

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASO CLÍNICO
TRASTORNO DE DUELO COMPLEJO PERSISTENTE**

RUTH ALEJANDRA PINTO MEDINA



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018.**

Intervención cognitivo conductual en caso clínico trastorno de duelo complejo persistente

Proyecto presentado por:

RUTH ALEJANDRA PINTO MEDINA

Para optar el título de especialista en psicología clínica

Director del proyecto:

ABDÓN RIBERO ARDILA

Especialista en psicología Clínica



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018.

Dedicatoria

A Dios Padre, Dios hijo y Dios Espíritu Santo, Por la sabiduría, conocimiento y amor entregado sin El NADA es posible. Pongo mi conocimiento a tu servicio.

A mi esposo David Caballero Sanabria, por tu apoyo e iniciativa para realizar un peldaño más. Gracias por tu ánimo constante, palabras amorosas, comprensión, colaboración, confianza y amor. TE AMO. Sin tu apoyo y compañía todo se hace más difícil.

A mi madre Eddy Ruth Medina Salgar Gracias por tus oraciones, compañía, dulzura, y amor para conmigo siempre. Te Amo.

A mi sobrino ahijado Gian Marco Caballero Villamizar me motivas a ser mejor persona, tu sonrisa puede aliviar cualquier tristeza. Te quiero mucho pequeñín, mi sunshine.

A la Memoria de Helmut Spencer Medina Salgar. Mi tío favorito, mi hermano de corazón. Sé, que estarías orgulloso de mí. Te extraño.

Agradecimientos

A la Universidad Pontificia Bolivariana por el conocimiento brindado mediante sus docentes altamente calificados no solo por el aprendizaje, y conocimiento obtenido sino por la calidad humana de cada uno de ellos.

Al Centro de Proyección Social de la ciudad de Piedecuesta por abrir espacios de práctica clínica profesional, gracias a Niní Johana Soto por su calidez amor y colaboración durante el proceso de práctica. Especialmente a mi compañera pasante de prácticas Chirley Tatiana Remolina siempre dispuesta despejar dudas e inquietudes, gracias por las conversaciones amenas y dulce sonrisa. A Miguel Gutiérrez compañero de especialización por la compañía, apoyo, y experiencias compartidas eres ejemplo de constancia y dedicación.

Al director de Práctica Clínica Abdón Ribero por el conocimiento brindado, siempre dispuesto a despejar cualquier inquietud. Aportando valioso conocimiento y orientación constante.

A mis compañeras de especialización que ahora son amigas Leidy Gualdrón, Laura Hallado Mojica y Alicia Mesa. Colegas que fueron apoyo constante aportando seguridad y confianza en momentos difíciles para mí e hicieron de este proceso una experiencia enriquecedora.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	II
Tabla de contenido.....	I
Lista de tablas	III
Lista de figuras	III
Lista de anexos	III
Introducción.....	2
Objetivos.....	8
<i>Objetivo General:</i>	8
<i>Objetivos Específicos:</i>	8
Método	8
Participantes.....	8
Instrumentos de exploración:	8
<i>De Evaluación</i>	9
Procedimiento	12
Fase de intervención	14
Resultados.....	26
Discusión	33

Conclusiones.....	36
Recomendaciones	38
Referencias	39
Anexos.....	42

Lista de tablas

Tabla 1: Descripción familiar	14
-------------------------------------	----

Lista de figuras

Figura 1: Resultados pre y post tratamiento de Inventario de ansiedad de Beck (BAI).....	26
Figura 2: Resultados pre y post tratamiento de Inventario de depresión de Beck (BID).....	27
Figura 3: Resultados pre y post tratamiento de Inventario Clínico Multiaxial de Millon II....	28
Figura 4: Resultados pre y post tratamiento Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI).....	29
Figura 5: Resultados pre test y post test de Inventario de duelo complicado (IDC).....	30

Lista de anexos

Anexo 1: Historia clínica institucional del Centro de Proyección Social.....	41
Anexo 2: consentimiento informado institucional del Centro de Proyección Social.....	54
Anexo 3: Inventario de ansiedad de Beck (BAI).....	56
Anexo 4: Inventario de depresión de Beck (BID).....	57
Anexo 5: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....	62
Anexo 6: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	73
Anexo 7: Inventario de Duelo Complicado (IDC).....	74
Anexo 8: Evidencias.....	75
Anexo 9: Cuadro de registro para sesiones de Reestructuración Cognitiva.....	76
Anexo 10: Sesiones terapéuticas de la consultante.....	77
Anexo 11: Cuadro procedimiento realizado.....	89

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASO CLINICO TRASTORNO DE DUELO COMPLEJO PERSISTENTE

AUTOR(ES): Ruth Alejandra Pinto Medina

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

En la presente monografía se expone la evaluación, diagnóstico e intervención del trastorno de duelo complejo persistente realizado en 14 sesiones y seguimiento de 2 meses. Durante la evaluación se aplicaron pruebas psicométricas pre test y post test con el objetivo de determinar la eficacia del proceso terapéutico. Aplicando el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), Inventario de depresión de Beck (BID), Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) e Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado a población colombiana. Las sesiones estuvieron dirigidas bajo el enfoque cognitivo conductual en psicoeducación, cuatro tareas para superar el duelo según Worden, Reestructuración cognitiva, Estrategias de afrontamiento y entrenamiento en terapia de relajación, finalizando tratamiento psicológico con prevención de recaídas y seguimiento posterior a dos meses. Demostrando que el tratamiento, evaluación e intervención en este caso fue el más adecuado.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno, duelo, complejo, persistente, cognitivo, conductual, evaluación, intervención.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: BEHAVIORAL COGNITIVE INTERVENTION IN CLINICAL CASE PERSISTENT COMPLEX DUEL DISORDER

AUTHOR(S): Ruth Alejandra Pinto Medina

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

In this monograph, the diagnostic and intervention evaluation of persistent complex grief disorder is presented in 14 sessions and 2 months follow-up. During the evaluation, pre-test post-test psychometric tests were carried out in order to determine the efficacy of the therapeutic process. Applying Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Depression Inventory (BDI) Millon II Multiaxial Clinical Inventory, Inventory of coping strategies (CSI) Complicated Bereavement Inventory (IDC) adapted to Colombian population. The sessions were directed under the cognitive behavioral approach in Psychoeducation, four tasks to overcome grief according to Worden, cognitive restructuring, coping strategies and training in relaxation therapy, ending psychological treatment with relapse prevention and follow-up after two months. Demonstrating that the treatment evaluation and intervention in this case was the most appropriate.

KEYWORDS:

Disorder, grief, complex, persistent, cognitive, behavioral, evaluation, intervention.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Si bien el duelo es una respuesta normal y adaptativa a nivel físico y psicológico ante una pérdida significativa, es también un proceso ligado e inherente a la condición humana, manifestando en familiares y allegados sentimientos de tristeza, angustia y desolación. Según (American Psychiatric Association (APA). (American Psychiatric Association, 2014). Como se puede observar de manera más detallada y específica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 incluyendo los siguientes criterios.

A) El doliente ha sufrido la pérdida de un ser querido con quien mantenía un vínculo cercano.

B) Desde la muerte uno de los síntomas se hacen presentes más días de los que no de manera significativa y continúa durante lapso de 1 año en personas adultas para los niños un periodo de seis meses.

1 Deseo persistente de permanecer con el difunto.

2 Tristeza aflicción y amargura.

3 Intranquilidad acerca de la causalidad de la muerte.

4 Inquietud acerca de las condiciones del fallecimiento.

C) Desde la pérdida aparecen seis síntomas recurrentes más días de los que no.

Malestar reactivo de la muerte.

1 Considerable dificultad para aceptar la pérdida.

2 Escepticismo o anestesia emocional.

3 Contrariedad para recordar de manera positiva al fallecido.

4 Enojo y rabia del fallecimiento.

5 juicios de valor para auto inculparse.

6 Evitación obsesiva para decrementar recuerdos de la pérdida (evitación de personas, o lugares asociados al deudo).

Alteración social/de la identidad

7. Ansias de morir para encontrarse con el fallecido.
8. Dificultad para establecer relaciones sociales desde la muerte.
9. Sensación de aislamiento separación o desapego con otros individuos desde la pérdida
10. Sentimiento de indiferencia ante la vida y/o está vacía sin el fallecido, o creencia que no se puede desempeñar sin el ser querido.
11. Desconcierto acerca del rol que desempeñará en la vida después, o confusión del sentimiento de identidad propia.
12. Problema para construir vínculos de amistad mantener relaciones sociales, o hacer planes a futuro desde la pérdida.

D. La perturbación causa malestar significativo en áreas sociales, laborales u otras áreas relevantes del individuo.

E. La manifestación de duelo es discordante o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad. (American Psychiatric Association, 2014)

Entonces se hace necesario mencionar las diferencias existentes en un duelo normal y duelo patológico, en donde su principal oposición es el rango de tiempo para su elaboración. El duelo normal está caracterizado por una serie de emociones propias del doliente que conforman un conjunto de emociones, sentimientos, conductas y comportamientos comunes en situaciones de muerte, pérdida y/o fallecimiento, siendo una respuesta normal en la víctima que es forzada a sobrevivir de manera abrupta para enfrentarse al dolor y ausencia del ser amado que ya no está.

(Cabodevilla, 2007) “Si los síntomas se prolongan durante un lapso de más de un año se establece el diagnóstico de trastorno de duelo complejo persistente”. Según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (APA). (American Psychiatric Association, 2014)

Tras un duelo traumático, la mayoría de las personas notan un cambio dramático en la atmósfera del hogar (Finkbeiner, 1996). Algunos miembros de la familia pueden estar más afectados y hallarse en una lucha constante contra su propia angustia, esto puede contagiarse a otros familiares y provocar un efecto negativo que puede intensificar el dolor de cada persona (Rando, 1993).

Así mismo, en situaciones de duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). “Cuando muere un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto, duele” (Montoya, 2008, p. 77).

Según la literatura, basada en modelos teóricos diferentes, es necesario mencionar que el duelo conlleva un proceso complejo y multidimensional, influido por factores físicos, psicológicos, sociales y culturales. De este modo, se encuentran definiciones del término duelo como un cúmulo de expresiones emocionales y comportamentales. (Altet Torné & Boatas Enjuanes, 2000) La reacción emocional como lo expresa (Gamo Medina, del Álamo Jiménez, Hernangómez Criado, & García Laborda, 2003), es un estado de pensamiento, sentimiento, actividad y dolor emocional (Barreto Martín & Soler Sáiz, 2007). Todos ellos destacan el aspecto multifactorial de la experiencia en situación de duelo. (Yi Yi, 2015 p.8). Las consecuencias más intensas se dan desde las incidencias emocionales y comportamentales que tiene la experiencia dolorosa con relación a la pérdida surgiendo evocación de recuerdos del día del deceso así como las cogniciones asociadas a posibles acciones para salvaguardar la sobrevivencia del fallecido que pudieron haberse ejecutado y no se llevaron a cabo: se denomina duelo a la reacción conductual (pensamiento, emoción y acción) que se genera tras el

fallecimiento u otra pérdida significativa. Es un proceso que genera en el individuo poder adaptarse a vivir bajo la ausencia del ser querido. (Maszlanca Chilerowicz, 2007)

A su vez le acompañan sentimientos negativos como: molestia, mal genio, irritabilidad y/o culpabilidad. Presentando rasgos ansiosos y depresivos. “La vivencia de duelo da lugar a cambios en el espacio vital del individuo. Los dolientes manifiestan vínculos afectivos con los elementos de su espacio vital y los re vivencia como propios” (Parkés y Cabodevilla, 2003 p. 167).

