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ **Fecha:** _____
Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Anexo: 4 test de la familia

A- Análisis del grupo familiar

Característica:	Significado psicológico:
1- El Tamaño	<p>Se refiere al espacio que ocupa el dibujo dentro del soporte de papel proporcionado (folio, cuartilla, etc.). El tamaño puede clasificarse en: Muy grande, grande, mediano, pequeño o muy pequeño. Se dice que es muy grande cuando no cabe en el marco de papel proporcionado necesitando otro. Los tamaños grandes se relacionan con carácter extrovertido, sentimiento de seguridad y confianza en uno mismo. Expresa la sensación de poder hacer frente a los retos externos. Sin embargo, dibujos grandes con trazos impulsivos, formas muy distorsionadas o extravagantes pueden ser indicadoras de exceso de vanidad o menosprecio de los otros. Por su parte los dibujos pequeños o muy pequeños, en especial, cuando aparecen en un rincón de la hoja, denotan sentimientos de indefensión, desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez. En casos extremos, posibilidad de trastornos emocionales, depresión, ansiedad.</p>
2- Tipo de trazo	<p>La forma que adopta el trazo puede definir algunas características: predominio de las formas curvas se asocia a capacidad de adaptación, sensibilidad, imaginación, sociabilidad, extraversión; por su parte las formas rectas y angulosas indican voluntad, tenacidad, pero también, si éstas se manifiestan con trazos muy alargados, exagerados con tendencia ascendente, pueden suponer hostilidad hacia el exterior, conductas impulsivas o agresivas.</p>
3- Orden en el que se han pintado los personajes	<p>Generalmente, el personaje pintado en primer lugar es el de admiración e identificación del niño. Suele ser la figura con mayor vínculo afectivo (normalmente madre). Por ello es muy importante estar pendiente del orden cronológico en el que se van dibujando los diferentes personajes. Cuando alguno de ellos es dibujado alejado del grupo puede significar deseo de apartarlo o alejarse de él. Puede ser que le tenga cierto temor (padre) o que simplemente le tenga celos (hermano). A veces ocurre que es el propio niño quien se pinta alejado del grupo. En estas ocasiones podemos sospechar que se producen ciertos conflictos dentro de la familia y que el niño toma una distancia prudencial. Cuando el niño se dibuja a sí mismo en primer lugar: se asocia a cierto egocentrismo, dependencia, necesidad de ser tenido en cuenta, miedo a la separación (necesita asegurar su</p>

Característica:	Significado psicológico:
	proximidad a la familia).
4- Las distancias entre personajes	<p>La distancia entre el dibujo del propio niño y los diferentes personajes nos dará una idea de la distancia afectiva entre los mismos. A mayor distancia física, mayor distanciamiento afectivo. Las figuras que son percibidas con mayores vínculos afectivos son los más próximos (normalmente los padres). Cuando los hermanos se sitúan alejados del núcleo familiar o simplemente se omiten del dibujo, puede ser un síntoma de celos. Una familia que se dibuja con sus personajes agrupados suele mostrar una familia unida con buenos vínculos de comunicación. Si están unidos cogiéndose las manos, el niño puede expresar su voluntad de que permanezcan unidos. Si contrariamente, los personajes se muestran dispersos en el papel es síntoma de distancia afectiva y poca comunicación.</p>
5- Omisión de alguna de las figuras (padre, madre, etc.)	<p>Omisión del propio niño: Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia. Omisión del padre (madre o hermano): Se asocia con el rechazo a los mismos. Puede tener (según circunstancias del caso) el significado de celos (p.e. hacia un hermano pequeño) o también de temor o miedo hacia la figura omitida. El niño expresaría así inconscientemente su voluntad de alejar al personaje tanto física como emocionalmente.</p>
6- Elementos ajenos a la familia	<p>En algunos de los dibujos de la familia pueden aparecer animales, objetos u otros elementos. Hay que interpretar todas estas claves en función del dibujo en su conjunto. Un exceso de elementos ajenos a la familia puede relacionarse con un patrón cognitivo con dificultad para centrarse en lo fundamental (distracción, dificultad de síntesis, pensamiento peculiar...), pero también, pueden proporcionarnos pistas sustanciales acerca de cómo ven y sienten los niños a cada miembro de la familia. Si cada familiar se muestra ocupándose de determinadas actividades personales (ver Caso 2), es síntoma de comunicación fragmentada. Cuando vemos intercalados perros o animales domésticos entre el propio niño y otros personajes de la familia puede señalarnos distanciamiento afectivo. El padre que es dibujado en un plano superior (por encima del suelo) o cercano a las nubes significa distanciamiento físico y/o afectivo (p.e. padre que está fuera trabajando durante largos tiempos). Los niños</p>

