

Análisis Psicológico del Desamparo.
Estudio de Caso de la Película “*The Babadook*”.

Alumna: Alba Luz Pérez Fernández

Tutorizado por: Ignacio Ibáñez Fernández y Livia García Pérez

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2021-2022

Resumen

Se lleva a cabo un estudio de caso a partir de la película "*The Babadook*" para hacer un análisis psicológico de la protagonista. La pérdida es un hecho inherente a la vida que siempre va sucedida de un proceso de duelo; su resolución depende de la combinación del estilo de apego y las estrategias de afrontamiento que se posean para reajustar conductas, despedirse y continuar la vida. En este caso, la protagonista presenta un escaso manejo de estrategias y un entorno poco protector, por lo que su proceso normal de duelo se convierte en un Trastorno de Duelo Complejo Persistente comórbido con un Trastorno de Estrés Postraumático. Para su análisis en profundidad por parte del alumnado universitario, se sugiere la creación de un entorno digital colaborativo para desarrollar una tarea de Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP) con objeto de repetir el estudio de caso y elaborar propuestas de evaluación psicológica, diagnóstico, elección de tratamiento y seguimiento, desde un modelo de Aprendizaje Experiencial mediado por el profesorado.

Palabras clave: estudio de caso, duelo, Trastorno de Duelo Complejo Persistente, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), enseñanza-aprendizaje de la psicología, cine

Title: Psychological Analysis of Homelessness. Case Study of the Film "*The Babadook*".

Abstract

A case study is carried out based on the film "*The Babadook*", to make a psychological analysis of the protagonist. Loss is an inherent fact of life that is always followed by a grieving process; its resolution depends on the combination of attachment style and coping strategies that one possesses to readjust behaviours, say goodbye and continue life. In this case, the protagonist presents scarce coping strategies and an unprotective environment, so that her normal grieving process becomes a Persistent Complex Bereavement Disorder comorbid with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). For an in-depth analysis by university students, we propose the design of a collaborative digital environment to develop a Project Based Learning (PBL) task for the repetition of the case study, and to develop proposals for psychological assessment, diagnosis, choice of treatment and follow-up, from an Experiential Learning model mediated by the teaching staff.

Key words: case study, grief, PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), psychology teaching, cinema

Los estudios de caso cumplen algunas funciones importantes como: ilustrar sobre los modelos de evaluación y de intervención psicológica mediante ejemplos de aplicación, dar a conocer nuevos retos en la práctica clínica y cómo enfrentarse a ellos, analizar la viabilidad y la eficacia de ciertas intervenciones psicológicas novedosas o ampliar la efectividad clínica y la aplicación generalizada de intervenciones que se han validado empíricamente (Drotar, 2009). Cuando nos planteamos el análisis de un estudio de caso, unos de los primeros problemas con los que nos enfrentamos es cómo resolver el cumplimiento de las normas de protección de datos y cómo ceñirnos al código deontológico de la profesión en cuestión.

En niveles educativos/formativos se hace complicado disponer de los consentimientos necesarios, mucho menos de la presencialidad, para ilustrar con casos reales, por lo que se recurre a bibliografía especializada para realizar debates teóricos sobre presunciones o interpretaciones personales, pero se adolece de la apreciación visual de los hechos.

Por otro lado, si nos centramos en algunos trastornos psicológicos concretos del DSM-5 (APA, 2013) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), se vuelve harto complejo ilustrar, instruir y ejemplificar muchos de los criterios necesarios para realizar un diagnóstico utilizando un caso real, ya que no sería ético ni tan siquiera teniendo su consentimiento. Y aún menos elaborar propuestas de posibles tratamientos psicológicos por alumnado que está todavía en período de formación y sin experiencia práctica.

La Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002) y el Código Deontológico del Psicólogo (COP 2015), recogen el derecho a la intimidad y la necesidad del consentimiento expreso a efectos de evaluación, investigación o docencia.

Sin embargo, el cine puede ser un recurso didáctico que facilita la visualización de los hechos de forma práctica y objetiva por parte de los discentes, que aun no estando exento de interpretaciones personales, se acerca bastante a la técnica psicológica de observación; por ello podríamos decir que en el cine encontramos una utilidad práctica educativa sensiblemente mayor que en otro tipo de recursos.

Existen multitud de textos que analizan desde el punto de vista psicológico una película o sus personajes, desde revistas específicas como “Revista de Medicina y Cine” (Revistas.usal.es., s.f.), hasta libros concretos en los que se hace un recorrido por los diferentes trastornos psicológicos, pasando por artículos que analizan personajes o películas específicas. A su vez, la propia APA tiene una segunda división dedicada a la enseñanza de la psicología, cuyo órgano gestor (Society for the Teaching of Psychology, n.d.), recomienda el cine como recurso.

Es el elemento más cercano, de fácil acceso, dinámico y atractivo para trabajar en el aula en sesiones largas o cortas según disponibilidad; permite captar la atención, recoger información previamente delimitada, revisar y reanalizar escenas, abrir debate, aportar hipótesis, elaborar discusiones, y un largo etcétera que cualquier docente puede adaptar a los contenidos teóricos y prácticos de su asignatura. Si se le añaden las inmensas facilidades tecnológicas de las que hoy disponemos, se abre un campo de posibilidades aún mayor.

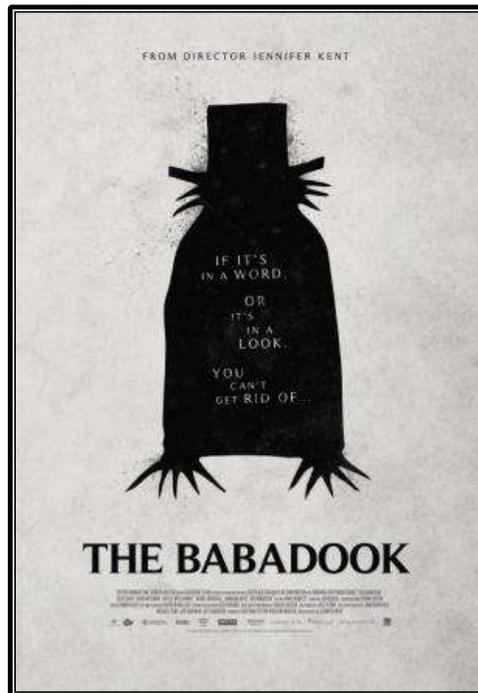
A lo largo de las últimas décadas, se han realizado análisis de todo tipo de muchas películas, incluidos análisis psicológicos; pero no se trata solo de utilizar el producto comercial de este género narrativo didáctico, sino de crear recursos adaptados a la realidad y necesidades de la asignatura y del alumnado. Por supuesto que planificar, diseñar y elaborar dicho material implica mucho tiempo de dedicación y no se aspira a ser tan pretensiosos, pero sí sentar las bases de un futuro proyecto que vaya poco a poco aglutinando elementos cinematográficos que conformen una base de datos y recursos educativos que puedan ser utilizados de forma práctica por cualquier miembro de la comunidad universitaria.

Para este estudio de caso se ha elegido la película australiana “*The Babadook*” (Kent, 2014) (Figuras 1a y 1b), por ser de reciente producción, poco conocida y escasos análisis psicológicos (Chusna et al., 2020, Ingham, 2015); esto representa un reto para ser examinada desde diversos puntos de vista, al abordar un trastorno psicológico que parece presentar comorbilidad con otros, lo que permite un estudio más complejo.

Para desarrollar este estudio se ha seguido, con las adaptaciones necesarias, la propuesta de buenas prácticas que hace Vicente-Colomina et al. (2020) para la redacción de estudios de caso en Psicología Clínica. Se obviarán algunos apartados al no ser normativos en este procedimiento por ser un caso ficticio.

