

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE

COGNITIVO CONDUCTUAL

INFORME DE PRACTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

YOLDY IRENE BALLEEN BALLÉN

BUCARAMANGA

2015

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL

EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

YOLDY IRENE BALLEEN BALLEEN

ASESOR:

PSIC.ESP.RUBIELA MUÑOZ

BUCARAMANGA

2015

*Agradezco a Dios por permitirme ser
Agradezco a Mariana y a Juana, mis hijas,
por ser parte de mi vida.
Agradezco a mi familia por su apoyo
en este proceso.*

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a:

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana por la oportunidad que me da de crecer profesionalmente.

Agradezco a la Doctora Rubiela Muñoz, Asesora de este trabajo, por el oportuno aporte con sus conocimientos y sus consejos.

Agradezco a todos mis amigos por su apoyo incondicional.

Contenido

	Pág.
1. Introducción	13
2. Referente Conceptual	15
3. Objetivo General de la práctica	36
3.1 Objetivos Específicos	36
4. Metodología	37
4.1 Población	37
4.1.1 Muestra	40
4.1.2 Instrumentos	40
5. Formulación de Caso Clínico	46
5.1 Información general del caso	46
5.2 Instrumentos de evaluación utilizados	49
5.3 Análisis Descriptivo	53
5.4 Análisis explicativo	56
6. Formulación Cognitiva	57
6.1 Factores de adquisición	59
6.2 Factor de mantenimiento	59
7. Hipótesis	60
8. Proceso de intervención	61
8.1 Objetivos de la intervención	65
8.1.1 Generales	65

8.1.2 Específicos	66
9. Resultados	71
10. Comentarios	75
11. Discusión	76
Conclusiones	79
Anexos	88

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. <i>Genograma.</i>	47
Figura 2. <i>Diagrama de conceptualización cognitiva</i>	58

Lista de Gráficas

	Pág.
Grafica 1. <i>Escala de Yesavage.</i>	72
Grafica 2. <i>Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer..</i>	74
Grafica 3. <i>Termómetro del Estado de ánimo.</i>	75

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Características de edad y género en población atendida.	37
Tabla 2. Motivos de consulta de la población atendida.	37
Tabla 3. Procedencia población atendida.	37
Tabla 4. Grado de escolaridad población atendida.	38
Tabla 5. Situación socioeconómica de la población atendida.	38
Tabla 6. Número de sesión y de intervenciones de la población atendida.	39
Tabla 7. Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.	51
Tabla 8. Aplicación. Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer en las diferentes mediciones	52
Tabla 9. Registro Puntaje del Termómetro del estado de ánimo en las diferentes mediciones.	52
Tabla 10. Clasificación de la Intervención realizada.	66

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A. Formato de Consentimiento Informado en Psicología Clínica.	89
Anexo B. Formato de Historia Clínica.	90
Anexo C. Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.	93
Anexo D. Formato Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER.	94
Anexo D. Formato Termómetro del Estado del Ánimo.	95
Anexo F. Escala de Depresión Beck.	96
Anexo G. Cuestionario de dependencia emocional en población colombiana.	101

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Sistematización de la Intervención Psicológica desde el Enfoque Cognitivo Conductual
AUTOR(ES):	Yoldy Irene Ballén Ballén
FACULTAD:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Rubiela Muñoz Mejía.

RESUMEN

La presente práctica clínica tuvo por objeto la realización de evaluación e intervención terapéutica con pacientes del Centro Médico AMES, de Chiquinquirá, Boyacá. En el proceso de evaluación se eligieron cuatro pacientes remitidos por entidades de salud, quienes se evaluaron mediante entrevistas, observación, aplicación de pruebas; finalmente se eligió el caso de una adulta mayor con diagnóstico de duelo para la fase de intervención, el cual se desarrolló a partir del modelo Cognitivo conductual, utilizando estrategias cognitivas propuestas por Beck (1996) y técnicas de corte conductual. Se realizó proceso de evaluación pre, durante y pos tratamiento a fin de probar la efectividad del mismo Como resultado se evidenció el cumplimiento de los objetivos propuestos, reportando evolución clínica satisfactoria con la intervención.

**PALABRAS
CLAVES:**

Evaluación, Intervención, Duelo, Adulto mayor, Modelo Cognitivo Conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Systematization of Psychological Intervention from the behavioral Cognitive approach

AUTHOR(S): Yoldy Irene Ballen Ballen.

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Rubiela Muñoz Mejía.