Por otra parte, la neurobiología en el estudio del duelo revela que las áreas cerebrales implicadas son: la amígdala, corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal, el núcleo accumbens, parece estar implicado en el duelo complejo, surgiendo la hipótesis de que los apegos activan circuitos de recompensa y pueden, por tanto, convertirse en una interferencia para la adaptación a las pérdidas. En resumen, es necesario reconocer el tipo e intensidad de duelo, pues dependerá de múltiples factores inherentes en cada persona los resultados obtenidos mostraron que este tipo de duelo activa las neuronas de los centros de recompensa del cerebro, otorgando a los recuerdos dolorosos propiedades similares a las de cualquier adicción, señaló un comunicado de la UCLA (Ó connor, 2002) Por lo descrito anteriormente, es indispensable en la intervención terapéutica del duelo el acompañamiento psicológico desarrollado desde un enfoque preciso, la terapia cognitiva conductual es seleccionada para trabajar el presente caso clínico. Para ello, existen diversas técnicas para iniciar el proceso de intervención de duelo complicado describiendo como objetivo principal la expresión de emociones y sentimientos de diversos tipos; las técnicas más usadas son: Escuchar y contener, el lenguaje evocador, el uso de símbolos, el libro de recuerdos, escribir, dibujar, role playing, reestructuración cognitiva e imaginación guiada (Worden, 2013). Desde el enfoque cognitivo conductual una de las técnicas más utilizadas en procesos de duelo es la planificación de tareas de Worden (1997), quien propone cuatro tareas básicas para este caso en particular, siendo fundamental a la hora de abordar este proceso.

a) aceptación de la realidad de la pérdida. b) identificar y expresar sentimientos. c) adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está. d) facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo. Autores más contemporáneos como Neimeyer (2012) y Payás (2007) afirman algo similar, en cuanto a los recursos y desafíos para superar la pérdida, afirmando si el origen del deceso es traumático supone un desafío de gran envergadura invadiendo incluso a los dolientes después de que el impacto emocional del fallecimiento se haya desvanecido. Por tal motivo es indispensable durante la aplicación del tratamiento en duelo la selección y aplicación de técnicas cognitivo conductuales que ayudarán al consultante a minimizar la sintomatología, por consiguiente los factores que generaron los recuerdos de situaciones o ideas irracionales ansiógenas en relación al difunto serán manejados con mayor autocontrol. La terapia del duelo es eficaz gracias a los siguientes objetivos: Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto, favorecer la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida, el relato de las relaciones con el difunto y finalmente lograr a partir de los puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas (Rubio, 2007). Para Worden, (1997) este proceso de recuperación, o cuidados paliativos, se completan cuando la persona pueda atravesar satisfactoriamente las etapas ya indicadas: reconocimiento del problema, aceptar la realidad de la muerte, adaptarse a la ausencia del ser querido y reubicar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

La mayor tarea del consultante dentro del proceso terapéutico será volver a trabajar por la identidad, integrando diversas capacidades para contribuir a una creación individual y social en la que la creatividad constituye un reto importante, para encontrar fuentes de esperanza en la relación con los demás de modo que la vida tenga un nuevo sentido y merezca ser vivida.

Es necesario reemplazar y transformar el dolor en sentido, algunos logran conseguirlo y vincularse les ayuda a ello. Vinculándose a todo lo que desee el consultante: un pensamiento, a

una frase, a lo que se anhela hacer a lo que se permite que se realice. Desde el principio que pasa el dolor, tras la tragedia inminente. Porque ese dolor se pasa, pero ese no es el dolor que permanece siempre.

El tratamiento del proceso de duelo complicado constituye un minucioso proceso de evaluación para diagnosticarse. Como indicador principal es necesario realizar una entrevista; para identificar fortalezas o vulnerabilidad del deudo, que formarán parte en la construcción el proceso de duelo. Genograma; permite observar y conocer información relevante mediante factores de protección y riesgo en la dinámica familiar. Auto informes; evaluar de manera general áreas del consultante en el entorno cotidiano junto con las herramientas que posee y el rol que desempeña en la familia.(Nomen Martín , 2007) (Barreto, De la Torre , & Pérez Marín , 2012) (Rodríguez , García Hernández, Brito Brito , & Toledo Rosell, 2010)

Finalmente el presente estudio de caso clínico seleccionado para realizar la monografía se ejecutó en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta (C.P.S) a una consultante de 39 años de edad ubicada en el ciclo vital de la adultez, presentando sintomatología de duelo complejo persistente cumpliendo criterios diagnósticos del DSM 5 (2014).

Objetivos

Objetivo General:

Generar un proceso terapéutico de intervención psicológica mediante técnicas de enfoque cognitivo conductual en mujer adulta con trastorno de duelo complejo persistente.

Objetivos Específicos:

Evaluar y diagnosticar mediante diferentes técnicas y pruebas psicométricas el origen del malestar clínicamente significativo presente en la consultante.

Operacionalizar un plan de tratamiento que regule la conducta de la consultante que ocasiona perturbación y aislamiento de su entorno familiar.

Contrastar los resultados obtenidos como la disminución de la sintomatología presentada por la consultante, evidenciando la efectividad del tratamiento.

Método

Participantes: consultante en etapa de adultez con 39 años de edad género femenino, vive con la madre y hermana en la ciudad de Piedecuesta, la consultante solicita valoración por psicología y acude al Centro de Proyección Social Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana de Piedecuesta debido a la manifestación de síntomas relacionados con duelo complejo persistente desde hace ocho años acompañado de sentimientos de culpa, auto reproches, fuertes dolores de cabeza (cefalea) y escasas redes de apoyo. Actualmente trabaja y se desempeña como ensambladora de ropa para bebé.

Instrumentos de exploración:

Entrevista e historia clínica: Se realiza el diligenciamiento de la información en la historia clínica en cada sesión asistida teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el ministerio de

salud a partir de la resolución número 1995 de 1999, la cual obliga a las entidades de salud a contar con una historia clínica de índole privado para cada paciente atendido (Ver anexo No. 1)

Consentimiento informado: Se hace partícipe de este documento en la primera sesión en el que se informa al paciente a lo que tiene derecho y todos los requerimientos de un proceso de intervención psicológica, secreto profesional, posibles sesiones a trabajar y horarios establecidos para los encuentros. (Ver Anexo No. 2).

De Evaluación:

Inventario de ansiedad de Beck : (BAI), La cual consta de 21 ítems que mide los síntomas de la ansiedad en adultos y adolescentes mayores de 13 años, la cual se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Se caracteriza por ser de corta duración (5 minutos) y el resultado es una puntuación directa que oscila entre 0 y 63 marcando la severidad de la ansiedad desde una ansiedad leve hasta una ansiedad grave (Ver Anexo No.3).

Para calificar la prueba es necesario tener en cuenta:

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Inventario de depresión de Beck: es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple que están direccionadas a identificar la severidad de una posible depresión. La duración de la prueba es de 10-15 minutos (ver Anexo No. 4).

Es importante destacar que a partir de una investigación llamada Fiabilidad, Validez Y Datos Normativos Del Inventario Para La Depresión De Beck, realizada por Sanz & Vázquez (1998) identifican la confiabilidad del inventario a partir de datos arrojados por la investigación:

Los datos han sido obtenidos en una muestra de 1393 estudiantes universitarios Las cifras de fiabilidad del Inventario de depresión de Beck fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). (Sanz & Vázquez, 1998, p.303).

Para calificarla se suman todos los puntos para obtener la calificación. Por ejemplo, si tiene 0 puntos en la primera pregunta y 3 en la segunda, sumarás ambos para obtener una calificación de 3 para las dos primeras preguntas. Una vez que hayas calculado la puntuación total, simplemente compárala con las siguientes categorías:

- 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20.....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30.....Depresión moderada.
- 31-40.....Depresión grave.
- + 40.....Depresión extrema

Cuestionario clínico Multiaxial de Millon II: Diseñado por (Millon, T. 1999) consta de 175 preguntas con tipo de respuesta falso o verdadero con escala de validez, sinceridad, auto

descalificación con 22 escalas de personalidad. No hay límite de tiempo para responder la prueba, se puede aplicar de manera individual o colectiva. (Ver Anexo No 5).

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de estas escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.

Inventario de estrategias de Afrontamiento (CSI): (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006). Caracterizado por 40 ítems de evaluación con opciones de respuesta divididas en rango de números desde el 0 AL 4. 0= En absoluto; 1= Un poco; 2= bastante; 3=Mucho 4= totalmente. Las preguntas están dirigidas a situaciones específicas para evaluar en el consultante formas de respuesta ante eventos estresantes. Con el objetivo de identificar estrategias de afrontamiento posee y/o cual predomina. Compuesto por los siguientes indicadores de evaluación; Resolución de problemas (REP) Autocritica (AUC) Expresión Emocional (EEM) Pensamiento Desiderativo (PSD) Apoyo Social (APS) Reestructuración Cognitiva (REC) Evitación de Problemas (EVP) Retirada Social (RES). Antes de iniciar la evaluación se menciona que no hay respuestas correctas o incorrectas lo esencial es como actuó, pensó y sintió. (Ver Anexo No 6).

Inventario De Duelo Complicado (IDC): en Población Colombiana adaptación por Héctor Alfredo Gamba Collazos, Carmen Elvira Navia de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia adaptación (2016).

Compuesta por 21 ítems de evaluación tipo Likert con opciones de respuesta divididas en rango de números desde el 0 AL 4.

Nunca = 0 Raras veces =1 Algunas veces = 2 A menudo = 3 Siempre = 4.

Con el objetivo de determinar algunas de las reacciones que en el presente experimenta en la relación que existía con el fallecido. Constituido por tres factores:

Alteración emocional y falta de aceptación. Ubicadas en los ítems (1-2-3-4-5-6-7-8-9-20)

Vacío, aislamiento y sin sentido. Ubicadas en los ítems (10-11-12-16-19-21)

Presencia del fallecido, identificación con él y evitación de su recuerdo. (15-17-18-14-13)

(Ver anexo 7).

Procedimiento

Inicialmente se realizó una fase exploratoria del caso mediante la recepción de datos sociodemográficos de la consultante, en la segunda y tercera sesión se realiza el diligenciamiento completo de la historia clínica mediante entrevista psicológica explorando fortalezas y dificultades de la paciente así como aplicación de instrumentos psicométricos como se mencionó anteriormente fueron: inventario de ansiedad de Beck : (BAI), Inventario de depresión de Beck (BID), Cuestionario clínico Multiaxial de Millon II, Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), y finalmente Inventario de duelo complicado (IDC) adaptado a población Colombiana para evaluar y diagnosticar el origen del malestar en la paciente.

Durante el proceso de recolección de información se indagan antecedentes familiares, personales, y laborales para comprender la problemática desde el panorama de la consultante. La información proporcionada acerca de la historia familiar se grafica en el familiograma al igual que eventos favorables y significativos quedan consignados mediante la información proporcionada por la usuaria.

Es importante destacar que a partir de las tres primeras sesiones es pertinente elegir este caso clínico debido a la interpretación arrojada por los instrumentos de evaluación y al cumplimiento de criterios diagnósticos según DSM-5. Las sesiones se llevaron a cabo mediante encuentros

semanales con una duración de 60 minutos como lo exige el lugar de práctica. La metodología de las sesiones terapéuticas estaba caracterizada por el desarrollo de técnicas aplicadas (anexo 10 y 11) acompañadas por cuadros de registro semanal y eventos significativos de la semana anterior. (Ver anexo 8).