Figura 1a

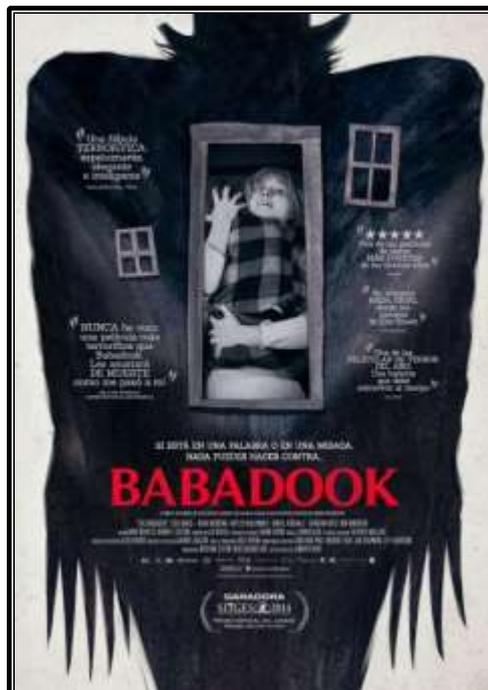
Cartel "The Babadook", Versión Original.



Nota. Reproducido de "Babadook", n.d., (Filmaffinity.com). ©

Figura 1b

Cartel "The Babadook", Versión Español.



Nota. Reproducido de "Babadook", n.d., (Blogspot.com). ©

El objetivo será analizar el personaje de Amelia desde un punto de vista psicopatológico con objeto de hacer un pseudoestudio de caso. El propósito será generar hipótesis diagnósticas, que llegado el caso, se podrían confirmar solamente mediante la corroboración de los síntomas, pero no por los datos obtenidos de la aplicación de las pruebas. Posteriormente se puede diseñar un programa de intervención en base a la descripción que se haga del caso en grandes líneas.

La propia APA considera que centrarse en tratamientos que cuentan con apoyo empírico (vía ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis, y por tanto centrados en el tratamiento), descuidan las particularidades del caso concreto, del paciente y de sus circunstancias reales, aspecto este que sí contemplan los estudios de caso como un representante de la evidencia basada en la práctica de la psicoterapia. Desde otra perspectiva, se argumenta que la mayor parte de la varianza para explicar la eficacia terapéutica, no depende del tratamiento seguido (que apenas llegaría al 14% de la varianza explicada), sino de características propias del paciente ajenas al tratamiento (Norcross y Lambert, 2019), en línea con el planteamiento que hace Pérez-Álvarez (2019) de que la psicoterapia es más una ciencia humano que tecnológica.

Este estudio de caso se utilizará como ejemplo ilustrativo para el ámbito académico universitario, dándole un valor didáctico que lleve al alumnado a la aplicación de conceptos aprendidos y la posibilidad de elaborar nuevas hipótesis para otras propuestas. La propuesta didáctica se hará combinando el modelo de Aprendizaje experiencial y la metodología de Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP).

Diseño

Para abordar esta propuesta, se tomará como paciente ficticia a Amelia, protagonista de la película "*The Babadook*", a través del modelo de estudio de caso clínico de corte descriptivo y cualitativo, orientado a la práctica de detección de posibles trastornos psicológicos.

Posteriormente se propondrán instrumentos de evaluación psicológica y se diseñará una propuesta de tratamiento que pueda servir como modelo inicial, a sabiendas que las posibilidades son diversas, por lo que en ningún momento será un diseño cerrado sino una de las múltiples posibilidades a valorar.

A partir de este estudio teórico, se propone la elaboración de un recurso didáctico que integre los contenidos de varias asignaturas, según el Plan de Estudios del Grado en Psicología y/o Estudios de Posgrado de la Universidad de La Laguna, y que estarán a disposición de quienes deseen implementarlos con total libertad de modificar lo que consideren necesario o apropiado para la docencia.

Metodología de Evaluación: Instrumentos

La evaluación se inicia con una entrevista semiestructurada para recoger información indagando el pasado y las condiciones ambientales y sociales, referentes a los antecedentes, contexto de los problemas y situaciones concretas en las que se manifiestan las conductas desadaptativas, complementada con un cuestionario autobiográfico o autoinforme, que recoja datos personales, situación actual, circunstancias de la pérdida, historia de relación con la persona fallecida, recursos personales y funcionamiento familiar (Barreto y Soler, 2007).

Con estos datos se plantea la hipótesis de inicio (origen) y la hipótesis de mantenimiento de la sintomatología, elaborando el análisis funcional que integre las diferentes variables y relaciones causales con la problemática presentada, para la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado (Kaholokula et al., 2013) en la formulación del caso.

La entrevista y el autoinforme se completan con los datos recogidos de los siguientes cuestionarios sobre duelo complejo y factores de riesgo y protección:

- ITRD: Inventario Texas Revisado de Duelo (*The Texas Revised Inventory of Grief* de Faschingbauer et al., 1987). Adaptado al castellano por García-García et al. (2005). Inventario auto-administrado para clasificar en alguna de las categorías del duelo: ausencia, retardado, prolongado o agudo; consta de 21 ítems tipo Likert (1 a 5 puntos), relacionados con conductas y sentimientos de la persona doliente en el momento inmediato del fallecimiento.

- IDC: Inventario de Duelo Complicado (*The Inventory of Complicated Grief* de Prigerson y Jacobs, 2001). Adaptado al castellano por García et al. (2009). Inventario auto-administrado para discriminar el duelo normal del duelo complejo; consta de 19 ítems con una escala tipo Likert en 5 categorías de “*nada*” (0) a “*siempre*” (4).

- GRC: *Grief Reaction Checklist* de Remondet y Hansson (1987). Cuestionario para medir la reacción al duelo; consta de 7 ítems puntuados de 1 a 5, que evalúan la aceptación, el encierro y la reintegración social.

- BDI: *Beck Depression Inventory* de Beck (1961). Inventario para evaluar la intensidad de la depresión; consta de 21 ítems en una escala tipo Likert con 4 alternativas de menor a mayor, para señalar la que mejor se asemeja al estado medio en la última semana.

- BAI: *Beck Anxiety Inventory* de Beck (1988). Inventario para medir el grado de ansiedad en categorías sintomáticas y conductuales; consta de 21 ítems en una escala tipo Likert con 4 categorías de respuesta de 0 (*ausencia del síntoma*) a 3 (*severidad máxima*).

- EGS-R: Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa et al. (2016). Entrevista estructurada para evaluar la gravedad de síntomas del TEPT y adecuar la toma de decisiones para el tratamiento más adecuado; consta de 21 ítems en una escala tipo Likert con puntuaciones de 0 a 3, según la intensidad y frecuencia los síntomas en 4 bloques sintomáticos nucleares: reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de activación/reactividad psicofisiológica; a los que se añaden 2 bloques complementarios: presencia de síntomas disociativos y grado de afectación/disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático.

- CBCL 6-18: *Child Behavior Checklist* de Achenbach y Rescorla (2001). Lista de verificación para medir los problemas emocionales y de conducta en infancia y adolescencia, según observación de su padre y/o madre en los últimos 6 meses; consta 118 ítems con una escala Likert de 0 (*algo*) a 2 (*frecuentemente*), agrupados en 8 dominios que se clasifican en 2 bandas de comportamiento: internalización y externalización.

A lo largo de la terapia y al terminar el tratamiento, también es necesario llevar a cabo evaluación de los resultados parciales y finales antes de dar por finalizado el proceso de duelo, así como diseñar un plan de seguimiento para los meses siguientes. En este sentido, la evaluación de resultados (Worden, 1997) va dirigida a los cambios producidos en 3 aspectos fundamentales: la experiencia subjetiva (emociones y cogniciones) que percibe la persona doliente con aumento de autoestima y reducción de culpa, las conductas adaptativas observables que

adquiere de forma espontánea y el alivio de sintomatología somática relacionada con el duelo.

Presentación del caso

Amelia es una mujer de entre 30 y 35 años, que perdió a su pareja hace 7 años en un accidente de tráfico cuando acudían al hospital para dar a luz a su hijo Sam. Pérdida que la ha llevado a sufrir un dolor emocional intenso que se ha extendido en el tiempo.

Trabaja como cuidadora en un centro de mayores y mantiene escasas relaciones con sus compañeros/as de trabajo, teniendo ciertos desencuentros con sus superiores por retrasos o ausencia laboral al tener que atender a su hijo por problemas escolares o enfermedad.

