

López, M. (2017). Madurez vocacional, motivación en el aprendizaje y estilos educativos paternos en alumnos de 4to grado ESO y 1er grado de bachillerato (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España.

Organización Zona Central Indígena de Mítu (2008). Plan integral de vida indígena. Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico CDA.

Rosa, J. (2015). Madurez vocacional e inteligencia emocional. Influencia y eficacia de la aplicación del programa: Plan de Acción Tutorial Vocacional, PAT- VOCACIONAL (PAT-V) (Tesis Doctoral). Universidad de Extramadura. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=45710>

Santana, L., Feliciano, L. y Santana, J. (2013). Madurez y autoeficacia vocacional en 3ro y 4to de ESO, bachillerato y ciclos formativos. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía (REOP), 24 (3), 8-26.

Toribio, L. (2015, agosto 14). 40% se equivoca en la elección de carrera. Excélsior. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/08/14/1040196>

Terapia cognitivo conductual aplicada a un caso de duelo

Lic. Yuvisela Analy Saucedo Malacara*

Lic. Diana González Reyes*

Mtra. Karla Patricia Valdés García*

*Universidad Autónoma de Coahuila

Descriptores: Duelo, Depresión, Mujer, Terapia, Cognitivo conductual

Ante la pérdida de un ser querido o de algo significativo para las personas, se genera un proceso personal denominado duelo, que es natural, saludable y necesario. El duelo, según autores que lo han estudiado, conlleva reacciones emocionales como la ira, tristeza, el sufrimiento, etc; debido al quiebre de un vínculo importante entre la persona que lo vive y aquel o aquello que ha perdido. Entendido desde esta postura se podría considerar que es una reacción adaptativa ante el cambio que produce esta pérdida (Egozcue R, 2005). Al ser personal, este proceso está influenciado por factores psicológicos, físicos y sociales propios de quien lo vive, sin embargo, es común seguir el modelo de Elizabeth Kubler –Ross (1926-2004) para explicar su evolución a través de cinco fases o etapas: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación; la hipótesis es que, al pasar por cada una de estas etapas, el duelo se resuelve y la persona puede concluir el proceso (Cuadrado I Salido, 2010; Gil- Julia, Bellver, & Ballester, 2008; Meza et al., 2008). Sin embargo, no todas las personas que pasan por una pérdida pueden resolver sus duelos, cuando esto sucede se convierten en dolientes crónicos, en el caso de la pérdida por muerte, y aparece el autocastigo y la culpa, aplazando la resolución del duelo por meses e incluso años (Egozcue R, 2005). Este aplazamiento en la resolución del duelo, es considerado por algunos autores como duelo complicado y según Romero (2013) desde una orientación cognitivo conductual se reconocen tres aspectos que contribuyen a la aparición y mantenimiento de esta complicación: Primero, las personas con duelo complicado realizan una mala elaboración e integración de la pérdida en la base de datos de conocimientos autobiográficos. Segundo, presentan creencias globales y negativas, además de una inadecuada interpretación de las reacciones y manifestaciones que se producen; y tercero, se desarrollan estrategias de afrontamiento ansioso – depresivas a la hora de abordar lo sucedido (p. 385).

La terapia cognitivo conductual propone enseñar a los pacientes a desechar los sentimientos y pensamientos alrededor de la pérdida a través de un razonamiento empírico y lógico; para disminuir la ansiedad o preocupación y reestructurar las creencias irracionales que exacerban el dolor emocional y la culpa. (Ellis & Abrahms, 2005).

Bajo este panorama se presenta el estudio de caso clínico de una paciente mujer de 20 años de edad y estudiante del 3er semestre de una licenciatura del área de ciencias de la salud; quien acude a consulta reportando como motivo de consulta el aprender a manejar sus emociones y conocerse mejor, pues desde hace aproximadamente un año, está muy sensible y llora constantemente; refiere que recientemente terminó una relación de noviazgo y falleció su abuelo. La paciente es la hija mayor de sus padres, los cuales están divorciados, esto sucedió cuando ella tenía 5 años, tiene un hermano de 16 años; con una relación cercana a su madre, a pesar de haber pasado por diversas discusiones y conflictos en la adolescencia que la llevaron a mudarse para vivir con su abuela por un periodo de tiempo. Con su padre mantiene una relación distante, él vive en otro país y hablan poco. Con sus abuelos mantenía una relación muy cercana, en el momento de la consulta presentaba un duelo por el fallecimiento de su abuelo. El problema de la paciente comenzó cuando en 2017 tuvo un aborto, no sabía que estaba embarazada y realizando una actividad de esfuerzo físico con su pareja. Después de esto, la paciente no habló del tema con su pareja, familiares y/o amigos, reporta que no presentó conductas como llanto, ni solicitó ningún tipo de apoyo emocional. Hasta que en el 2018 en una clase tocaron el tema del aborto, y se desencadenaron los síntomas que presenta la paciente; en esa primera ocasión, llegó a su casa y lloró incesantemente, no salió de su recámara sin embargo no tocó el tema con nadie más y siguió guardándose para sí esos sentimientos. Al poco tiempo, su madre le comparte su decisión de divorciarse de su pareja, padrastro de la paciente, y que debido a ello se mudarán de casa, lo que desata en ella enojo, a pesar de no tener una relación cercana con el padrastro, pues refirió que la relación con él era mala debido a que en una ocasión vio que él la espiaba mientras se bañaba, cuando le comentó este suceso su madre esta no le creyó y por este motivo vivió un año con su abuela, dejó de ver a sus hermanastros y experimentó sentimientos de tristeza. Poco después del divorcio su madre inicia una nueva relación, y a partir de esta situación tiene conflictos familiares, pues ella estaba molesta con esto y no lo aceptaba. Termina la relación con su novio, ya que refiere que él la violentaba física y psicológicamente. Posteriormente la paciente cambia de municipio para ir a estudiar a la ciudad de Saltillo, Coahuila. En este periodo inicia una nueva relación la cual termina después a los pocos meses ya que su pareja le dice que ya no la quiere y la deja el mismo día que recibe una llamada de Monclova avisándole del fallecimiento de su abuelo. Desde ese momento hasta el inicio del tratamiento la paciente nota que los síntomas van en aumento. Estos eventos la llevan a creer que no disfruta ni valora el tiempo y los momentos con familiares, amigos, etc., sintiendo tristeza, culpa, enojo y miedo, traducidos en conductas como llanto incontrolable, dejar de comer, gritar, no dormir o dormir de más; y en ocasiones más graves, dificultades para respirar, temblor de manos y de la voz. El estrés se explica cuando deja de hacer las cosas, a pesar de tenerlas organizadas, reforzando la creencia de no valorar el tiempo, y apareciendo el estrés y sus manifestaciones. Esto ha provocado que la paciente se aisle y presente un deterioro en su rendimiento cotidiano. En caso de que ella no hubiera solicitado apoyo psicoterapéutico especializado y el curso sintomatológico hubiese continuado era muy probable que la paciente desarrollara depresión, estrés crónico y posibles dificultades en sus habilidades sociales.