Es relevante destacar que el enfoque desde el cual se abordaron las sesiones es desde el modelo cognitivo – conductual, caracterizadas por técnicas precisas previamente aplicadas para este mismo diagnóstico con la particularidad que fueron ajustadas de acuerdo a las necesidades de la usuaria. Iniciando el tratamiento se empleó la técnica psicoeducación del duelo y proceso de morir, mediante la información brindada se abordaron temáticas como: las fases que caracterizan un proceso de duelo, los tipos de fallecimientos existentes, cuáles de ellos son los más dolorosos, como afecta al núcleo familiar la pérdida del ser querido y finalmente que sucede con los sobrevivientes. Gracias a la técnica aplicada la paciente logró tener mayor claridad del diagnóstico que ha ocasionado aislamiento del entorno familiar así como los constantes auto reproches, creencias irracionales y sentimiento de culpa; propios del trastorno de duelo que padecía. Durante la quinta y sexta sesión se desarrollan las tareas para superar el duelo de Worden (2013) para ayudar a la consultante a hablar del fallecimiento así como las circunstancias que rodearon la muerte. Esta técnica fue aplicada en dos sesiones debido al cúmulo de emociones desbordadas en la consultante, las sesiones siete y ocho estuvieron compuestas por reestructuración cognitiva, la novena y décima sesión se realizó entrenamiento en estrategias de afrontamiento, en la onceava sesión dialogo socrático, la sesión doce estuvo compuesta por entrenamiento en respiración profunda y técnicas de relajación progresiva de Jacobson, en la sesión número trece se ejecuta prevención de recaídas mediante técnica de exposición en vivo y finalmente sesión 15 seguimiento de dos meses. (Anexo 10 y 11).Fase de intervención

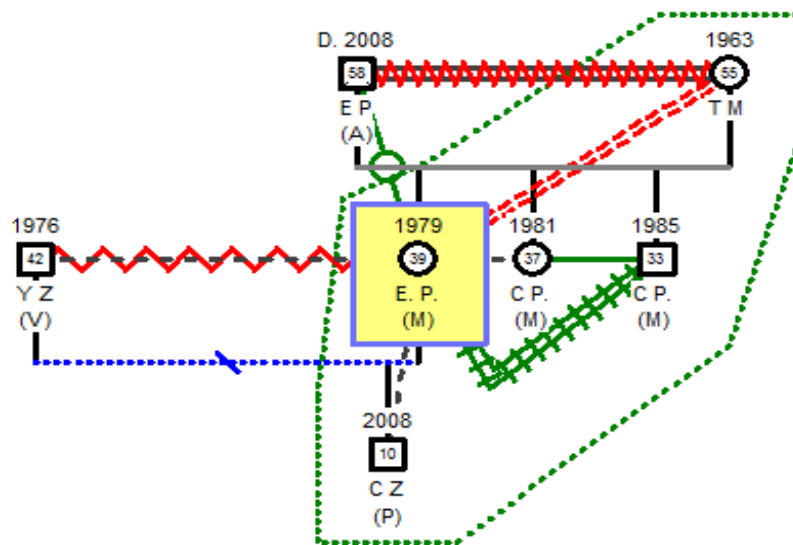
Formulación de un caso clínico

Nombre: L.E.P.C **Ocupación:** Ensambladora de ropa para bebe **edad:** 39 años

Escolaridad: Técnico Auxiliar Contable **Ciudad:** Piedecuesta **Estado civil:** Soltera

Antecedentes médicos psiquiátricos: Ninguno

Familiograma



Consultante de 39 años proveniente de familia monoparental vive con la madre, hermanos menores y el niño. La relación intrafamiliar está caracterizada por escasa comunicación. La consultante refiere: “Tengo problemas con mi madre ella siempre me desautoriza con mi hijo lo consiente no permite que yo lo corrija a mi manera” expresa sentirse en ocasiones impotente por no haber ejercido el rol de madre lamentando el tiempo perdido y refiere: “perdí ocho años de mi vida apartándome de mi hijo evitando el sentimiento de amor, cuidado, y comprensión de mi parte”; manifiesta sentimiento de culpabilidad constante, aparecen lágrimas al recordar el pasado.

Mantiene un vínculo fuerte y cercano con el hermano menor quien es una red de apoyo fundamental para la consultante. El vínculo con la hermana menor es distante caracterizado por escasa comunicación combinado por constantes desacuerdos en decisiones que requieren común acuerdo en el núcleo familiar, la relación con la madre es distante como se puede observar a continuación (Ver tabla 1).

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
T.M.C.	Madre	55años	Ensambladora	modista	Distante
C.P.M	Hermana	37 años	Impulso	Bachiller	Distante
C.P.M	Hermano	32años	Bachiller	Mensajero	Amistad
C.Z.P	Hijo	8 años	Primaria	estudiante	Distante

Tabla 1 *Descripción Familiar*

Motivo de consulta:

“Quiero recuperar el cariño de mi hijo, debido a la hospitalización cuando él era bebé a mi padre le dio un infarto y murió. Porque el niño se puso morado y no respiraba”.

Descripción del motivo de consulta:

La consultante describe que hace ocho años debido a la enfermedad que padecía su hijo (respiración agitada acompañado de cambio de color morado en la piel del niño) le llevaron de emergencia donde fue hospitalizado. En ese momento le acompañaba el padre de la consultante quien al observar el color morado en el rostro del niño acompañado de dificultades para respirar y bronco aspiración sufrió un ataque cardiaco y falleció.

Problema

Debido a la situación anteriormente descrita decide desvincularse del rol de madre por completo. Rechazando todo vínculo con el niño por temor a sufrir una pérdida nuevamente, así como sucedió hace ocho años con el fallecimiento del padre. Refiere “no quiero encariñarme con él porque puede morir de repente, así como murió mi papá, no quiero sufrir de nuevo”.

- Falta de comunicación con el niño
- Dificultad para expresar sentimientos.
- Bajo estado de animo
- Sentimientos de culpabilidad (llanto, tristeza, desánimo y desesperanza)

La consultante presenta sintomatología de duelo no resuelto desde hace 8 años.

Síntomas físicos

- Llanto
- Disminución del apetito
- Migraña
- Cefalea
- Disminución de sueño

Síntomas psicológicos

- Sentimientos de culpa
- Creencias erróneas y auto reproches
- Ideas suicidas
- Desinterés
- Ausencia de capacidad para experimentar placer

Historia personal:

La consultante es una mujer de 39 años de edad la mayor de tres hermanos, nacida en el municipio de Piedecuesta departamento de Santander, donde ha permanecido desde la niñez. Su infancia transcurrió al lado de sus hermanos menores y padres. Las relaciones de pareja (madre y padre) estaban sujetas al maltrato físico y psicológico que ejercía el padre de la consultante en

contra de la madre. Eventos que se presentaron siempre y se repetían constantemente durante las etapas de infancia niñez y adolescencia. En ocasiones cuando la situación era insostenible debido a la violencia que rodeaba en aquella época el hogar, la consultante deseaba estar muerta. Llegó a considerar el suicidio como solución al maltrato. Siendo adolescente era consiente que tenía dos personalidades (normal- agresiva-) adoptó estas características porque considera le ayudarían a sobrellevar la difícil situación de aquellos años.

Al finalizar estudios secundarios realiza una carrera técnica de auxiliar contable, pero nunca ejerce debido al negocio familiar de ensamble de ropa de bebé que tiene la madre en casa. Conoce al padre del niño en la localidad donde vive, el noviazgo dura poco (días) quedando embarazada del primer y único hijo. La relación de pareja durante el proceso de gestación se deteriora debido al comportamiento desinteresado, negligente y apático del progenitor, permaneciendo ausente en controles prenatales, ginecológicos, y dificultades económicas para cubrir gastos de alimentación, médico y cuidado personal. A los seis meses de gestación el feto pierde casi la totalidad del líquido amniótico, la consultante es diagnosticada con preeclamsia y embarazo de alto riesgo.

Evaluación sincrónica:

La consultante debido a la situación de pérdida ha experimentado una serie de síntomas físicos (pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño, dolor de cabeza, problemas digestivos entre otros) y psicológicos (sentimientos de culpa, pensamientos automáticos, pérdida de interés en actividades) generando malestar clínicamente significativo, imposibilitando el desarrollo integral y funcional para construir vínculo afectivo con el niño.

Evaluación Diacrónica

Factores de Predisposición:

Escasas redes de apoyo

Dificultad para la resolución de problemas

Deterioro del funcionamiento social

Ideas suicidas

Factores de Adquisición:

Vivencia de la pérdida

Dificultad para afrontar la situación actual

Factores de Mantenimiento:

Sentimientos de culpabilidad

Pensamientos intrusivos

Factores Protectores:

Hermano

Madre

Motivación por mejorar la relación madre e hijo

Dominios:

Emocional afectivo: La consultante actualmente no tiene relación de pareja formal.

Actualmente sale con un hombre casado, refiere: “Él es quien me anima cuando no tengo ganas de hacer nada, me escucha me aconseja y económicamente me ayuda con el niño”.

Los encuentros son clandestinos dice sentir temor por la situación, aunque él le ha propuesto formalizar la relación, buscar vivienda y formar una familia está latente el sentimiento de culpa en la usuaria por separación de la madre.

Cognoscitivo verbal: La consultante expresa un lenguaje claro, fluido coherente y en ocasiones pausado. Está ubicada en espacio tiempo hora y lugar. Mantiene atención durante la sesiones pero en instantes llora con facilidad y expresa sentirse culpable.

Interacción: Admite que la relación con la madre no es buena refiere “siempre han existido problemas con ella, porque yo siempre prefería a mi papá, una vez me dijo: “usted hubiera preferido que me hubiera muerto yo en vez de su papá.”

Los demás miembros de la familia son cordiales respetuosos y admite buenas relaciones de apoyo y solidaridad entre hermanos.

No existe vínculo afectivo ni expresa sentimientos de amor hacia el niño, la comunicación es por medio de gritos y órdenes.

Socialmente interactúa poco porque trabaja desde casa. Se define como una mujer de pocos amigos.

Repertorios relacionados a salud: Cuando se presentan sentimientos de culpabilidad constantes, pensamientos intrusivos re vivencia de la pérdida y llanto excesivo. Experimenta fuertes cefaleas originando migrañas que le llevan acudir a urgencias médicas.

Contextos:

Académico laboral: La consultante terminó estudios secundarios y posteriormente culminó una carrera técnica de auxiliar contable esperando trabajar para pagar la carrera profesional de contaduría.

Familiar: La consultante actualmente vive con su progenitora y el niño. El vínculo con la madre no es bueno pues siempre hay reproches por la negligencia que ha existido hacia el bebé desde que nació.

Pareja sexual: Actualmente recibe atenciones de un pretendiente pero desea mantener la relación de manera furtiva sin compromiso de ninguna índole que puedan vincularle en una relación afectiva, no desea ser objeto de especulaciones familiares ni sociales. Manifiesta sentimientos de temor, inquietud y arrepentimiento al imaginarse dejando el hogar que comparte con la madre, centrándose de nuevo en la pérdida y tristeza por temor a que muera de manera

accidental como falleció el padre si llegase a formalizar la relación idílica con el compañero. Quien de manera reiterativa le ha propuesto formalicen su relación.

Condiciones ambientales: La consultante afirma que su círculo social es muy cerrado no tiene amigas, el sitio de trabajo es el hogar así que solo interactúa con la familia cercana.

Tiene un pretendiente que en ocasiones le invita a salir. Admite que solo acepta porque se siente sola y busca apoyo compañía.

Estímulos discriminatorios: La consultante afirma que al aparecer síntomas físicos de enfermedad en el niño como: (fiebres, dolores de cabeza y soltura de estómago) re vivencia el momento cuando él era bebé y bronco aspiró siendo necesario llevarlo a urgencias médicas por el cambio en el color de piel junto con dificultad para respirar. Debido al impacto fisiológico del niño recuerda el ataque cardíaco y posterior muerte del abuelo del bebé. Manifestando malestar psicológico y emocional acompañado de sentimientos de tristeza, bajo estado de ánimo y ansiedad anticipatoria. Asimismo pensamientos distorsionados e intrusivos.