Su hijo Sam crece interesado en la magia y los cuentos, obsesionado con construir armas para luchar contra el monstruo fruto de sus fantasías que dice habita en la casa; tiene conductas disruptivas en el colegio y episodios repentinos de rabietas incontrolables en su entorno familiar.

Amelia tiene una hermana con la que mantiene una relación tensa porque no entiende su comportamiento ni la duración de su dolor y tristeza, lo que suscita entre ambas conductas de confrontación y distanciamiento.

Durante estos 6 años se ha negado a celebrar el cumpleaños de su hijo porque coincide con el aniversario del fallecimiento de su pareja. Cualquier situación que le recuerde a su pareja o escenas en las que otras parejas se manifiestan afecto, le produce gran malestar. En el sótano guarda todas las pertenencias de su pareja y no permite que su hijo acceda al lugar. Con su hijo muestra conductas de preocupación por sus necesidades básicas pero sin manifestaciones afectivas adecuadas en una relación materno-filial.

Se acerca el 7to cumpleaños de Sam y una noche, antes de dormir, éste le pide a su madre que le lea un misterioso e inquietante libro de cuentos del cual no saben su procedencia, "*The Babadook*"; a partir de este momento se desencadenan una serie de acontecimientos "*extraños*" que desestabilizan la vida familiar.

Amelia manifiesta encontrarse desbordada, apática y sin apoyo social ni familiar. En los últimos tiempos ha comenzado a tener problemas con el sueño y a tener pesadillas terroríficas le que parecen reales, y cuando está despierta, sufre alucinaciones. Acude al médico para que le recete algún fármaco que los ayude a

dormir, tanto a ella como a su hijo. Con la excusa de que su hijo está enfermo, ha dejado de acudir a su trabajo y su hijo al colegio, por lo que los servicios sociales han tenido que intervenir para comprobar si la situación del menor es apropiada o deben retirarle su custodia. Las alucinaciones van en aumento y ya no es capaz de distinguir la realidad de la imaginación, deteriorándose tanto el clima de bienestar familiar como su estabilidad emocional.

Desde un punto de vista interpretativo, todo esto parece nacer de una situación emocional de pérdida a la que Amelia no ha podido hacer frente en los últimos años, sintiéndose sola, triste y aprisionada en su hogar con un niño por el que no sabe muy bien qué siente pero lucha por quererlo. Sam, a su vez, se siente vulnerable, sin saber con certeza si su madre lo quiere hasta que ambos van desarrollando miedos bajo la alegoría de “*Babadook* = Hombre del saco” contra el que el niño intenta luchar para proteger a su madre y no perderla.

Por su parte, Sam presenta bajo control de las emociones, dificultades en las relaciones interpersonales y sintomatología compatible con conductas externalizantes (Achenbach, 1991) que deberían ser valoradas junto a una posible comorbilidad con un trastorno internalizante, o bien proceder a una evaluación psicológica más amplia, para realizar un diagnóstico diferencial de otro tipo de trastornos. Tras analizar la sintomatología en profundidad, debería ser evaluado para una posible intervención si fuera necesario, ya que estos tipos de trastorno, que afectan al contexto familiar y escolar, interfieren en la vida cotidiana, se pueden generalizar a otras áreas y afectar a la vida adulta.

Antecedentes

Amelia y Oskar son una pareja que acude de urgencia al hospital por situación de parto inminente de su primer hijo. Durante el trayecto sufren un accidente de tráfico y fallece Oskar. Amelia da a luz un niño al que pone de nombre Samuel (Sam); y lleva la maternidad en solitario teniendo como única relación familiar a su hermana (Claire), sin apoyo afectivo ni empático, que a su vez tiene una hija (Ruby) de la misma edad que Sam.

Amelia hace un intento de iniciar un romance con uno de sus compañeros (Robbie), que incluso se interesa por prestarle ayuda cuando Sam se encuentra indispuesto, pero se distancia al comprobar que Amelia no ha sido sincera con la

enfermedad de su hijo. En la vivienda aledaña vive una anciana (Mrs Roach) siempre pendiente de Amelia y Sam y dispuesta a prestarles ayuda.

En el estudio de caso actual, y con la información que se recoge con el visionado de la película, nos llevaría a considerar como uno de los aspectos a evaluar, el proceso de duelo que se manifiesta en Amelia.

La propuesta de Worden (1997) entiende que la finalidad última de la intervención en procesos de duelo es conseguir que la persona doliente resuelva las cuestiones que quedaron pendientes en el momento de la pérdida y sea capaz de dar el adiós definitivo sin olvidar los recuerdos saludables, identificar todas las emociones, reajustar las conductas para continuar con su vida y expresar un adiós apropiado.

Para ello es necesario realizar una evaluación psicológica que valore diferentes áreas (Figura 2) de la persona doliente e identificar qué variables están incidiendo directamente en las dificultades que presenta el proceso de duelo (Worden, 1997).

Figura 2

Áreas a Evaluar en la Persona Doliente (Worden, 1997).



Formulación del Caso

Se ha tomado como paciente ficticia a Amelia, protagonista de la película “*The Babadook*” (Kent, 2014), que se desarrolla en el contexto de un duelo que no se resuelve en el tiempo considerado normal según edad y cultura.

El constructo de pérdida tendrá una mejor comprensión si se analiza desde cómo se forja el apego, y por tanto, la tristeza que se genera ante la pérdida, pudiendo incluso llegar a aparecer síntomas depresivos (Bowlby, 1993).

La teoría del apego de Bowlby (1977) propone que desde edades tempranas sentimos la necesidad de protección y seguridad que favorece que se generen fuertes lazos afectivos con la persona cuidadora, teniendo esto gran impacto en otras relaciones posteriores con personas significativas, como pueden ser parejas o descendencia, con gran influencia del tipo de apego aprendido en la infancia: seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado.

Ante una pérdida se percibe que estos lazos se ponen en peligro y por tanto se empiezan a producir diversas reacciones con diferentes niveles de intensidad según el potencial del lazo afectivo existente (Worden, 1997); si dicho potencial es alto y se trunca, se producirán reacciones de alta intensidad, como llanto incontrolado, ira, enfado (Bowlby, 1977), y si la percepción de peligro no disminuye, pueden aparecer otros sentimientos que, si se perpetúan en el tiempo, pueden cronificarse y convertirse en rechazo, apatía o desespero.

En el DSM-5 se define el duelo como “Estado que surge con la pérdida, por causa de muerte, de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación. Este estado incluye una serie de respuestas de pena y de luto.” (APA, 2013). El duelo no es por tanto una enfermedad, pero sí puede causar síntomas parecidos a una enfermedad fisiológica (Engel, 1961), sobre los que habrá que intervenir en una atención temprana para evitar que un duelo normal se convierta en un Trastorno de Duelo Complejo Persistente, y aún más si existe vulnerabilidad previa o más factores de riesgo que de protección (Worden, 1997).

De acuerdo con lo anterior, el duelo que vive Amelia tendría las características de un duelo patológico, complicado y traumático, por tanto compatible con un Trastorno de Duelo Complejo Persistente, según el DSM-5.