Para la evaluación de la paciente se utilizó el Inventario de Síntomas (SCL-90-R), donde se aprecia sintomatología elevada para depresión dato que no se corrobora del todo en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en donde puntúa para depresión leve. Además, se detectan rumiaciones relacionadas a la culpabilidad, pérdida del tiempo, etc.; así mismo se presentan indicadores de sentimientos de inferioridad o inadecuación, con un alto componente cognitivo. Así mismo se aplicó la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad (SCID-II) en donde se observó la presencia de rasgos significativos de trastorno depresivo de la personalidad, lo que explica el desánimo, la tristeza, el llanto, angustia, miedo, culpa, etc.

Para evaluar ansiedad se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que muestra ansiedad severa de tipo fisiológica lo que implica aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, dificultad para respirar, etc., seguida de rumiaciones y de actividad motora, es decir, es propensa a pensar en aquellas situaciones que le provocan ansiedad y se observan movimientos involuntarios en extremidades. En cuanto a las situaciones que le provocan ansiedad, están las situaciones cotidianas que explicarían el estrés al que se somete por las responsabilidades de su profesión, y

finalmente las relacionadas con sentirse evaluada y el conocimiento de sus propias emociones. Finalmente, en la evaluación se aplicó el test de creencias de Ellis, mostrando una tendencia a evitar actividades que le representen responsabilidad o problemas, además da gran importancia a los eventos del pasado, llevándola a creer que este será determinante en su vida; lo que hace que perciba constantemente su entorno como amenazante. Además, busca la perfección implicación en el estrés, el control de las cosas, la necesidad de apego hacia algo o alguien que la contenga, necesita contar con la aprobación de otros y tiende a emitir juicios sobre otras personas. La evidencia de sintomatología depresiva, es consistente con un episodio de depresión según el DSM-V, sin embargo, no cumple con todos los criterios diagnósticos para determinar un trastorno del estado de ánimo. Se concluye que, ante las pérdidas experimentadas, la paciente tiene una serie de duelos no resueltos que han desencadenado los síntomas; y posiblemente estos son reforzados gracias a la tendencia de la paciente a rumiar constantemente sobre los hechos que le han ocurrido; por lo tanto, presenta sintomatología de depresión asociado a duelos no resueltos. El objetivo terapéutico se basó en la resolución del duelo por aborto, así como la activación conductual. La disposición y motivación para el cambio que muestra la paciente son recursos importantes que coadyuvaron al éxito de su tratamiento que consistió en 12 sesiones; se consideró una intervención cognitiva conductual en tres fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva y activación conductual; se utilizaron técnicas como la autobiografía, registro de pensamiento, solución de problemas, práctica cognitiva, ataque a la vergüenza, role playing y exposición. Los resultados del post test que muestran una reducción de los síntomas de depresión y obsesivo compulsivos, además de la disminución en la sintomatología de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora; así como las causas de la ansiedad por evaluación, fóbica y cotidiana. Durante el tratamiento se trabajó en reestructurar las creencias es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente observando disminución en los criterios de clasificación de la prueba aplicada. La paciente realizó cambios conductuales importantes, como enfrentar la situación del aborto hablando con su expareja permitiéndole elaborar en cierta medida ese episodio en su vida; pidiendo respeto a su madre y abuela del uso de su tiempo y poder expresar la negativa a resolver problemas que no le corresponden; aprendió a dejar de culparse cuando las cosas salían mal, retomó actividades deportivas que practicaba. A través de ejercicios de desactivación fisiológica aprendió a controlar el llanto, hasta que dejó de llorar repentinamente ante situaciones de estrés o dolor, y enfocarse en la búsqueda de soluciones, además de mostrarse más independiente. La intervención cognitivo conductual aplicada a este caso, logró la resolución del duelo principal de la paciente, pero además permitió reestructurar otras creencias dando como resultado un cambio positivo y significativo en ella.

Cuadrado I Salido, D. (2010). Las cinco etapas del cambio. *Capital Humano*, (241), 54.

Egozcue R, M. M. (2005). *Primeros auxilios psicológicos*. México: Paidós.

Ellis, A., & Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva (Segunda)*. México: Pax México.

Gil- Julia, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*2, 5(1), 103–116.

Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo.

Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28–31. <https://doi.org/16657330>

Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: Exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2–3), 377–392. <https://doi.org/10.5209>