Característica:	Significado psicológico:
	<p>pueden expresar así su sentimiento de angustia por la separación física y lo sitúan en un plano difícilmente alcanzable. Son también habituales la presencia de elementos meteorológicos (sol, nubes, lluvia, etc..). Su significado debe buscarse también según las claves de todo el dibujo. El sol, en especial cuando se muestra sonriente, suele expresar felicidad, alegría, estado de ánimo positivo, extraversión, ganas de comunicarse, sociabilidad. Algunos autores identifican el sol como símbolo o representación del padre (fuente de luz, protección, vida...). Por su parte la lluvia, tormentas, se relacionan con la expresión inconsciente de ciertos temores o miedos.</p>
7- Negarse a dibujar a la familia	<p>Con cierta frecuencia, a algunos niños les cuesta dibujar a su familia. Según la edad, pueden manifestar que carecen de habilidad con el lápiz y temen que les quede mal. Si una vez tranquilizados al respecto siguen insistiendo, hay que valorar la posibilidad de problemas familiares y un cierto bloqueo e inhibición a dar detalles al respecto. En estos casos es mejor, en un primer momento, cambiar al dibujo del árbol que es menos intrusivo.</p>

3B- Análisis individual de cada personaje

Característica:	Significado psicológico:
Tamaño relativo de los personajes	<p>En general, si el tamaño de un personaje es mayor que el resto puede indicar que para el niño es una figura importante. Dependerá a su vez de la distancia al propio niño de si esta importancia es en sentido negativo (figura que es vista como dominante o autoritaria) o positivo (figura a la que le gustaría parecerse y con la que se identifica). Personaje excesivamente grande: Figura que probablemente es sentida por el niño como opresora. Por su parte los personajes reducidos pueden indicar cierta distancia afectiva del el niño, pero también necesidad de reducirlos ya que los considera rivales potenciales.</p>
Las diferentes partes del cuerpo:	<p>Analizar con detalle como se han representado los diferentes elementos que componen la figura humana nos da pistas de cómo ve el niño al personaje en cuestión. A continuación se muestran los elementos principales:</p>
La Cabeza	<p>La cabeza es la zona más expresiva, donde el niño intuye</p>

Característica:	Significado psicológico:
	<p>las emociones de los otros y aprende a imitarlas. Una cabeza grande y expresiva puede indicar un carácter expansivo. Si es excesivamente grande puede asociarse a egocentrismo. La cabeza pequeña indica tendencia a la timidez a aislarse del entorno a que no lo vean y pasar desapercibido.</p>
La boca	<p>Hay que prestar especial atención a la boca. Su tamaño y expresión nos dará una idea del estado emocional con que el niño ha reflejado a ese personaje. Cuando en la cara faltan elementos como la boca o los existentes son inexpresivos pueden ser indicadores de problemas emocionales. Cuando en la boca se dibujan los dientes, en especial, si son grandes, se sombrea o tiene forma afilada, se asocia a agresividad hacia los otros, necesidad de marcar el propio terreno, sentimientos de opresión o rechazo.</p>
Los ojos	<p>Son los órganos principales de entrada de información en niños. Ojos grandes y bien dispuestos son propios de vitalidad, interés por lo nuevo, curiosidad, ganas de aprender y comprender lo que le rodea. Si son excesivamente grandes, recelo, vigilancia, desconfianza. Es necesario analizar si se han introducido las cejas y la expresión resultante es de alegría, temor o indiferencia. Los ojos pintados sin pupilas en el caso de niños más grandes (10 años) puede indicar inmadurez, retraso o déficits de aprendizaje.</p>
La nariz	<p>La ausencia de nariz puede indicar (a partir 6,7 años) timidez, retraimiento, ausencia de agresividad, poco empuje. En niños mayores (etapa prepubertad y adolescencia), algunos autores, la relacionan con un símbolo fálico si su tamaño es exagerado, pudiendo indicar un deseo sexual. Su omisión indicaría un temor del niño a sus primeros impulsos sexuales.</p>
Las orejas	<p>Las orejas nos permiten escuchar y un correcto dibujo de las mismas está relacionada con un interés de aprender, de integrar información exterior. Cuando se muestran grandes y muy redondeadas indican baja autoestima, posibilidad de bajo rendimiento escolar.</p>
El cabello y los pelos	<p>Cuando el cabello está presente en el dibujo puede indicar una tendencia a cuidar los detalles,</p>