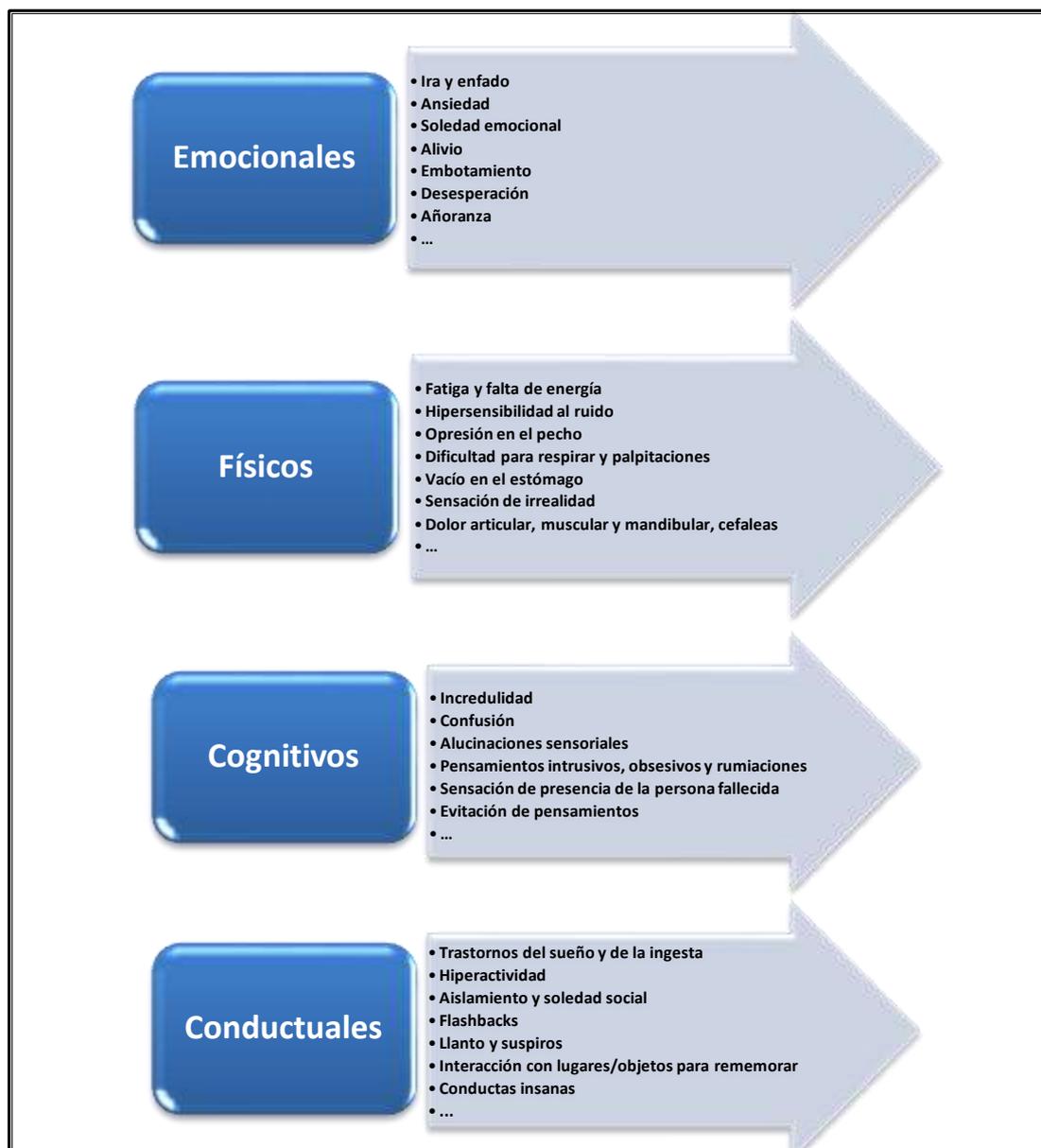
A lo expuesto se añade que toda la situación vivida por Amelia se manifiesta como altamente estresante, superando sus habilidades de afrontamiento y llevándola a padecer a lo largo del tiempo, no sólo consecuencias psicológicas sino también familiares, laborales y sociales. Lo que nos llevaría a concluir que este Duelo Complejo Persistente cursaría de forma comórbida con un Trastorno de Estrés Postraumático, según el DSM-5.

A lo largo de la vida aparecen diversos estresores a los que se debe hacer frente con la finalidad de mantener el equilibrio vital; uno de los estresores que requiere mayor esfuerzo de adaptación es la pérdida en general, y la pérdida de un ser querido en especial, más aún si se ha producido de forma traumática como es el caso que aquí se presenta.

No todos los síntomas tienen que producirse, ni aquellos que se producen lo hacen de forma simultánea; Worden (1997) clasifica los posibles síntomas (Figura 3) en 4 grupos: emocionales, físicos, cognitivos y conductuales.

Figura 3

Clasificación de la Síntomatología del Duelo (Worden, 1997).



Diversos autores proponen que el duelo requiere de un proceso, absolutamente normal, con una serie de fases o etapas (Figura 4), que sirve para la adaptación a la nueva situación; pero este proceso no tiene por qué ser secuencial, en un orden único, ni idéntico para todas las personas, sino que vendría mediado por características personales, sociales y ambientales.

Figura 4

Etapas del duelo según diversos autores.

Kubler-Ross (2007)	Parkes (1972)	Worden (1997)	Neimeyer (2007)	Payás (2010)
<input type="checkbox"/> Negación	<input type="checkbox"/> Insensibilidad	<input type="checkbox"/> Aceptación	<input type="checkbox"/> Reconocer la pérdida	<input type="checkbox"/> Choque
<input type="checkbox"/> Ira	<input type="checkbox"/> Anhelo	<input type="checkbox"/> Emociones y dolor	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Negación
<input type="checkbox"/> Negociación	<input type="checkbox"/> Desorganización	<input type="checkbox"/> Adaptación	<input type="checkbox"/> Revisión	<input type="checkbox"/> Integración
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Reorganización	<input type="checkbox"/> Recolocar y recordar	<input type="checkbox"/> Reconstrucción	<input type="checkbox"/> Transformación
<input type="checkbox"/> Aceptación			<input type="checkbox"/> Reinención	

Cuando se superan las diferentes fases, se consigue aprender a vivir sin la persona fallecida, recordarla sin dolor, se es capaz de experimentar nuevas sensaciones agradables y plantearse nuevos retos; si se lleva a cabo en un tiempo acorde con la edad y la propia cultura, se podría concluir que el duelo se ha resuelto adecuadamente (Payás, 2010); pero cuando el duelo parece no tener fin, es necesario explorar qué variables pueden estar interfiriendo en el proceso.

Las causas que pueden mediar para que el duelo se convierta en complejo persistente pueden tener diferente origen (Worden, 1997); por un lado se apunta a factores personales de vulnerabilidad previa y por otro a escasos factores de protección y/o abundantes factores de riesgo, tal y como se muestran en la Figura 5.

Figura 5

Factores de Riesgo en el Duelo (Worden, 1997).

VULNERABILIDAD	RIESGO	PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas previas no resueltas • Tipo de apego dependiente • Personalidad inestable • Obligaciones múltiples • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad (juventud) / Sexo (mujer) • Pérdida de hijo/a o pareja • Hecho repentino y/o traumático • Salud delicada • Depresión • Emotividad • Escasas aficiones • Autoconcepto negativo • Autoestima baja • Valoración negativa del futuro • Escasas estrategias de afrontamiento • Falta de apoyo familiar y/o social 	<ul style="list-style-type: none"> • Resiliencia • Apoyo familiar • Apoyo social • Capacidad de expresar la pérdida • Capacidad comunicativa • Duelos previos resueltos • Sin antecedentes psicopatológicos • Aficiones personales • ...

A su vez habrá que tener en cuenta ciertas conductas que pueden ser señales de alarma ante una inadecuada resolución del duelo; Worden (1997) sugiere que estas conductas pueden mostrar características bipolares o ser inapropiadas para un afrontamiento eficaz (Figura 6).

Figura 6

Conductas no Adaptativas ante un Duelo (Worden, 1997).

Bipolares		Inapropiadas
Ningún síntoma desde el principio	Los síntomas se alargan en el tiempo	
Afrontamiento funcional	Afrontamiento no funcional	Consumo sustancias/fármacos
Incapacidad para tolerar el malestar	Insensibilidad y falta de emotividad	Negación de la pérdida
Guardar todas sus pertenencias	Deshacerse de sus pertenencias	Idealización persona fallecida
Rumiaciones permanentes	Evitación permanente	Hiperactividad
Imagen personal de fortaleza	Depresión previa	Espiritualidad desmedida
Euforia desmedida	Apatía	Tentativa de autolisis
Presión por parte del entorno	Sobreprotección del entorno	

Los episodios de depresión reactiva forman parte del proceso normal de duelo, pero cuando éste se vuelve complejo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial de un Episodio de Depresión Mayor (EDM).

El DSM-5 (APA, 2013) determina algunas especificaciones para diferenciar el duelo de un EDM (Figura 7): “En el duelo, el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer”.