Formulación de hipótesis

Problema: La consultante cumple criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 trastorno de duelo complejo persistente ocasionando malestar clínicamente significativo.

Hipótesis: Trastorno de duelo complejo persistente debido al fallecimiento accidental del padre de la consultante por enfermedad grave del hijo. Situación que sucedió hace ocho años y actualmente genera malestar clínicamente significativo ocasionando frialdad, separación y aislamiento del entorno familiar. Asimismo no desea formalizar una relación afectiva, ni cambiar

de domicilio porque desea vivir con la madre a quien dice no abandonar hasta que ella muera. Se evidencia un latente sentimiento de culpabilidad debido a que cuando estaba en vida el padre de la consultante, la madre no ocupaba un lugar de importancia en la jerarquía familiar las opiniones y decisiones eran ignoradas. Razón por la cual ahora no desea irse de casa por temor a que se repita una vez más lo que sucedió con el fallecido.

Diagnóstico: la consultante cumple con los criterios diagnósticos del DSM 5 para:

- Trastorno de duelo complejo persistente

Análisis explicativo:

Repertorios de autocontrol: La consultante acude a consulta psicológica después de ocho años de fallecimiento del padre. Manifestando situación actual insostenible caracterizada por constantes sentimientos de culpa, pensamientos intrusivos, deterioro del funcionamiento social, dificultad para resolución de problemas y alejamiento del entorno familiar de manera particular con el único hijo. Refiere: “trato de no pensar en la muerte de mi papá para no estar triste” fallecimiento que ocurrió ipso facto ocasionando coyuntura en el vínculo madre e hijo. Dentro del discurso de la consultante de manera renuente se encuentra la verbalización: “no quiero sufrir de nuevo”.

Autoconocimiento: La consultante L. E. P. reconoce que psicológicamente mantiene altibajos emocionales presentando en ocasiones ideas suicidas debido al sentimiento de culpabilidad que le domina por la muerte del padre, refiere “hace ocho años me siento así, reconozco que ya no puedo más” causando deterioro en el vínculo y rol de madre e hijo. Manifiesta: “el niño puede fallecer al igual que mi papá ... no lo soportaría”.

Repertorios para modificar el ambiente: Debido a la pérdida del padre por muerte súbita hace ya ocho años, ha decidido buscar ayuda psicológica para superar y aceptar la muerte como parte natural de la vida, ejercer control de sus emociones y sentimientos que le impiden

desarrollar el papel de madre recuperando tiempo de calidad con el niño. Meta que desea alcanzar asistiendo a terapia el tiempo que el profesional considere necesario, expone de manera concreta el compromiso para iniciar tratamiento psicológico.

Regulación verbal del comportamiento: El discurso de la consultante va acompañado de las siguientes verbalizaciones expuestas a continuación: “Me da miedo que el niño se enferme.” ”Me llaman del colegio porque al niño le duele el estómago y/o cabeza”. “tengo que llevarlo de urgencia al médico” “prefiero no compartir tiempo con el niño” “no quiero apegarme a él porque sufriría muchísimo cuando se muera” “me siento culpable porque por mi culpa se murió mi papá al acompañarme al médico”.

Identificación de conducta

Conducta clínicamente relevante: Durante las primeras sesiones la consultante acude a consulta psicológica expresando el deseo constante de recuperar el cariño de su único hijo porque sentía que no estaba cumpliendo como madre. El discurso va acompañado de llanto constante, desmotivación y desesperanza. Ocasionado malestar clínicamente significativo dificultando la ejecución del desempeño laboral familiar y social. Debido al deceso del padre ocurrido hace ocho años.

Función explicativa: la carencia del amor expresado al niño es la manera de evitar el posible dolor que le pueda ocasionar de una eventual muerte súbita como la experimentada hace ocho años con el padre.

Diagnóstico: la consultante cumple con los criterios diagnósticos del DSM 5 para ser diagnosticada con: **Trastorno de duelo complejo persistente.**

Cumpliendo con los siguientes criterios:

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 seis meses para niños en duelo.

1. Anhelo y añoranza persistente del fallecido
2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte
3. Preocupación en relación al fallecido

C) Desde la muerte, al menos 6 síntomas siguientes están presentes 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.

Malestar reactivo a muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte.
2. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
3. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte

(por ejemplo auto inculparse) Alteración social de la identidad.

7. Deseos de morir para estar con el fallecido.
8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde de la muerte.
10. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de

identidad propia.

12 dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida. Según (American Psychiatric Association (APA), 2013, p.789.).

Plan de intervención:

Examinar la etapa de duelo complejo persistente en la cual se encuentra la consultante actualmente, para iniciar tratamiento psicológico mediante la técnica psicoeducativa de muerte accidental y tipos de decesos existentes así como las etapas que se deben ejecutar para superarlo.

Mediante la ejecución de las cuatro tareas para superar el duelo.

- a) Aceptación de la realidad de la pérdida.
- b) Identificar y expresar sentimientos.
- c) Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está.
- d) Facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo

Desarrollo de las tareas.

Primera tarea: aceptar la realidad de la pérdida, segunda tarea: ayudar al superviviente a identificar y expresar sus sentimientos, tercera tarea: adaptarse al día a día, aprender a asumir responsabilidades de la persona fallecida, cuarta tarea recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. (Worden, 2013, p. 41) (Ver anexo 10).

Reestructuración cognitiva de Albert Ellis (2003) para la detección de pensamientos automáticos e identificar pensamientos intrusivos que experimenta e impiden una mejor relación afectiva con el niño.

Brindar estrategias de afrontamiento para canalizar sentimientos de culpa hacia el fallecido así como síntomas de angustia temor y tristeza que dificulta el fortalecimiento del vínculo madre e hijo.

De igual manera se entrenará en técnica y ejercicios de relajación y tensión muscular de Jacobson que podrá realizar cuando se enfrente a situaciones que generen malestar en su diario vivir.

Finalizando la intervención se da instrucciones precisas en prevención de recaídas. (Anexo 8 y 11)

Resultados

El presente estudio de caso clínico se desarrolló mediante la aplicación de tres etapas; la primera estuvo caracterizada por la recepción de datos sociodemográficos, entrevista clínica, análisis del discurso y observación, así como la aplicación de instrumentos de evaluación para conocer el posible diagnóstico de la paciente, el cual estuvo conformado por una primera fase la cual es llamada pre-test, constituida por el inventario de ansiedad y depresión de Beck, inventario clínico multiaxial de Millon II, inventario de estrategias de afrontamiento e inventario de duelo complicado adaptado a población colombiana. En la segunda etapa del procedimiento se aplicó la terapia para superar el duelo caracterizada por la ejecución de cuatro tareas específicas, continuando con la técnica de reestructuración cognitiva y estrategias de afrontamiento, lo cual fue de vital importancia trabajar en consulta con la usuaria para analizar de manera detallada el procesamiento de la información, resolución de problemas mediante la construcción de cuadros de registro de eventos significativos durante la semana para evaluar y analizar el discurso de la consultante, así como el desempeño en la resolución de problemas gracias a la ejecución de los mismos. Finalizando la etapa de intervención se complementa con la terapia de relajación y respiración profunda. (Ver anexo 10) Posteriormente la etapa final estuvo compuesta por prevención de recaídas, diligenciamiento de instrumentos psicométricos llamado fase post-test y seguimiento de dos meses para valorar y contrastar los resultados obtenidos por la consultante.

Resultados del proceso de evaluación

Resultados de la evaluación clínica

Los resultados del proceso terapéutico se pueden analizar en el apartado fases de intervención de manera más detallada en el anexo 10 cuadro de sesiones terapéuticas donde se describe de forma

minuciosa el desarrollo del plan de tratamiento de cada una de las sesiones caracterizado por objetivo terapéutico, técnica utilizada, actividades desarrolladas en cada sesión, resultados y observaciones.

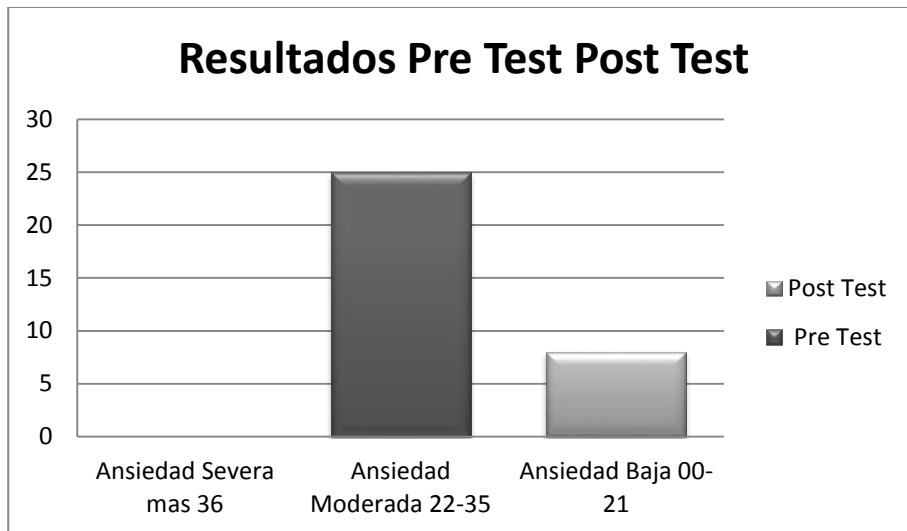


Figura 1. Resultados pre y post tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Mediante la aplicación del instrumento fue relevante examinar la puntuación de ansiedad latente en la consultante, los cuales ocasionaban: pena, tristeza, desconsuelo, inquietud, molestia y desdicha al inicio del tratamiento (Pre Test) la puntuación total de la prueba fue 25 puntos que corresponde a grado de ansiedad moderada. A diferencia de la segunda aplicación (Post Test) donde el valor obtenido fue 8 puntos ubicado en el rango de ansiedad baja, demostrando un cambio significativo entre la primera y segunda evaluación realizada al inicio de las sesiones. (Ver figura 1).

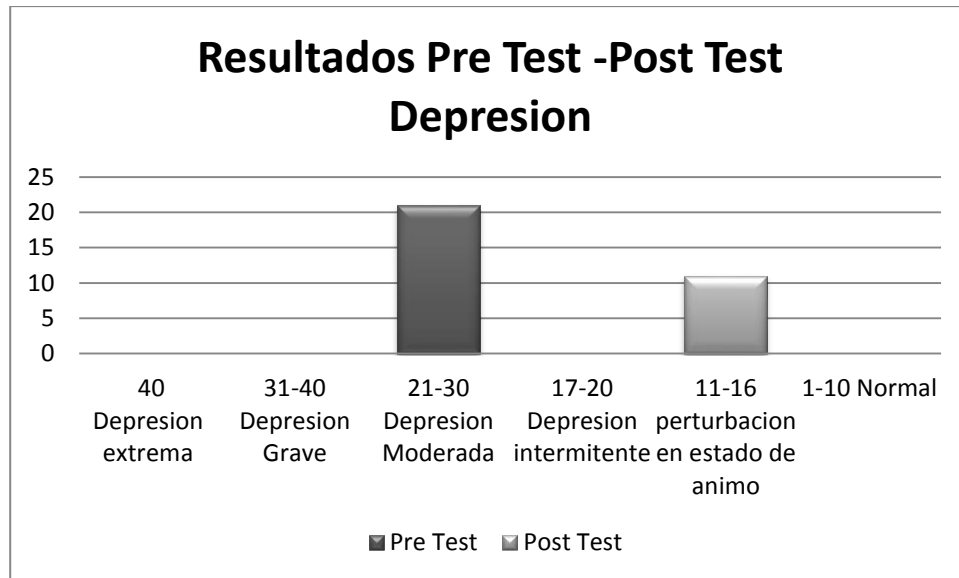


Figura 2. Resultados pre y post tratamiento del Inventario de Inventario de depresión de Beck (BID)

Inventario de depresión de Beck (BID) Mediante la aplicación del instrumento se pretende identificar el nivel depresivo de la consultante al inicio del tratamiento mediante la evaluación (Pre Test) se obtuvo un puntaje de 21 lo cual se interpreta como depresión moderada. Por otra parte el puntaje obtenido en la segunda evaluación (Post Test) arroja 8 puntos ubicándose en el rango depresión con estados normales (Ver figura 2) Durante el proceso terapéutico se realizó análisis del discurso mediante situaciones donde la paciente expresa sus temores a nivel (social familiar laboral y afectivo).