Característica:	Significado psicológico:
	<p>perfeccionismo (si se efectua con pulcritud), interés por la apariencia, por gustar, presumir. Si el pelo es largo y se muestra alborotado o en movimiento: vitalidad, fuerza, necesidad de libertad, de escapar de las rutinas. Si se representa con trazos en punta: agresividad. La barba y los bigotes suelen aparecer en niños cuyos padres la tienen, se asocia a madurez, figuras de autoridad, respeto, fuerza, son modelos a los que normalmente el niño respeta (por amor o también miedo).</p>
El cuello	<p>Con frecuencia, el cuello puede presentarse exageradamente elevado o inexistente, quedando la cabeza unida directamente al cuerpo. En el primer caso puede señalarnos interés por crecer, de sentirse mayor, de controlar a los demás. Si es muy exagerado denota ansias de sobresalir y deslumbrar. Cuando no se dibuja se puede considerar "normal" hasta los 10 años aproximadamente, posteriormente se le relaciona con inestabilidad afectiva y manifestaciones de impulsividad e intolerancia.</p>
El Cuerpo	<p>Si se pinta delgado o pequeño respecto a las otras partes del cuerpo indica que el niño no está satisfecho con su cuerpo, puede presentar algún complejo acerca de alguna o algunas partes del mismo. Si es excesivamente reducido: complejo de inferioridad. Cuando aparecen pintados granos o pecas, algunos autores, apuntan la posibilidad de un lazo fuerte con el entorno familiar (en especial, la madre).</p>
Los brazos y manos	<p>Es uno de los elementos claves a analizar cuando se trata de figuras humanas. Con las manos manipulamos objetos y podemos actuar sobre el entorno. Sin embargo podemos hacerlo de una forma adaptativo pero también de una forma destructiva. Brazos largos: necesidad de comunicar, extraversión, sociabilidad, motivación a conocer, afectividad. Esto es válido si no se complementa con puños cerrados, dientes prominentes o que formen parte de un dibujo con contenidos violentos. Brazos cortos: Miedo al exterior, a comunicarse, dificultad en las relaciones sociales, inseguridad, retraimiento. Manos grandes: Supone una exageración del significado real. Si es positivo: necesidad de contacto, de tener amigos, apertura. Si es negativo (en especial, con el puño cerrado): agresividad, temor hacia el entorno, baja tolerancia a la frustración. Ausencia de manos: No hay</p>

Característica:	Significado psicológico:
	<p>un criterio único para su interpretación, no obstante, se asocia con 1) Sentimientos de culpabilidad del niño por las reprimendas de los padres y otros adultos; 2) Temor a la agresión física (en general, del padre). Esto es más evidente cuando en el grupo familiar es sólo el padre el que aparece con las brazos más cortos o sin las manos. Si además, está distanciado físicamente del niño en el dibujo o aparecen otras figuras intercaladas entre el niño y el padre, la probabilidad aumenta. No necesariamente tiene que ser una agresión física lo que teme el niño sino que puede ser una autoridad excesiva que al niño le causa sufrimiento. Suprimir las manos es una forma inconsciente de recortarle autoridad. Los dedos: Constituyen un elemento que no aparece con detalle hasta las edades prepuberales. Cuando a estas edades se omiten o sustituyen por simples rectas suele estar asociado a discapacidad mental o a trastornos clínicos.</p>
Las piernas	<p>Las piernas nos proporcionan estabilidad, capacidad de movimiento, libertad. Unas piernas largas pueden simbolizar necesidad de estabilidad, firmeza, seguridad. Si son excesivamente largas: ganas de crecer, de hacerse mayor de adquirir el modelo de adulto rápidamente. Las piernas cortas pero bien proporcionadas, estabilidad, control de la realidad, robustez, tendencia a lo práctico más que a lo ideal (tocar de pies en tierra).</p>
Otros elementos	<p>El sombreado de la cara (exceptuando cuando se efectúa de forma suave y color piel) ya sea en parcial (pecas, manchas) o total, se asocia a angustia, baja autoestima o ansiedad. Es altamente significativo en niños de 5 a 12 años. Cuando el sombreado se produce en el cuerpo (a partir 8-9 años) la ansiedad puede que esté concentrada en algún temor (real o imaginario) acerca de su aspecto físico. Finalmente, en cuello y manos (a partir 7-8 años) preocupación por alguna actividad efectuada con las manos ya sea real o imaginaria (robo, agresión). Puede también indicar problemas emocionales y timidez. Un cuello muy sombreado: esfuerzos por controlar los impulsos. Borrado de un personaje: impulsividad, intolerancia hacia el personaje, sentimientos ambivalentes de amor/odio hacia el mismo.</p>

Anexo 5: Escala de depresión geriátrica

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) Brink et al. (1982), Yesavage et al. (1983)

Nombre: _____ Varó [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SÍ	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SÍ	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SÍ	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	no
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SÍ	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SÍ	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SÍ	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SÍ	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SÍ	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SÍ	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SÍ	no
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	SÍ	no
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SÍ	no
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	no
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	SÍ	no
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	sí	NO