Figura 7

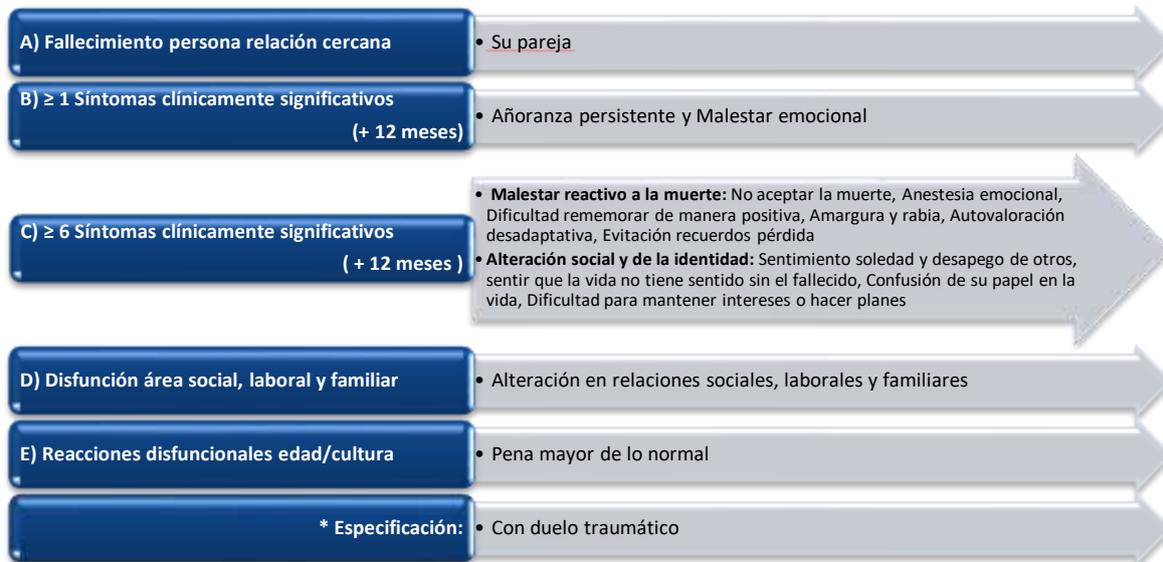
Especificaciones del Duelo y de un EDM según DSM-5 (APA, 2013).

DUELO	EDM
La disforia se produce en oleadas, llamadas punzadas de duelo, asociadas a pensamientos o recuerdos de la persona fallecida	El estado de ánimo deprimido no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicas
La disforia disminuye su intensidad en días o semanas	Es persistente
Puede ir acompañado de emociones y humor positivos	Intensa infelicidad y miseria
Pensamientos relacionados con la persona fallecida	Autocrítica y rumiación pesimista
Autoestima conservada	Autoestima deteriorada
Autolisis dirigida a reunirse con la persona fallecida	Autolisis dirigida a poner a su vida por no ser capaz de hacer frente a la depresión

En el Apéndice A se muestran los criterios diagnósticos que determina el DSM-5 (APA, 2013) para el Trastorno de Duelo Complejo Persistente y en la Figura 8 se muestra cómo se manifiestan en Amelia.

Figura 8

Conductas Problema Relacionadas con el Trastorno de Duelo Complejo Persistente.



En el Apéndice B se incluyen los criterios diagnósticos que determina el DSM-5 (APA, 2013) para el Trastorno de Estrés Postraumático y en la Figura 9 se muestra cómo se manifiestan en Amelia.

Figura 9

Conductas Problema Relacionadas con el Trastorno de Estrés Postraumático.



A tenor de estos criterios diagnósticos expuestos según el DSM-5 (APA, 2013), parece que la sintomatología de Amelia es compatible con un Trastorno de Duelo Complejo Persistente [309.89 (F43.8)] comórbido con un Trastorno de Estrés Postraumático [309.81 (F43.10)].

Tratamiento

Tras la pérdida de una persona significativa es normal que se produzcan reacciones: fisiológicas, emocionales, conductuales, cognitivas, en una escala de graduación muy amplia. Aquellas personas que poseen adecuadas estrategias de afrontamiento, van superando las etapas y resuelven el duelo en un tiempo razonable, pudiendo continuar con normalidad su vida; pero otras personas presentan dificultades para afrontar esas reacciones y esto les impide superar las etapas con éxito (Worden, 1997).

Ante una situación de duelo, al ser éste un proceso adaptativo, reparador e incluso transformador, puede ser conveniente recibir asesoramiento en diferentes momentos y por parte de numerosos agentes válidos que acompañen en ese proceso como método preventivo: personal sanitario, servicios funerarios, red familiar y social, entorno de espiritualidad, servicios de información, asesoramiento y acompañamiento, grupos de apoyo o autoayuda, etc. Pero también se puede hacer necesario y conveniente un recurso especializado como es el servicio profesional psicológico, que en los primeros momentos actuará desde el asesoramiento para una resolución adecuada, tiene los conocimientos para pronosticar posibles dificultades y posee la formación necesaria para abordar terapias más complejas si el duelo se tornara complejo.

Para llevar a cabo el proceso de asesoramiento, Worden (1997) propone diez principios, a través de varias técnicas, para afrontar un duelo agudo y conseguir una resolución favorable, pudiéndose aplicar igualmente cuando el duelo es complejo.

Conjuntamente se debe disponer de formación específica y nivel competencial profesional; se requiere dominio para la correcta aplicación de los procedimientos terapéuticos que van dirigidos, no solo a tratar cada situación problema específica, sino fundamentalmente los dirigidos a la ayuda para completar el proceso del duelo de forma adecuada, evitando en lo posible el desbordamiento incontrolado de las emociones del doliente y favoreciendo el afrontamiento de las dificultades que van surgiendo a lo largo de toda la terapia.

La combinación de los Principios y Técnicas (Figura 10) con los Procedimientos (Figura 11) que propone Worden (1997), posibilitarán un asesoramiento y tratamiento más eficaz

Figura 10

Principios y Técnicas de Asesoramiento (Worden, 1997).

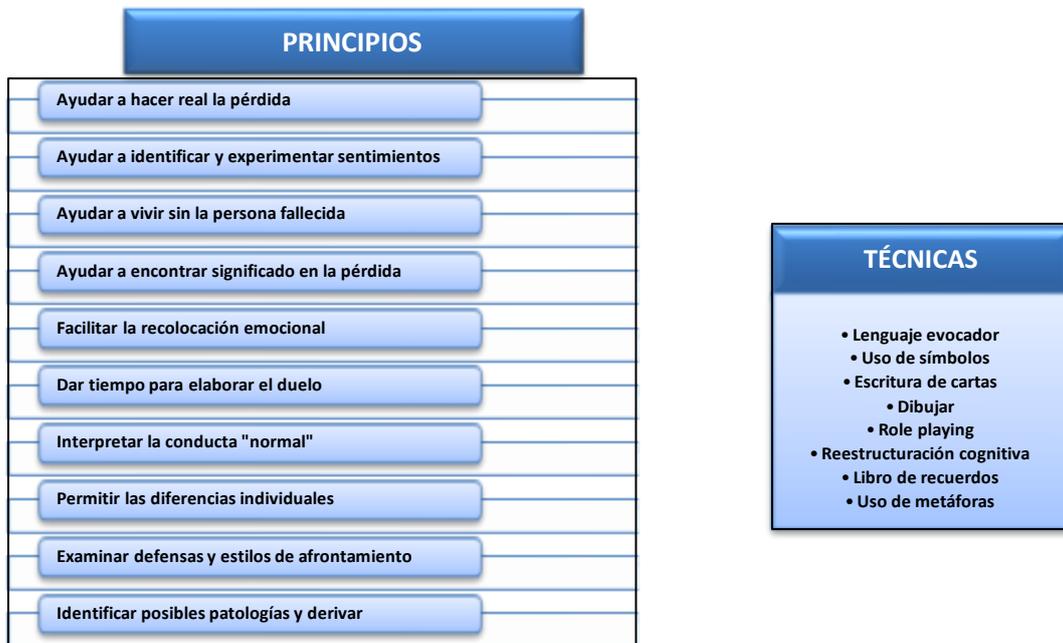


Figura 11

Procedimientos Terapéuticos para Afrontar el Proceso de Duelo (Worden, 1997).