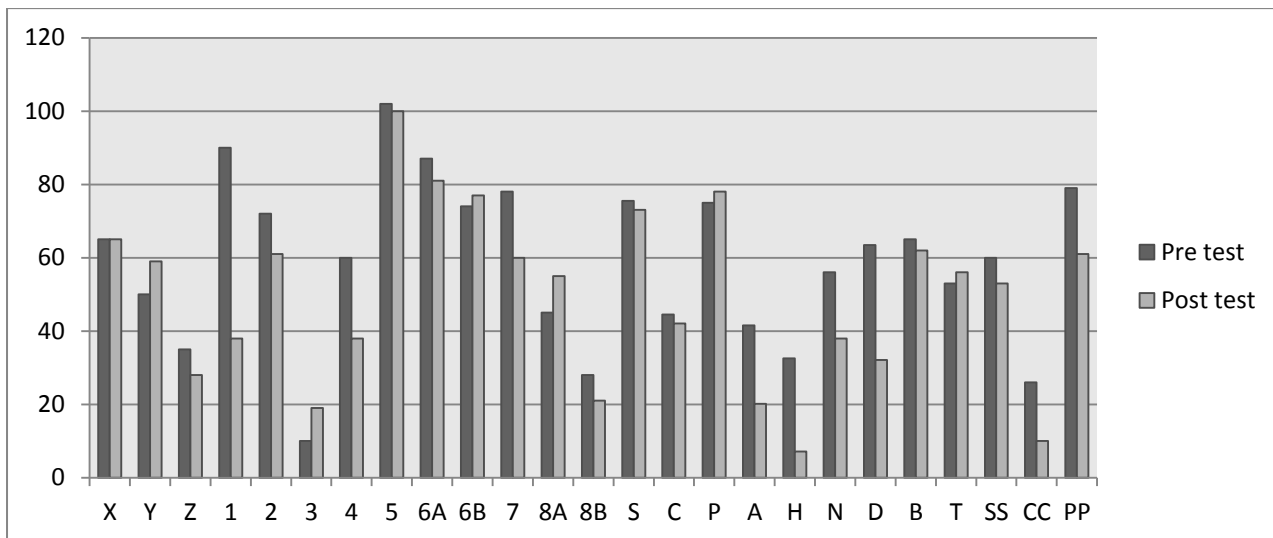


Figura 3. Resultados pre post tratamiento del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

Durante la aplicación del test se obtuvo una validez y confiabilidad acorde al resultado esperado en las 2 aplicaciones realizadas al inicio (Pre test) y en la finalización del proceso (Post test).

Respecto a la interpretación del inventario como se muestra en la figura 3 el efecto durante la evaluación Pre test puntuó significativamente en las variables ansiedad (A) y depresión (D).

Siendo congruente con la manifestación verbal de la consultante. A diferencia de la evaluación

Post test la paciente obtuvo puntuaciones bajas en las escalas clínicas realizadas en el pre

tratamiento, y post tratamiento. Los demás indicadores de evaluación no representaron patrones clínicos graves ni severos.

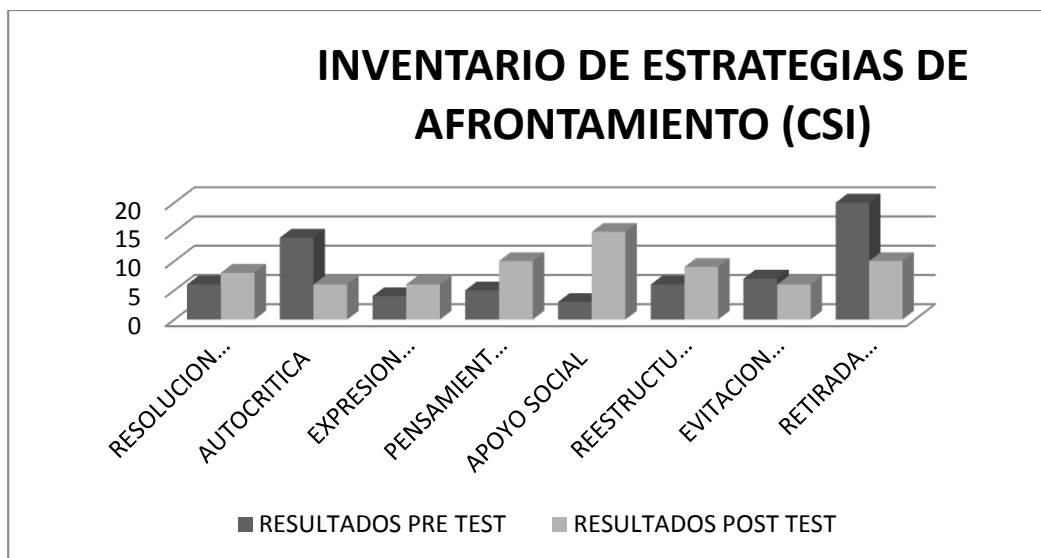


Figura 4. Resultados pre post tratamiento del Inventario de estrategias de afrontamiento (SCI).

Inventario de estrategias de afrontamiento (SCI)

En el transcurso de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (SCI) se observa al inicio del proceso psicoterapéutico (Pres Test) un promedio alto en el indicador retirada social, señalando que la consultante se aísla de amigos familiares compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante. De igual manera en el rango autocrítica caracterizado por estrategias basadas en la autoinculpación y ocurrencia de las situaciones estresantes, es proclive a vivir experiencias de mayor tensión, pensamientos intrusivos y exigencias absolutistas. Posterior a ello finalizando el tratamiento psicológico se aplica evaluación (Post Test) para determinar si los indicadores que durante el inicio del pre tratamiento obtuvieron puntuación significativa se mantienen durante el transcurso del tratamiento o por el contrario disminuyen la intensidad manifiesta en la usuaria. Una vez aplicado e interpretado se observa que el indicador relevante es: apoyo social interpretado como estrategia referida a búsqueda de apoyo familiar y emocional. Siendo vital para la consultante la comunicación el contacto afectivo y la protección mutua de todos los integrantes de núcleo familiar. (Ver figura numero 4).

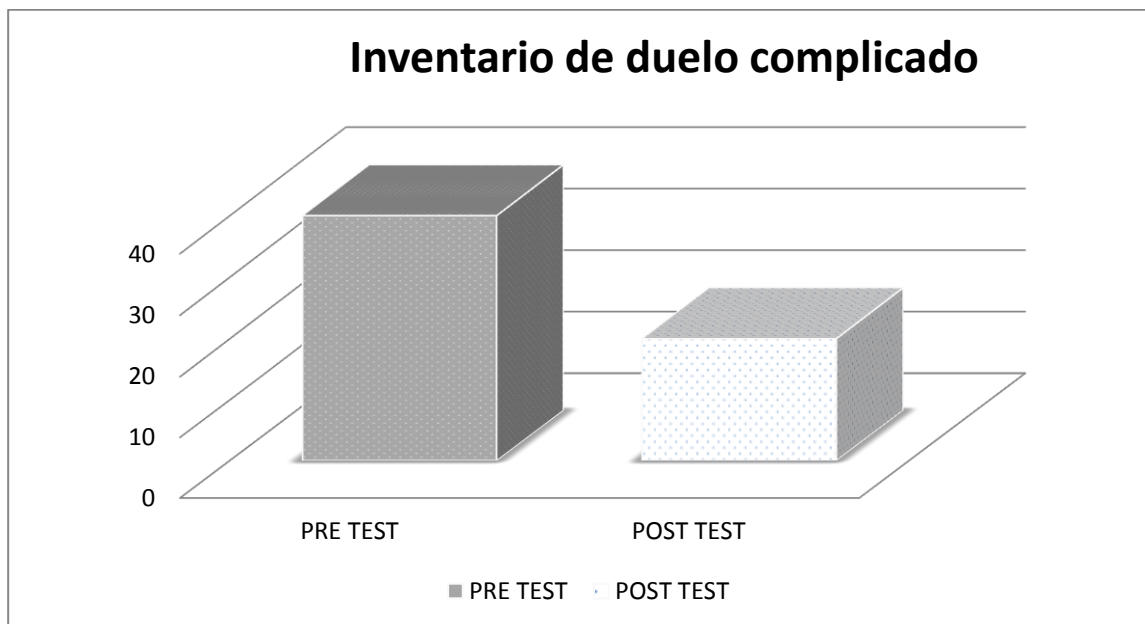


Figura 5. Resultados pre post tratamiento del Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Inventario De Duelo Complicado (IDC)

Como se puede observar en la imagen del instrumento aplicado durante la primera evaluación (Pre Test) se observa una elevada puntuación directa obteniendo 40 puntos en la calificación del pre tratamiento caracterizado por los siguientes indicadores: alteración emocional y falta de aceptación, vacío, aislamiento sin sentido, presencia del fallecido, identificación y evitación de su recuerdo. En contraste con la última aplicación (Post Test) en la cual se permite examinar la disminución de los síntomas en cada uno de los factores ya mencionados, obteniendo 15 puntos en el análisis de la valoración sintomatológica de duelo. (Ver figura 5).

Una de las técnicas que aportó de manera significativa para comprender la pérdida debido a muerte accidental fue la psicoeducación en el proceso de duelo tardío latente en la consultante. Siendo relevante para ella comprender que la manifestación de los síntomas físicos como: (llanto, disminución del apetito, migraña, falta de sueño) psicológicos (sentimientos de culpa, creencias erróneas, auto reproches y desinterés) son comunes en situaciones de muerte súbita y/o

accidental. Este aspecto fue un factor determinante para superar la pérdida de igual manera las cuatro tareas para superar y afrontar el duelo de Worden permitió desborde de sentimientos y emociones reprimidas por años.

Mediante las evaluaciones realizadas (pre test) (post test) y seguimiento de dos meses se obtuvo una reducción de los síntomas que fueron objeto de atención clínica, logrando disminución significativa del malestar, empezando a construirse paulatinamente con cada sesión semanal contando con el compromiso y responsabilidad de la consultante.

Se determinó mediante las sesiones semanales aportar en la ejecución de pequeños cambios significativos en las áreas familiares, sociales, conductuales, emocionales y cognitivas; reduciendo de manera considerable signos y síntomas propios de duelo como sentimiento de culpa constante, llanto fácil, dolores fuertes de cabeza junto con estado de ánimo irritable. Durante el desarrollo del tratamiento psicológico la sobreviviente desempeñó un papel fundamental en las actividades realizadas lo cual se evidencia en la reducción de los síntomas del diagnóstico base.