28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SÍ	no
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	sí	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	sí	NO
Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negrita y mayúscula No depresión 10 o menos Límite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)	Puntuación Total	



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL RURAL
DE SAN JUAN

Av. Aurora Estrada
RUC.: 1260023860001
juntaparroquiasanjuan@hotmail.com
www.gobiernoparroquiasanjuan-losrios.gob.ec
Telefono: 052959122

AUTORIZACIÓN

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL- RURAL/ SAN JUAN

San Juan, 01 de abril del 2019

Yo, **Lcda.: Ángela Mabel Arana Martínez** con C.I. **120433472-4**, Coordinadora de Proyectos Sociales del autorizo a la **Srta. María De Los Ángeles Varas Paredes** con C.I. **125034298-5**, egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, para que desarrolle su investigación de estudio de caso con el Tema: **INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO DE UNA PACIENTE ATENDIDA EN LA SEDE DEL ADULTO MAYOR DEL GADP DE LA PARROQUIA SAN JUAN** Cantón Pueblo Viejo.

Faculto al interesado de hacer uso de este documento para cualquier trámite legal.

Atentamente.


Director Técnico
Lcda.: **Ángela Mabel Arana Martínez**
C.I. **120433472-4**





FECHA: 6/5/2019
HORA: 15:38

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: LÓPEZ TOBAR FANNY RAQUEL
ESTUDIANTE: VARAS PAREDES MARIA DE LOS ANGELES
PERIODO TITULACIÓN: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: EXAMEN COMPLEXIVO
FASE DE MODALIDAD: FASE PRACTICA
PROYECTO DE TITULACIÓN: INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

INCIDENCIA DEL DUELO EN EL TRASTORNO DISTIMICO, DE UNA PACIENTE					
FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
FASE PRACTICA	2019-04-01	2019-05-06	TERMINADO	90%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCIÓN	2019-04-19	2019-04-22	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONCLUSIONES					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSIONES	2019-04-15	2019-04-18	TERMINADO	80%	HABILITADO

BIBLIOGRAFIA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFIA	2019-04-15	2019-04-18	TERMINADO	80%	HABILITADO

ANEXOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS	2019-04-19	2019-04-22	TERMINADO	80%	HABILITADO

DESARROLLO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DESARROLLO	2019-04-04	2019-04-14	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TRABAJO FINAL	2019-05-02	2019-05-02	TERMINADO	100%	HABILITADO

LÓPEZ TOBAR FANNY RAQUEL
DOCENTE TUTOR

VARAS PAREDES MARIA DE LOS ANGELES
ESTUDIANTE



SESIONES DE TRABAJO TUTORIAL

PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 4 al 14 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none">Se revisó el tema y se definió el problema principal y los subproblemas correspondientes de acuerdo a los lineamientos de la institución, así mismo se da a conocer sobre el trabajo que se tendrá que hacer con las actividades que corresponden al Desarrollo de Caso	<p>Se orienta sobre el proceso de la Fase Practica Examen Complexivo indicando como tendrá que trabajar y redactar los trabajos que correspondan a las actividades que tiene que ver con los puntos como son :</p> <p>Desarrollo del Caso de Estudio Planteamiento del Problema Justificación Objetivos Metodología de la Investigación Se discutió sobre la postura teórica a asumir en la investigación.</p>	 Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora Varas Paredes María De Los Ángeles Egresada

SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 15 al 18 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none">Se elaborara el punto de las Conclusiones y se trabaja con atención para avanzar y lograr el interés deseadoSe envía a trabajar con la información bibliográfica de acuerdo al tema investigado	<p>-Se revisaron documentos escritos sobre el tema de investigación para realizar las conclusiones y recomendaciones. -Se revisó y analizó la información bibliográfica preliminar pertinente.</p>	 Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora Varas Paredes María De Los Ángeles Egresada



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



TERCERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 19 al 21 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none">Se determinó la forma de realizar la Introducción del temaSe explica la manera de incluir los anexos en la investigación	<ul style="list-style-type: none">- Se lleva acabo con el trabajo de realizar la Introducción del tema debido a que se la debe de redactar después de haber concluido la investigación- De acuerdo a los puntos de la investigación deben ir incluidos los Anexo como continuación del informe en las ultimas paginas	 Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora Varas Paredes María De Los Ángeles Egresada

CUARTA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, 24 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none">De acuerdo a la modificación requeridas por el SAI y la coordinación se trabaja en subir toda la información de la investigación	<p>Se indica como subir a la plataforma del SAI toda la investigación del caso realizada por estudiante y de esta manera los estudiantes puedan realizar toda la documentación requerida por la coordinación y poder entregar y finalizar dicho trabajo</p>	 Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora Varas Paredes María De Los Ángeles Egresada

Psc. FANNY LOPEZ TOBAR Msc.
DOCENTE TUTORA