A pesar de los posibles beneficios del asesoramiento ante una situación de duelo normal o complejo, puede ser necesario implementar terapias específicas que

cuenten con mayor apoyo empírico y con una perspectiva funcional y contextual de los trastornos psicológicos. Dentro de las llamadas “Terapias de tercera generación” destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como la de mayor apoyo empírico, con la finalidad promover flexibilidad psicológica proponiendo la aceptación y experimentación de eventos privados, sin juicios valorativos, orientándose hacia los valores y objetivos relevantes para su vida (Pérez-Álvarez, 2014), partiendo de las ventajas e inconvenientes de la condición humana, asumiendo el impacto de las posibles contingencias en consonancia con una relación contextual-funcional, según el modelo funcional de la cognición y el lenguaje, destacando la detección y funcionalidad de la evitación experiencial para la prevención de trastornos psicológicos (Luciano et al., 2006). Este Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) es definido por Wilson y Luciano (2002) como un problema psicológico en el cual la persona evita tener contacto con sus sentimientos y con sus recuerdos de experiencias traumáticas, a través de conductas que alteren su frecuencia o la forma de expresarlos, como es el caso del Trastorno de Duelo Complejo, en el que se exacerbarían los síntomas y se alejaría de sus valores.

Para llevar a cabo la Terapia de Aceptación y Compromiso, se partirá del análisis funcional que recoja los síntomas, quejas y problemas planteados por la persona doliente, y se diseñarán las sesiones necesarias para abordar la sintomatología, los pensamientos limitantes y la orientación hacia los valores.

Resultados

Los resultados han sido obtenidos en base al análisis de las conductas de Amelia en el marco de las propuestas de diferentes autores y la concreción según el DSM-5. A partir de ahí se han enumerado posibles instrumentos de evaluación psicológica, se han expuesto diferentes propuestas de asesoramiento para las tareas del duelo y se plantea la implementación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, que de acuerdo con la literatura científica, parece ser la más eficaz para este tipo de trastornos.

Discusión

El objetivo final de este estudio era presentar un caso ficticio y su propuesta de formulación, para ser el punto de partida de un estudio más detallado por parte de alumnado universitario en formación, con la guía y asesoramiento del

profesorado a través de una metodología de Aprendizaje Basado en Proyectos desde un modelo experiencial.

Tras el visionado de la película “*The Babadook*”, en el estudio de caso se plantea la situación actual de Amelia, que habiendo sufrido un evento traumático junto a una serie de situaciones no protectoras, presenta una sintomatología compatible con un Trastorno de Duelo Complejo Persistente [309.89 (F43.8)] comórbido con un Trastorno de Estrés Postraumático [309.81 (F43.10)], todo ello según los criterios diagnósticos del DSM-5.

A partir de este planteamiento y del análisis hecho en el presente estudio de caso, se propone diseñar un entorno digital, colaborativo, interactivo y constructivista enfocado en “Aprender a aprender” (Adell y Castañeda, 2012), donde el profesorado, aplicando una metodología de Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP) como herramienta para adquisición de conocimientos y competencias profesionales (Toledo y Sánchez, 2018, Romero et al., 2009), y con un modelo de enseñanza-aprendizaje experiencial (Kolb y Kolb, 2011, 2013, 2017), plantee una Propuesta Didáctica (Apéndice C) siguiendo el Modelo de Enseñanza Centrado en el Alumnado (MECA) de la Universidad de La Laguna (ULL, 2021), en la que el alumnado sea el protagonista de su aprendizaje con la mediación y dinamización del profesorado (Vizcarro y Juárez, 2008).

Se sugiere aplicar una triangulación (Okuda-Benavides y Gómez-Restrepo, 2005) entre todos los equipos de trabajo, que permita al alumnado reconceptualizar sus conocimientos y competencias, mientras se lleva a cabo una evaluación formativa que incluya: una rúbrica con indicadores y niveles de logro para una heteroevaluación y una escala de valoración para una coevaluación; opcionalmente puede ser complementada con una autoevaluación para reflexionar, valorar y desarrollar en el alumnado la autocrítica de su proceso de aprendizaje (Kambourova et al., 2021).

En todo momento del proceso académico, se debe tener en cuenta que el alumnado está en fase de aprendizaje y no posee dominio de contenidos ni experiencia, por tanto se recomienda aplicar un modelo de metodología de Aprendizaje experiencial (Kolb y Kolb, 2011, 2013, 2017).

El estudio presenta limitaciones debido a que al no ser un caso real y de diseño transversal, no se han podido evaluar los niveles psicopatológicos con anterioridad a la pérdida, no se ha podido realizar una evaluación clínica, ni se han

podido aplicar los instrumentos de evaluación para cuantificar el comportamiento y así tener datos válidos y fiables que permitan su análisis e interpretación, ni tampoco para hacer una predicción, elegir el tratamiento más acorde o el seguimiento posterior.

Estos problemas son comunes a otras metodologías y acercamientos educativos; sin embargo, este enfoque experiencial de un estudio de caso es altamente motivador y permite integrar diferentes acercamientos a la hora de explorar los contenidos del plan de estudios en el ámbito de la Psicología.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Child Behavior Checklist/4-18*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach T. M. y Rescorla L.A. (2001). *Manual de Formularios y Perfiles de la Edad Escolar de ASEBA*. Centro de Investigación para Niños, Jóvenes y Familias de la Universidad de Vermont, Burlington, VT.
- Adell, J. y Castañeda, L. (2012). Tecnologías emergentes, ¿Pedagogías emergentes? En J. Hernández, M. Pennesi, D. Sobrino y A. Vázquez (Eds.), *Tendencias Emergentes en Educación con TIC*, (pp. 13-32). Asocian Espiral, Educación y Tecnología.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Babadook. (n.d.). *Blogspot.com*. <https://3.bp.blogspot.com/-BXJQ7YjxHBg/VJKdGkUGTuI/AAAAAAAAAPXY/Rk7NpNVXz2c/s0000/babadook-poster.jpg>
- Babadook. (n.d.). *Filmaffinity.com*. https://pics.filmaffinity.com/the_babadook-131562437-large.jpg
- Barreto, P. y Soler, M. C. (2007). *Muerte y duelo*. Síntesis.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), (pp. 893-897). <http://doi.org/10.1037//0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. J., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Un inventario para medir la depresión. *Archivos de Psiquiatría General*, 4, (pp. 561–571).
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva : tristeza y depresión*. Paidós.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (Psicología). Morata.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (2015). *Código deontológico del psicólogo*. <https://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>
- Chusna, I., Ansyahputri, A. R., Fikri, A. A. y Rafli, M. (2020). The Manifestation of Monster and the Emotional Repression in Jennifer Kent's *The Babadook* (2013). *Insaniyat: Journal of Islam and Humanities*, 4(2), (pp. 114-123). <https://doi.org/10.15408/insaniyat.v4i2.14453>

- Drotar D. (2009). Case studies and series: a call for action and invitation for submissions. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(8), (pp. 795–802).
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp059>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), (pp. 111-128).
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, (pp. 18-32).
- García, J. L., Reverte, M. L., García, J. G., Méndez, J. M. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), (pp. 291-297).
- García-García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C. y Gaminde, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, confianza y validez. *Atención Primaria*, 35(7), (pp. 353-358). <https://doi.org/10.1157/13074293>
- Ingham, T. (2015). *The Babadook* (2014, dirigida por Jennifer Kent) – Una reseña cinematográfica desde la perspectiva de la psicoterapia psicoanalítica. *Psychodynamic Practice*, 21(3), (pp. 269-270).
<https://doi.org/10.1080/14753634.2015.1005485>
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), (pp. 117-127).
<https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kambourova, M., González-Agudelo, E. M. y Grisales-Franco, L. M. (2021). La autoevaluación del estudiante universitario: revisión de la literatura. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 33(2), (pp. 217–264).
<https://doi.org/10.14201/teri.23672>
- Kent, J. (Directora). (2014). *The Babadook*. Entertainment One; Causeway Films; Smoking Gun Productions.
- Kolb, A. Y. y Kolb, D. A. (2011). *Learning Style Inventory Version 4.0*. Boston: Hay Resources Direct.