Discusión

Analizando los resultados obtenidos del presente estudio de caso clínico, se observa la eficacia en el tratamiento e intervención cognitivo conductual en una consultante con Trastorno de Duelo Complejo Persistente. Se calcula que el promedio de la población que manifiesta señales de duelo y experimenta complicaciones varía entre un 10 - 20%, estos porcentajes muestran lo importante de superar los síntomas e iniciar un tratamiento apropiado para disminuirlos (Prigerson y Jacobs, 2001).

Siendo las experiencias de difícil manejo aquellas situaciones de fallecimiento inesperadas o súbitas donde la muerte se hace presente ocasionando eventos desencadenantes relevantes, el tipo de muerte y duelo son factores condicionantes al afrontamiento de la pérdida, así mismo está el pensamiento prospectivo sobre la misma y el efecto de la anticipación que construye posiciones diferentes sobre el afrontamiento del duelo en relación al tipo de muerte, ya sea anticipada, inesperada, repentina y/o trágica (Yoffe, 2012).

Según Jaramillo (2001) el tipo de muerte repentina actúa como un detonante que puede complicar el duelo, pues para el deudo si el fallecido era una persona sana, le será más complejo admitir que quien se encontraba con vida ayer, hoy esté muerto. Siendo la muerte accidental una analogía de la muerte súbita inesperada y fortuita donde todo es ilógico y absurdo.

La primera reacción ante la noticia de un deceso inesperado de un familiar cercano genera incredulidad por consiguiente el deudo sufriría un bloqueo emocional y/o anestesia emotiva que desempeña como un mecanismo de defensa debido al evento negativo del comunicado.

La concepción de la pérdida tiene dilatadas consecuencias en las condiciones emocionales de quien la afronta, esta integración perceptiva de la muerte contiene elementos de negación de la realidad como lo son la incertidumbre y ambivalencia subjetiva, que facilitan no solo psicopatologías como la ansiedad, la depresión y sentimientos de culpa, sino también, la

somatización de enfermedades en consecuencia de la falta de desprendimiento e irreversibilidad de la muerte. Aquellas situaciones donde se hace presente la muerte, se presentan altibajos emocionales que perdurarán a lo largo del tiempo, esto se ve en el Trastorno de duelo complejo persistente, en donde las afectaciones pueden durar años, mientras retoman de nuevo una realidad sin negaciones de la partida del ser querido (Boelen, 2017).

La terapia en el duelo es lo más apropiado en situaciones donde la ausencia por el ser querido se prolonga demasiado y que además se manifiesta exageradamente en síntomas físicos y comportamentales (Worden, 2013). Por tanto es necesario diseñar y estructurar un plan de intervención para una óptima terapia de duelo siendo aplicada en este caso la Terapia Cognitiva (Caro-Gabalda, 2011; Kazdin, 2007). Constituyendo un abordaje científico pleno y los objetivos propuestos en la TCC dirigieron y organizaron valiosas estrategias en la intervención para superar el duelo y construcción del vínculo madre e hijo. Mediante la ejecución de la reestructuración cognitiva realizada por la consultante. Logrando favorables y exitosos cambios comportamentales. Tal como lo expresa Ellis (1995) las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente por ende, esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables.

Las técnicas conductuales, tienen un gran impacto sobre la memoria subjetiva del afectado, minimizando la tendencia a la evitación de experiencias dolorosas asociadas a la pérdida (situaciones, pensamientos, sentimientos etc.) y conductas ansiógenas. En este caso se implementó la terapia de relajación de Jacobson y se muestra como una técnica adecuada para trabajar el duelo persistente, con el objetivo que el deudo asuma un significado más flexible sobre la pérdida y la asunción de una nueva vida sin el ser querido que ha fallecido (Rubio, 2007).

Finalmente en el presente estudio único de caso clínico mediante la evaluación y aplicación de técnicas ya expuestas y ejecutadas en su totalidad en conjunto con posterior seguimiento. Se concluye que la consultante LEPC obtuvo cambios paulatinos mediante las sesiones semanales que posteriormente se convirtieron en conductas y comportamientos de estilo de vida saludable en las áreas conductuales emocionales y cognitivas. Evidencia de ello está en la ejecución de metas a futuro, las cuales empezó a ejecutar siendo temática abordada y expuesta en el anexo 10 sesión 15 dónde de manera clara se puede analizar la materialización de cambios significativos y toma de decisiones que ahora caracterizan la personalidad de la consultante entre ellas: buen humor, estabilidad emocional, cambio de empleo para ejercer el título de auxiliar contable ampliando el círculo laboral y social.

Realizando un exhaustivo análisis durante el presente año mediante el cual se ejecutó el plan de intervención pactado por 15 sesiones y alcanzando los objetivos propuestos diseñados al inicio del proceso logrando de manera satisfactoria la disminución significativa del conjunto de síntomas por los cuales la consultante LEPC buscó tratamiento psicológico es fundamental destacar: el duelo superado, la estabilidad emocional, el apoyo social, la comunicación asertiva y la reducción de síntomas físicos y psicológicos.

Conclusiones

La asistencia continúa a consulta, disposición para ejecutar las técnicas aplicadas, mediante resolución de actividades en las sesiones y tareas semanales realizadas; permitieron de manera satisfactoria superar el duelo complicado, evidenciado capacidad de recordar y hablar del fallecido sin sentimientos de culpa, creencias irracionales y auto reproches. Así como la idoneidad e inteligencia en la toma de decisiones para ejercer la carrera técnica y establecer relaciones proyectándose a futuro.

La técnica psicoeducativa contribuyó a normalizar emociones pensamientos y conductas en la consultante al reconocerse con pérdidas similares con otros dolientes que experimentan duelo por muerte repentina o súbita.

La expresión de emociones y pensamientos cumplió la función de desahogo en la construcción del proceso de duelo. Razón por la cual es indispensable se asesore al sobreviviente en la toma de decisiones importantes que podrían afectar y/o perjudicar a futuro.

El vínculo entrañable acogedor y sólido que ahora caracteriza la relación madre e hijo se manifiesta en tiempo de calidad, confianza mutua, comunicación asertiva y buen humor de la consultante; desempeñando finalmente el rol de madre anhelado al principio del tratamiento.

La técnica cognitivo conductual evidenció efectividad en el tratamiento del trastorno de duelo complejo persistente, donde se describió una consultante al inicio del tratamiento con marcados factores de predisposición adquisición y mantenimiento que ocasionaban dificultad en el procesamiento y análisis de la información, escasas estrategias de afrontamiento y dificultad para superar la pérdida, evidenciando como factor de riesgo el sentimiento de culpa y aislamiento del entorno familiar y social; razón por la cual el proceso terapéutico se desarrolló mediante la aplicación de técnicas cognitivo conductuales (psicoeducación del duelo , tareas para superar el

duelo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y relajación progresiva), motivo por el cual se diseña y aplican 15 sesiones de intervención divididas en tres etapas. La primera etapa de evaluación y diagnóstico incluyendo entrevista clínica estructurada y evaluación psicométrica. La segunda etapa constituida por técnicas de información en psicoeducación del duelo y proceso de morir, aplicación e intervención de las tareas para superar el duelo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, estrategias de afrontamiento y terapia de tensión muscular progresiva de Jacobson. Finalmente etapa tres evaluación post y cierre donde se incluyó dos meses de seguimiento para la consultante, superando de manera satisfactoria uno a uno los síntomas que le motivaron a buscar ayuda psicológica para superar la pérdida tras ocho años de perturbación y aislamiento del entorno familiar, así como no haber ejercido el rol de madre. Prueba de ello es la asistencia a última sesión en compañía del hijo donde se observa el vínculo entrañable y amoroso finalmente logrado por la consultante descrita durante primera la sesión verbalizada en el motivo de consulta.

Confirmando una vez más la eficacia del tratamiento del duelo demostrado en el presente caso clínico de trastorno de duelo complejo persistente. Mediante aplicación de técnicas y revisión teórica de literatura y especialistas en duelo aquí mencionados se corrobora que en situaciones de duelo es indispensable realizar intervención cognitivo conductual para obtener resultados satisfactorios como los expuestos en la presente monografía.

Recomendaciones

Se sugiere a la consultante que al encontrarse en situaciones estresantes o proclives de estrés practique la tensión muscular progresiva y relajación de Jacobson para disminuir niveles de ansiedad.

Las estrategias de afrontamiento como apoyo social y emocional serán herramientas eficaces para continuar con la vida diaria ante futuros obstáculos que posiblemente generen estrés o comportamientos mal adaptativos.

Las redes de apoyo familiares serán un agente de bienestar para fortalecer aspectos de la personalidad en futuras situaciones en crisis permitiendo a la consultante contar con soporte emocional en posibles situaciones de vulnerabilidad que podrían ocurrir en el futuro.

Es indispensable que la consultante asuma nuevos retos profesionales, sociales, familiares y afectivos que mejoren la calidad de vida contribuyendo a una constante mejora en salud mental.

Referencias


- Altet Torné, J., & Boatas Enjuanes, F. (2000). *Reacciones de duelo. Informaciones Psiquiátricas*.
Obtenido de http://informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2000/01_159_02.htm
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*.
- Barreto Martín, P., & Soler Sáiz, M. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Barreto, P., De la Torre, O., & Pérez Marín, M. (2012). Detección del duelo complicado. *9*(2-3), 355-368.
- Beck, A., & Steer, R. (1988). *Beck Anxiety Inventory (BAI)*.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Boelen, P. (2017). "It feels as if she might return one day": A sense of unrealness as a predictor of bereavement-related emotional distress/". *38*(3), 734-751.
- Cabodevilla, I. (2007). *La pérdida y sus duelos*. Anales Sis San Navarra.
- Caro-Gabalda, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: Su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. *16*, 169-188.
- Choliz Montañés, M. (s.f.). *Técnicas para el control de la activación. Relajación y respiración*.
Obtenido de <https://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- CIE-10. (2010). Organización Mundial de la Salud en su *Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima. Ed.*
- Ellis, A. (1970). *Razon y emoción en psicoterapia*.
- Ellis, A. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*.

- Finkbeine, A. K. (1996). *After the death of a child: Living with loss through the years*.
- Gamo Medina, E., & Pazos Pezzi, P. (2009). *El duelo y las etapas de la vida*. Recuperado el 17 de octubre de 2017
- Gamo Medina, E., del Álamo Jiménez, C., Hernangómez Criado, L., & García Laborda, A. (2003). *Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental*. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2772>
- García Viniegras, C. R., & Pérez, C. C. (2013). *Duelo ante muerte por suicidio*. Recuperado el 16 de agosto de 2017
- Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research*. 614- 646.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. 3.
- Johnson, O. (2015). *The experience of grief and loss resulting from the death of the death of a loved one as it impacts the individual psychologically, spiritually, and physically: A phenomenological approach*.
- Kazdin, A. E. (2007). *Mediators and mechanism of change in psychotherapy research*. (s.f.). 3, 1-27.
- Limonero Garcia, J. T., Lacasta Reverte, M., García Garcia, J. A., Maté Mendez, J., & Prigerson, H. G. (2009). *Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado*. 16(5), 291-297.
- Maszlanca Chilerowicz, M. (2007). *El duelo*. 36.
- Millon, T. (1999). *MCMI – II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II*.
- Montoya Carrasquillo, J. (2008). *Perdida aflicción y luto. Primera edición*.
- Morel Trejo, C., & Pichardo Uribe, O. (2013). *Hemangioblastoma supratentorial*. *Revista de Especialidades Medico-Quirúrgica*. 18, 280-283.
- Nomen Martín, L. (2007). *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida*.