- Kolb, A. Y. y Kolb, D. A. (2013). *The Kolb Learning Style Inventory 4.0: A Comprehensive Guide to the Theory, Psychometrics, Research on Validity and Educational Applications*. Boston: Hay Resources Direct.
- Kolb, A. Y. y Kolb, D. A. (2017). Experiential Learning Theory as a Guide for Experiential Educators in Higher Education. *Experiential Learning y Teaching in Higher Education (ELTHE): A Journal for Engaged Educators*, 1(1), (pp. 7–44).
- Kübler-Ross E. y Kesller D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- Luciano, M. C., Valdivia, S. C., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), (pp. 173-201).
- Neimeyer R. A. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross y M. J. Lambert (Eds.). *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-based Therapist Contributions*, (pp. 1-23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0001>
- Okuda-Benavides, M. y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), (pp. 118-124). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Parkes, C. M. (1972). Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *British Medical Journal*, 2(5804), (pp. 29-31). <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5804.29>
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo Integrativo-Relacional*. Editorial Paidós.

- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos, interrogantes y métodos*. La Muralla.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), (pp. 1-14).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Remondet, J. H. y Hansson, R. O. (1987). Assessing a widow's grief: A short index. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(4), (pp. 31-34).
<https://doi.org/10.3928/0098-9134-19870401-07>
- Revistas.usal.es. (s.f.). *Revista de Medicina y Cine*.
https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine
- Romero, A., Jara, P., Marín, F., Millán, A. y Carrillo, E. (2009). El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) como práctica multiasignatura con grupos grandes. Experiencia de una práctica ABP en cuatro asignaturas de primer curso de Licenciado en Psicología de la Universidad de Murcia. *Taller Internacional sobre ABP/EBL. International Workshop on Problem Based Learning and Enquire Based Learning*. 22-23 de junio de 2009, Madrid.
- Society for the Teaching of Psychologic. (n.d.). *Division Two of the American Psychological Association*. <http://www.teachpsych.org/>
- Toledo, P. y Sánchez, J. M. (2018). Aprendizaje basado en proyectos: una experiencia universitaria. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 22(2), (pp. 471-491).
<https://doi.org/10.30827/profesorado.v22i2.7733>
- Universidad La Laguna. (2021). Acuerdo 3 d) de 19-03-2021 del Consejo de Gobierno. *Boletín Oficial de la Universidad de La Laguna*.
<https://sede.ull.es/ecivilis-site/bulletinBoard/showBulletin/6961:1>
- Vicente-Colomina, A., Santamaría, P. y González-Ordi, H. (2020). Directrices para la Redacción de Estudios de Caso en Psicología Clínica: PHYSCHOCARE Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), (pp. 69-76).
<https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>
- Vizcarro, C. y Juárez, E. (2008). ¿Qué es y cómo funciona el aprendizaje basado en problemas? En J. García Sevilla (Comp.), *El Aprendizaje Basado en*

Problemas en la Enseñanza Universitaria, (pp. 17-36). Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

Apéndice A

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Duelo Complejo Persistente, según el DSM-5 (APA, 2013).

A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.

B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

1. Anhelos/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
3. Preocupación en relación al fallecido.
4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.

C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

Alteración social/de la identidad

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Especificar si:

Con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

Apéndice B

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático, según el DSM-5 (APA, 2013).

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios **B**, **C**, **D** y **E**) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés pos-traumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos sín-tomas puedan ser inmediatos).

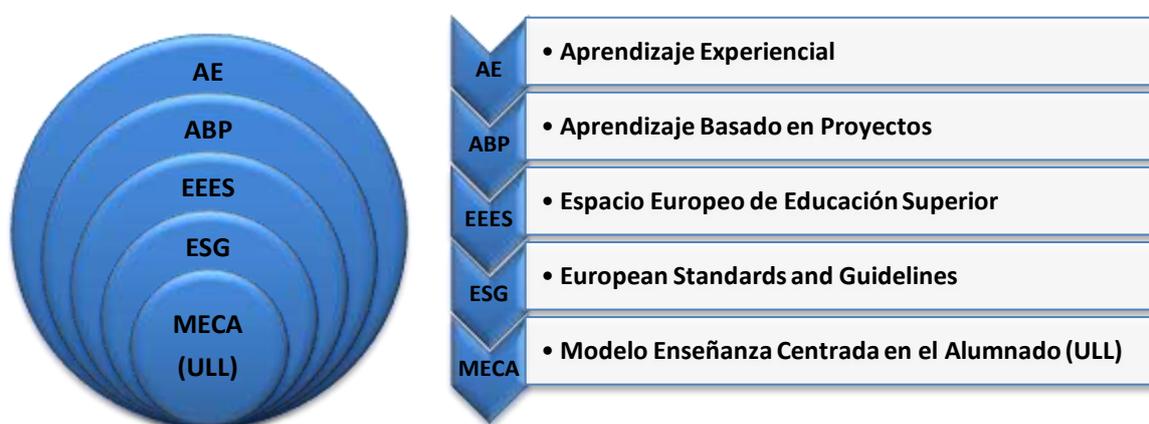
Apéndice C

Propuesta Didáctica General

La Universidad de La Laguna promueve el cambio en su oferta formativa para adaptarse a las demandas de la globalización del Siglo XXI (Figura C1); lo hace implementando un modelo educativo (MECA) basado en criterios de calidad donde el alumnado es el centro del proceso de aprendizaje (ULL, 2021).

Figura C1

Integración de Propuestas de Modelos de Aprendizaje.



Enfrentar al alumnado a una situación concreta para que realice un análisis práctico y reflexivo, con pensamiento crítico y desde la experimentación activa, tiene como objetivo favorecer el desarrollo de sus competencias personales, académicas y profesionales. Se debe tener presente que el problema no tiene una solución única.

El alumnado es receptor y creador de información, pudiendo ser completada, evaluada y mejorada, dentro de un entorno colaborativo grupal y en un espacio de aprendizaje conversacional y cíclico; la enseñanza-aprendizaje estará mediada y guiada por el profesorado como facilitador del proceso (Vizcarro y Juárez, 2008), desde diferentes asignaturas e incluso disciplinas.

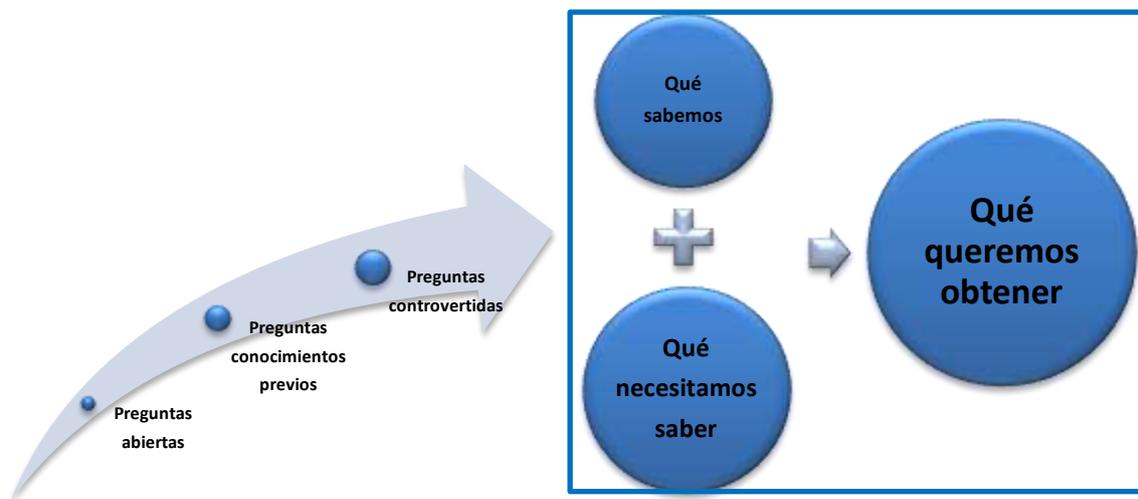
Una de las posibles estrategias didácticas para desarrollar el objetivo propuesto, es el Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP) (Toledo y Sánchez, 2018); esta metodología está centrada en el alumnado y con amplios estudios de investigación a lo largo del tiempo. Posee flexibilidad suficiente para permitir su

adaptación a diferentes niveles de exigencia, facilitando la participación y el desarrollo profesional desde la revisión y reflexión permanentes.