- Ó Connor, M. F., Allen, J. J., & Kaszniak, A. W. (2002). Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. *52*(4), 183-5.
- Payás, A. (2007). Intervención grupal en duelo. 169-82.
- Prigerson, H., Davies, B., & Neimeyer, R. (2012). Duelo y significado. *13*(49), 5- 24.
- Prigerson, H., Selby Jacobs's, C. M., Mazure's, Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief. *24*(3), 185-99.
- Rando, T. A. (1993). Treatment of complicated mourning.
- Rodríguez , Á., García Hernández, A., Brito Brito , P., & Toledo Rosell, C. (2010). Pérdida, duelo y enfermería; El lenguaje del cuidado. 7-15.
- Rubio Espíndola, J. (2007). "*Duelo Normal y patológico*". Recuperado el 1 de septiembre de 2017, de <http://www.geocities.ws/estamentops2/Documentos/duelo.pdf>
- Tizón Garcia, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo.
- Tobin, Holroyd, Reynolds, & Kigal. (1989). Inventario de estrategias de Afrontamiento (CSI).
- Worden, J. E. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.
- Yi Yi, P. (2015). *Duelo Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos*. Recuperado el 14 de octubre de 2017, de <https://core.ac.uk/download/pdf/71051366.pdf>
- Yoffe, L. (2017). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología. 21*(2), 129-153.

Anexos

Anexo 1: Historia clínica institucional del Centro de Proyección Social

 Universidad Pontificia Bolivariana		HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS						
Fecha recepción	Día		Mes		Año		No. historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS								
Datos del paciente								
Nombres y apellidos			Edad		Sexo		Documento de identidad	
Lugar y fecha de nacimiento					Dirección de residencia			
Estrato		No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular			
Nivel de escolaridad		Ocupación			Institución educativa			
Remitido por			Entidad (EPS/ARS)			Tipo de afiliación		

2. DATOS DEL ACUDIENTE- contacto de emergencia			
Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Estado civil
		d	
Dirección de residencia	No. Teléfono residencia	No. Teléfono celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE			
Motivo de consulta			
Observación general del paciente (Examen mental)			

Aspectos relacionados con el motivo de consulta

Historial de la situación

Intentos previos para solucionarlo

Percepción de la situación desde el/la paciente

Empty rectangular area for notes or content.

Redes de apoyo del/la paciente

Empty rectangular area for notes or content.

ASPECTOS FAMILIARES**Familiograma**

Nombre	Parentesc o	Eda d	Escolarid ad	Ocupació n	Relación con el paciente

Observaciones generales del ambiente familiar

4. ÁREA PERSONAL

5. HISTORIA ACADÉMICA

6. ÁREA SOCIAL

7. HISTORIAL LABORAL

8. ANTECEDENTES PERSONALES


9. RELACIONES DE PAREJA

10. CONDUCTAS DE RIESGO

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V Y CIE-10)

12. PLAN DE TRATAMIENTO

Anexo 2: consentimiento informado institucional del Centro de Proyección Social

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana REGIONAL CALI VIGILADA MINEPUCACIÓN</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 01</p>
---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el psicólogo en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;
- Cuando en mi calidad de consultante rehúse la intervención del psicólogo en formación;
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre del Usuario:	
Firma del usuario:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación	
Firma del Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) Asesor (a)	

Firma del Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. No. T.P. _____
------------------------------------	----------------------------

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.

Anexo 3: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

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

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4: Inventario de depresión de Beck (BID)**Inventario de Depresión de Beck.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar **SI/NO.**

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 5: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.

21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.

55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.

56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.

57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.

58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.

59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.

63. Le gusto a muy poca gente.

64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.

65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.

66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.

67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.

68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.

69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.

70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.

71. Me siento continuamente muy cansado.

72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.

74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.

109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

143. No me importa que la gente no se interese por mí.

144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.

145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.

147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.

148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.

149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.

151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.

152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.

153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".

154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.

155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.

156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.

157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.

158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.

159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

161. Rara vez me emociono mucho con algo.

162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.

163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.

165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.

166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.

167. Últimamente me siento completamente destrozado.

168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.

169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.

170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.

171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.

172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.

173. Prefiero estar con gente que me protegerá.

174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.

175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

Anexo 6: Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)

Anexo 7: Inventario Duelo Complicado (IDC)

30

HÉCTOR ALFREDO GAMBA-COLLAZOS & CARMEN ELVIRA NAVIA

Apéndice

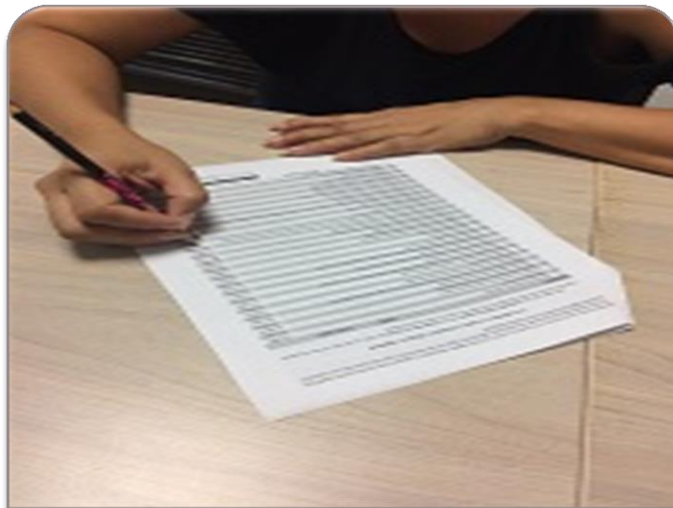
Inventario de Duelo Complicado Adaptación a población Colombiana

Sexo: M ___ F ___ Edad: _____ Parentesco de la persona fallecida: _____

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación con el fallecimiento de un ser querido. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía la persona que murió.	0	1	2	3	4
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me desvíe de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

Anexo 8: Evidencias



Personaje	Acción	Sentimiento
El niño lo trato como me lo mudo que le enseñe algo.	Cuando era muy pequeño de la casa Estas al lado de otros niños	Angustia tema por pa. mucho alegría
Es que mi voz se me cansó	dato muchos quiero a Dios	Curiosidad
me voyo diferente	mucho como no porque es otro cosa diferente	quiere que se mecan los cosas
el poder del más se me veía con la salud	No vamos pero no controla	tema Impotencia
veo que es con ellos de tema pero la cosas	Esperar y pasar con los temas	Angustia tema de no ser capaz de cumplir

Anexo 9: Cuadro de registro para sesiones de Reestructuración Cognitiva

Situación	Pensamiento	Conducta	Sentimiento/emoción

Anexo 10: Cuadro de sesiones terapéuticas.

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé	Consultante refiere: “Quiero recuperar el cariño de mi hijo por la hospitalización cuando era pequeño a mi padre le dio un infarto y murió.”	1	Realizar exploración del caso	Entrevista	Historia clínica	Diálogo con la consultante quien refiere: “ No le he dado el amor que mi hijo merece porque no quiero que se muera como mi padre lo hizo no quiero sufrir de nuevo tengo miedo”	Llanto Tristeza Desanimo Desesperanza Pensamientos automáticos.
LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		2	Evaluación pruebas psicométricas <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) • Inventario de depresión de Beck (BID) • Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI) 	Aplicación de pruebas psicométricas <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) • Inventario de depresión de Beck (BID) • Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI) 	Desarrollo de las preguntas		
LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		3	Evaluación pruebas psicométricas <ul style="list-style-type: none"> • Inventario Clínico Multiaxial de Millon II • Inventario Texas Revisado Del Duelo (ITRD) 	Aplicación de pruebas psicométricas <ul style="list-style-type: none"> • Inventario Clínico Multiaxial de Millon II • Inventario de Duelo Complicado (IDC) 	Desarrollo de las preguntas		

<p>LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé</p>		4	<p>Dominar mediante información veraz diagnóstico que padece</p>	<p>Psicoeducación del duelo y proceso de morir</p>	<p>Mediante la información consolidada y seleccionada acerca de la muerte, los diferentes tipos que existen junto con literatura basada en la evidencia y etapas del duelo. Se ejecuta una sesión donde se expone la temática acorde a las necesidades de la consultante. Como los diferentes tipos de muerte que existen, cuales son los fallecimientos más dolorosos, como afecta a la familia. Que sucede con los sobrevivientes, sentimientos de culpa, causas de no poderse despedir el ausente entre otros. Después de la información formulada se plantea a la consultante se ubique en la etapa de duelo que cree ella se encuentra en este momento. A lo que refiere: "Por mis sentimientos y estado de ánimo me encuentro en etapa de negación y estado de ánimo con rabia y enojo"</p>	<p>Asombro por el contenido de la información. Contrastado con la evidencia científica entiende y acepta que existen personas en el mundo que padecen esta misma sintomatología ligada a afecciones médicas que en la actualidad afectan de manera fisiológica.</p> <p>Refiere: "Siento que no soy la única que ha pasado por esto, existen personas como yo que nos callamos todo y sufrimos en silencio."</p> <p>También refirió: "es un alivio conocer que es normal el sentimiento de culpa". Refiere "Me sentí así por años. Pensando ser la culpable de la situación"</p>	<p>Eficacia en la técnica utiliza donde se podría retomar el concepto: darse cuenta para hacerse cargo. Terminada la sesión terapéutica se le observa más calmada menos desbordada.</p>
--	--	---	--	--	---	---	---

LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		5	Realizar intervención mediante la técnica de Worden	Cuatro tareas (Worden)	Se inicia la sesión desarrollando las tareas propuestas por el autor. Descritas de la siguiente manera: a) Aceptación de la realidad de la pérdida. b) Identificar y expresar sentimientos. Desarrollo de las tareas Primera tarea: aceptar la realidad de la pérdida Metodología: Ayudar a la consultante a hablar de la pérdida y las circunstancias que rodearon la muerte: ¿Dónde ocurrió? ¿Cómo ocurrió? ¿Dónde estabas cuando te enteraste? ¿Cómo fue el funeral? ¿Qué se dijo del? Segunda tarea: ayudar al	Se realiza en dos sesiones debido al cúmulo de emociones desbordadas en la consultante

					<p>superviviente a identificar y expresar sus sentimientos</p> <p>Metodología: se le permitió a la consultante dar rienda suelta al dolor, debido a que no todas las personas experimentan el dolor con la misma intensidad. Mediante las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo era la persona • Naturaleza del apego • Manera de morir • Antecedentes históricos • Variables de la personalidad • Variables sociales • Tensiones actuales 		
<p>LEP</p> <p>Edad: 39 años</p> <p>Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé</p>		6	<p>Realizar intervención mediante la técnica de Worden</p>	<p>Cuatro tareas (Worden)</p>	<p>c) Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está.</p> <p>d) Facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo</p> <p>Desarrollo de las tareas</p> <p>Tercera tarea: adaptarse al día a día, aprender a asumir responsabilidades de la persona fallecida.</p> <p>Metodología:</p> <p>Ayudar al consultante asumir los roles que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido de sí misma y el mundo.</p> <p>Cuarta tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y</p>	<p>La ejecución de esta tarea fue la más complicada porque durante años no se había habituado a continuar su existencia sin el fallecido consecuencia de esto la barrera puesta en contra del niño que aunque nunca fue maltratado e ignorado por la madre. Si estuvo distante en demostraciones de afecto, amor y cuidados con el</p>	

					seguir viviendo. Metodología: focalizar maneras de recordarla fallecido de una forma más asertiva. No renunciar al fallecido sino a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.	menor. A diferencia de los supervivientes en proceso de duelo complejo persistente. La consultante visitaba lugares que solía retomar con el fallecido refiere: así lo siento cerca.	
LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		7	Realizar intervención cognitivo conductual de Albert Ellis	Reestructuración cognitiva	Se inicia la sesión explicando que es la reestructuración cognitiva eficaz en la ejecución de la misma de igual manera ventajas en la población que le ha ejecutado. Incidencia en los pacientes que han realizado y el proceso exitoso de la misma. Así como elementos que la conforman A, B, C, situaciones que activan o generan estas conductas, consecuencias de los comportamientos.	Mediante actividad de cuadro de registro se le ordena describa situaciones del diario vivir activan pensamientos automáticos que ocasionan dificultad y perjudican el bienestar que desea encontrar. De igual manera se realiza un cuadro de registro en la sesión donde se explica cómo debe realizarlo mediante pensamientos automáticos e interpretación de la información (situaciones que	Se deja actividad de cuadro de registro pero no la realiza.