Cualquier decisión que se tome, siempre deberá partir de distintos tipos de pregunta que se planteen, de los conocimientos previos y de aquellos a adquirir durante el proceso (Figura C2). Estos elementos serán la génesis para el diseño de la planificación de las actividades de aprendizaje.

Figura C2

Génesis de la planificación de actividades.



Para implementar esta metodología de trabajo como estrategia de aprendizaje, es necesario seguir una serie de pasos para facilitar la comprensión, el razonamiento y el producto final a conseguir. Todo el proceso será planificado y dinamizado por el profesorado de forma abierta a las propuestas del alumnado, proporcionando retroalimentación de cada tarea realizada.

- Presentar el problema.
- Concretar el producto final.
- Registrar “qué sabemos”, “qué queremos conseguir” y “qué necesitamos para conseguirlo”.
- Detallar la problemática de forma meticulosa.
- Concretar el problema que se va a abordar
- Indagar, contrastar y elegir información.
- Gestionar la información para generar soluciones (lluvia de ideas).

- Elegir una posible solución.
- Diseñar y esbozar el producto final.
- Triangular resultados entre los grupos.
- Elaborar y finalizar el producto final.
- Valorar y evaluar el proceso y el producto final.

En este diseño, se propone combinar la metodología ABP con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como herramienta fundamental de apoyo didáctico y pedagógico para:

- Crear un entorno virtual colaborativo.
- Implementar la metodología de enseñanza-aprendizaje.
- Proporcionar la planificación.
- Orientar en las estrategias de trabajo.
- Agilizar la comunicación.
- Optimizar la gestión del tiempo y de recursos.
- Facilitar la búsqueda, consulta y elaboración de información.
- Favorecer el desarrollo de competencias.
- Guiar el trabajo individual y el trabajo cooperativo.
- Atender a la diversidad.
- Gestionar y valorar tareas.
- ...

Como marco general, se desarrollará dentro de una metodología experiencial (Kolb y Kolb, 2018) para la construcción del conocimiento desde un punto de vista educativo/constructivista como experiencia para la práctica profesional.

La Propuesta Didáctica que aquí se esboza, está concretada para el estudio de caso objeto del presente TFG, pero puede ser perfectamente adaptada para desarrollarlo por módulos o para otros estudios de caso.

PROPUESTA DIDÁCTICA ESPECÍFICA

1. TÍTULO DE LA UNIDAD

Estudio de Caso: Análisis psicológico de la protagonista de la película “The Babadook”.

2. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

El estudio de caso es una metodología de investigación que implica al alumnado en la responsabilidad de un proceso de indagación a través de un análisis sistemático y en profundidad.

En este tipo de propuesta, el estudio de caso debe ser un problema abierto para la búsqueda de diversas soluciones activando el pensamiento divergente, desarrollando habilidades cognitivas y de comunicación, aprendiendo de otros y aplicando el pensamiento crítico.

Aunque se debe partir de unos mínimos conocimientos previos, el conocimiento efectivo, se adquiere y se consolida en el proceso, favoreciendo habilidades de aprendizaje para toda la vida en el desempeño profesional y motivación para nuevas investigaciones.

El profesorado tendrá una función mediadora y dinamizadora, aportando retroalimentación continua para potenciar el aprendizaje individual y grupal, comunicando fortalezas y debilidades, logros y aspectos a mejorar.

Es fundamental que se realice evaluación de todo el proceso y del producto final. Para ello, el alumno debe conocer, desde el momento que se plantea el caso, cuales son los instrumentos de evaluación con sus indicadores y descriptores de logro, para favorecer la implicación y responsabilidad en su propio proceso de aprendizaje.

3. DIRIGIDO A:

- Grado en Psicología
- Máster de Psicología General Sanitaria
- Experto Universitario en Terapias Contextuales de Tercera Generación

4. MATERIAS

Asignaturas del Plan de Estudio de Grado y Posgrado.

5. TEMPORALIZACIÓN

1^{er} y 2^o cuatrimestres

Profesorado Gran grupo	1 ^{er} cuatrimestre (octubre) - Presentación 1 ^{er} cuatrimestre (enero) - Seguimiento 2 ^o cuatrimestre (abril) - Seguimiento 2 ^o cuatrimestre (mayo) - Triangulación 2 ^o cuatrimestre (junio) - Entrega estudio de caso
Pequeño grupo	A discreción durante ambos cuatrimestres
Tutorización Profesorado Pequeño grupo	Mensual

6. OBJETIVOS DIDÁCTICOS

La selección de objetivos didácticos se elegirá de las Guías Docentes de las asignaturas implicadas. Deberán verse reflejados en los Criterios de Evaluación. (Máximo 8)

- Comparar...
- Desarrollar...
- Discriminar...
- Diseñar...
- Aplicar...
- Exponer...

7. OBJETIVOS DE LAS ASIGNATURAS

La selección de las asignaturas se hará por decisión inter-departamental.

8. CONTENIDOS

La selección de contenidos se elegirá de las Guías Docentes de las asignaturas implicadas.

8.1. *Tipo de contenidos:*

- Teóricos
- Prácticos

8.2. *Criterios de selección de contenidos.*

Se seleccionarán aquellos contenidos relacionados con el trabajo a desarrollar:

- Estudio de caso
- Estructura del producto final y formato a utilizar
- Fundamentos teóricos: apego, pérdida, duelo, estrés...
- Técnicas de evaluación
- Análisis Funcional

- Diagnósticos clínicos
- Tratamientos psicológicos
- ...

9. METODOLOGÍA

9.1. Diseño de actividades

- Actividades gran grupo
- Actividades intragrupo
- Actividades intergrupo
- Complemento: actividades individuales

9.2. Organización alumnado

- Gran grupo
- Pequeño grupo/Equipo de trabajo (6-8 miembros) con asignación de roles rotatorios

9.3. Secuencia de contenidos

- Contenidos formales para elaboración del productos final
- Contenidos teóricos
- Contenidos prácticos

9.4. Tipo de conocimientos

- Teóricos
- Prácticos

9.5. Estrategia de enseñanza

- Aprendizaje experiencial
- Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP)
- Entorno virtual colaborativo
- Retroalimentación
- Triangulación
- Valoración

10. MATERIALES NECESARIOS

- Entorno virtual
- Aplicaciones educativas
- Recursos en la nube
- Mensajería
- ...

11. EVALUACIÓN

11.1. Criterios de evaluación.

Deberán ser elegidos en relación a los Objetivos Didácticos
Evaluación formativa: conceptual, procedimental y actitudinal

- Heteroevaluación
- Coevaluación
- Complemento: Autoevaluación

11.2. *Instrumentos de evaluación*

- Rúbrica para heteroevaluación
- Escala de valoración para coevaluación y autoevaluación
- Matriz de evaluación (profesorado)

➤ **MEDIDAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

Adaptación a las Necesidades Educativas Especiales del alumnado:

- Plataforma virtual
- Aplicaciones utilizadas
- Tareas específicas
- Evaluación

➤ **COMPETENCIAS BÁSICAS DESARROLLADAS**

Se realizará una selección de las CCBB propuestas en las Guías Docentes, en función de los contenidos a desarrollar.

SUGERENCIA DE RECURSOS/ACTIVIDADES DIDÁCTICAS

- Foros
- Wikis colaborativas
- Vídeos
- Exposiciones
- Debates abiertos y dirigidos
- Conferencias de expertos
- Workshops colaborativos
- Repositorios
- Aplicaciones educativas
- Aplicaciones de gestión de la información
- Repositorio
- Lista bibliográfica
- Lecturas recomendadas
- ...