						sucedan alrededor de ella) que sucede antes después, como se siente piensa actúa y cuál es la consecuencia del temor en el área familiar social y de pareja.	
LEP Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		8	Realizar intervención cognitivo conductual de Albert Ellis	Reestructuración cognitiva	<p>Se pide a la consultante verbalice situaciones estresantes durante la semana, como las soluciono que funciono o porque no funciono. Que pensamientos le acompañaron durante la ejecución de la actividad.</p> <p>Se evalúa que eventos en el pasado recuerda como desagradables y como solía interpretar la información, existían pensamientos automáticos. Como los enfrentaba que activaba estas situaciones y como logro superarlas que funciono junto con que no funciono. Como recuerda haberse sentido fisiológicamente.</p>	<p>Refiere: “confieso en la adolescencia haber sido más frentera y defenderme si así me sentía.”</p> <p>Refiere: “Pero con el paso del tiempo me volví sumisa y más responsable tenía que mantener económicamente a mis padres junto con los gastos del hogar.”</p> <p>Refiere: “no tengo amigos mi única amiga es mi mamá, casi no salgo no me gusta Se videncia que no tiene círculo social ni personas de su edad con las cuales compartir</p>	

						Refiere: “ yo prefiero evitar problemas no me gusta la confrontación “	
L.E.P.C Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		9	Empoderar a la consultante para encontrar recursos propios	Entrenamiento en estrategias de afrontamiento	<p>Inicio de sesión con la definición de que es una estrategia de afrontamiento que cree que es y para qué sirve.</p> <p>Se realiza un listado con cada indicador de estrategias de afrontamiento que elementos le conforman</p> <p>Basado en la aplicación de la prueba se evidencia que la consultante posee escasas estrategias de afrontamiento. Motivo por el cual se trabaja esta área para reforzarla de manera positiva y con base en sus recursos. Focalice nuevas estrategias para aplicarlas en su diario vivir.</p>	Se realiza ejercicio práctico en consulta para evaluar con base en una situación particular la reacción inmediata. El resultado del ejercicio en la consultante es la evitación ella decide alejarse y evitar situaciones que le generan problemas, aunque tiene redes de apoyo no les comenta lo que sucede refiere” no me gusta llevarle mis problemas a nadie, para que se afanen”	Se deja actividad de cuadro de registro para desarrollar una estrategia de afrontamiento.
L.E.P.C Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		10	Identificar que estrategias de afrontamiento utiliza la paciente para sobrellevar situaciones que generan malestar a diario.	Entrevista	Técnica basada en información	Confiesa tener una relación con un hombre casado refiere: “Él es quien me anima cuando no tengo ganas de hacer nada, me escucha me aconseja y	Se percibe más tranquila, sonríe, habla más pausado, no hay llanto.

						económicamente me ayuda con el niño” sus encuentros son clandestinos dice sentir temor por la situación. Aunque le ha propuesto formalizar la relación, buscar vivienda y formar una familia está latente el sentimiento de culpa por separación de la madre.	
L.E.P.C Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé		11	Evaluar dinámica familiar mediante el discurso del menor	Dialogo socrático	Se invita al niño de la consultante a terapia para evaluar el comportamiento y escuchar sus necesidades y exigencias. (falencias existentes entre vinculo) Mediante preguntas como: te gustaría salir este fin de semana con tu mamá, como sería tu mama ideal, qué cambiarías de tu mama. Siendo preguntas suficientes para evocar en el niño un discurso basado en las necesidades propias de la edad y el acompañamiento deseado que por años ha buscado y que empieza a generarse debido a la disciplina y cumplimiento de la paciente con cada asistencia a terapia.	Se evidencio la diferencia existente en la relación (madre e hijo) al inicio del tratamiento. Existe una comunicación fluida según el discurso del niño.	

<p>L.E.P.C Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé</p>		12	<p>Reducir el nivel de alerta previo al sueño y la ansiedad anticipatoria mediante entrenamiento en respiración profunda y técnicas de relajación (Jacobson)</p>	<p>Relajación progresiva de (Jacobson)</p>	<p>Se fundamenta en la contracción de los músculos y observar cómo se va relajando por tanto se va capacitando para percibir sus propias tensiones y aprende a relajarlas hasta que llega a la anulación del tono muscular. Debe desarrollarse en el siguiente orden:</p> <p>Músculos de la pierna izquierda luego pierna derecha, brazo izquierda y así sucesivamente</p> <p>Músculos abdominales</p> <p>Músculos respiratorios</p> <p>Músculos extensores de la columna, pectorales, hombros, cuello frente, párpados glóbulos oculares, mejillas, labios, lengua, mandíbula, garganta.</p>	<p>Se realizó entrenamiento en consulta para que lo practicara en casa. Se despejaron dudas en cuanto al tiempo estipulado de contracción de los músculos así como el orden de retracción en cada uno de ellos.</p>	<p>Se recomienda realice este ejercicio inicialmente 2 veces al día. Al despertarse en la mañana y antes de iniciar actividades del diario vivir. Cuando vaya a dormir en la noche para distorsionar músculos.</p>
<p>L.E.P.C Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé</p>		13	<p>Evaluar mediante ejemplos prácticos situación actual</p>	<p>Prevención en recaídas</p>	<p>Teniendo en cuenta la importancia de los resultados obtenidos y permanezca en el tiempo. Nuevamente se invita al niño a consulta para que asista en compañía de la consultante. En entrevista el menor refiere: Ahora salimos al parque jugamos juntos me acompaña a dormir me dedica más</p>	<p>Es indudable el cambio eficiente durante el proceso terapéutico y fortalecimiento del vínculo. La conciencia adquirida del diagnóstico y la comprensión del</p>	

					<p>tiempo.</p> <p>Se evalúa mediante observación y entrevista comportamientos- discurso y comunicación analógica. Ejemplo propuesto de la terapeuta. Mediante imagería como reaccionaria si falleciera algún miembro de su entorno familiar.</p> <p>Responde refiriendo lo siguiente: “volvería de nuevo a sentirme triste mal sin animo pero contaría con el apoyo de mi hijo y familia para continuar.”</p> <p>Al preguntarle cómo se sintió durante todo el proceso refirió: “Siento que algo en mi cambio estoy más abierta y segura de enfrentar situaciones que sé no serán sencillas, pero ahora soy más fuerte y deseo tiempo para compartir más con mi hijo.”</p> <p>Se conmovió al recordar que durante este mes se cumplían 9 años del fallecimiento del padre. Recordó que estas fechas son dos experiencias difíciles y hacen parte del proceso de duelo que ya empezó a superar en compañía de su hijo.</p>	<p>duelo tardío. Causando por años una agonía latente en la paciente que mediante la TCC pudo superar y volver a recuperar independencia.</p>	
L.E.P.C Edad: 39 años		14	Evaluación post test	Análisis de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad de Beck 	Inventario de Ansiedad de	Inventario de depresión de

<p>Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé</p>			<p>Prevención de recaídas</p>		<p>(BAI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de depresión de Beck (BID) • Inventario Clínico Multiaxial de Millon II <p>Inventario de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento (CSI) • Inventario De Duelo Complicado (IDC) 	<p>Beck (BAI) (Pre Test) ansiedad moderada (Post Test) en ansiedad baja. Evidenciando un cambio significativo (ver pág. 28)</p> <p>Inventario Clínico Multiaxial de Millon II</p> <p>En el cual se observa disminución de conductas poco adecuadas, comparando las dos evaluaciones realizadas durante el tratamiento psicológico. Se puede observar disminución de las conductas mal adaptativas de la consultante y su evolución significativa.(pág. 30)</p> <p>Inventario Texas</p> <p>Se identifica reducción de los síntomas de duelo complicado en las evaluaciones pre</p>	<p>Beck (BID) (Pretest) depresión moderada. Post test Depresión con estados normales (ver pág. 29) (Pre test) Estrategias de afrontamiento se observa escasa red de apoyo retirándose de aquellas situaciones que considera difíciles de enfrentar. (Post test) busca el apoyo social y emocional para solucionar los problemas. (ver pág. 31)</p>
--	--	--	-------------------------------	--	--	---	---

<p>L.E.P.C Edad: 39 años Ocupación: Ensambladora de ropa para bebé</p>		15	Seguimiento 2 meses	Entrevista diálogo socrático	<p>Evaluación mediante entrevista con la consultante mediante análisis del discurso, comunicación verbal y analógica.</p> <p>Interrogar si han existido dificultades que haya experimentado después de haber finalizado la intervención posterior a dos meses.</p> <p>¿Cómo ha manejado las dificultades en su vida diaria? Refiere:” en situaciones de estrés o dificultades económicas o laborales acudo a mi familia, hablo con mi hijo explicándole dilemas o problemas que surgen, en ellos encuentro apoyo, confianza y solidaridad”</p> <p>Refiere: “ya NO me siento sola tengo el amor y compañía de mi hijo”</p> <p>¿Aspectos positivos que destaca en la construcción del vínculo madre e hijo? Aprovechamiento del conocimiento mutuo, refiere: “ahora nos conocemos mejor”</p> <p>Aumento de confianza, seguridad y habilidades sociales mutuas. Refiere: “somos un equipo”.</p>	<p>test post test.</p> <p>Dentro de los avances significativos. Se encuentran los siguientes avances: Tiempo de calidad y disfrute con el niño que ha aportado ventajas mejorado la comunicación, vínculo afectivo autoestima, y buen humor de la consultante. Proyección a futuro (cambio de empleo)</p> <p>Estabilidad emocional</p> <p>Viaje de fin de año. Con el niño al caribe.</p>	
---	--	----	---------------------	------------------------------	---	---	--

Anexo 11: Cuadro procedimiento realizado

Fase 1	Numero de sesión	Procedimiento realizado
Primera etapa : evaluación y diagnóstico	1-3	Consentimiento informado Entrevista Recepción de la historia clínica Valoración del caso Evaluación psicométrica <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de ansiedad de Beck (BAI) • Inventario de depresión de Beck (BID) • Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) • Inventario clínico multiaxial de (MILLON II) • Inventario de duelo complicado (IDC)
Fase 2	Numero de sesión	Procedimiento realizado
Segunda etapa: Intervención	4	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados psicométricos de las evaluaciones • Información del diagnóstico • Intervención mediante técnicas de información <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación del duelo
	5-6	Cuatro tareas para superar el duelo Worden <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la primera (aceptar la realidad de la pérdida)

		<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la segunda tarea (Identificar y expresar sentimientos) • Desarrollo tercera tarea (Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está) • Desarrollo cuarta tarea (recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo)
	7-8	Reestructuración Cognitiva
	9-10	Entrenamiento en resolución de problemas mediante estrategias de afrontamiento
	11	Diálogo socrático Técnica basada en información
	12	Terapia de relajación de Jacobson
Fase	Numero de sesión	Procedimiento realizado
Etapa 3 post y cierre	13	Prevención de recaídas mediante técnicas de exposición en vivo

	14	Evaluación post test <ul style="list-style-type: none">• Inventario de ansiedad de Beck (BAI)• Inventario de depresión de Beck (BID)• Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)• Inventario clínico multiaxial de (MILLON II) Inventario de duelo complicado (IDC)
	15	Seguimiento 2 meses