ABSTRACT

This clinical practice was aimed with conducting assessment and therapeutic Intervention with patients of AMES, Medical Center in Chiquinquirá, Boyacá-Colombia. In the evaluation process four patients referred by health agencies who were chosen, were evaluated through interviews, observation, application testing; finally the case of an elderly woman diagnosed with mourning for the intervention phase was chosen which was developed from Cognitive behavioral Model using cognitive strategies proposed by Beck (1996) and behavioral techniques court..It was realized evaluation process, before, during and after the treatment to test self effectiveness. As a result the fulfillment of the objectives was evidenced, reporting satisfactory clinical outcome with the intervention.

KEYWORDS:

Assessment, Intervention, duel, elderly, Cognitive Behavioral Model.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

1. Introducción

La práctica realizada en psicología clínica tuvo como escenario el Centro Médico AMES, y se desarrolló en dos fases: evaluación e intervención, en un período de 120 horas entre los meses de febrero a junio del presente año y horarios de atención los días viernes y sábado de 8 am a 12 pm

La empresa Sociedad Médica se encuentra ubicada en la ciudad de Chiquinquirá, en el departamento de Boyacá. La forma jurídica de la Sociedad Médica Ames es Ltda. Esta entidad tiene como principal actividad " la práctica médica". Institución privada con vocación social que en la actualidad brinda atención personalizada a diferentes usuarios tanto del régimen subsidiado, contributivo y atención particular, teniendo como prioridad brindar servicios con calidad humana.

Esta institución cuenta con cobertura asistencial en diferentes áreas de salud: Laboratorio clínico, fisioterapia, odontología, medicina general, ortopedia, psicología, oftalmología etc, cumpliendo con los estándares de calidad requeridos en cada uno de ellos. En cuanto al servicio de psicología ofrece atención a particulares y a afiliados de las diferentes EPS, a quienes se les cobra únicamente una cuota moderadora por cada consulta.

La realización de la presente práctica le brindó la oportunidad al psicólogo clínico en práctica, de desarrollar destrezas y aportar los conocimientos adquiridos durante su formación académica para de este modo favorecer el mejoramiento de la salud mental de los usuarios de esta institución.

Como se expuso anteriormente, el proceso de práctica se llevó a cabo en dos fases: Evaluación e Intervención. Durante el transcurso de la evaluación se seleccionaron cuatro casos

entre la población usuaria con quienes se adelantó el siguiente planteamiento: recepción e identificación del paciente, exposición del motivo de consulta, historia del problema y sintomatología, selección de instrumentos y aplicación de los mismos y emisión de resultados.

La evaluación se desarrolló en un transcurso de 5 sesiones en las cuales se distinguieron las siguientes problemáticas: dependencia emocional, depresión, trastorno de adaptación y duelo. Los pacientes elegidos son habitantes del área rural de algunos municipios aledaños quienes se desplazaron a cumplir la cita cada semana, con bajo nivel académico y edades que oscilan entre 49 a 75 años.

Para la etapa de intervención se seleccionó a una paciente adulta mayor con diagnóstico de duelo, el cual se expone en el apartado de la presentación del caso y como criterio de selección se tuvo en cuenta la adherencia al tratamiento psicológico.

2. Referente Conceptual

La intervención clínica se constituyó en el eje central de esta práctica, teniendo en cuenta el desarrollo desde un enfoque cognitivo conductual, en el cual se propendió por las técnicas de reestructuración cognitiva, como base central para la intervención en un diagnóstico de duelo en curso.

La psicología clínica se enfoca en procesos psicoterapéuticos permitiendo desarrollar estrategias de evaluación y diagnóstico desde diferentes enfoques, ya que “es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores que afectan la salud mental y las condiciones que puedan generar malestar o sufrimiento al individuo humano“. Díaz & Núñez (2010, P.4) Es un campo de la ciencia que se ocupa de la integralidad de la teoría y la práctica fomentando la estabilidad y el equilibrio en los individuos.

La labor de un psicólogo clínico está enfocada en el estudio del comportamiento de los seres humanos. Su accionar se centra en la forma “de explicarse y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever cuál será su comportamiento y, en ciertos casos, encontrar el medio de modificar la conducta.” (Amoros, 1980, p. 363).

De esta forma se propendió por un modelo psicológico que permitiera a las personas adaptarse eficazmente al medio donde interactúan; es así que los modelos psicoterapéuticos cuentan con bases científicas acordes a su estructura “En este sentido cabe recordar la afirmación de Beck (1970) sobre que el modelo cognitivo se caracteriza no por ser una acumulación de técnicas, sino por tener en su base un modelo específico y diferenciado de los otros”. (Caro, 2013 p. 9)

El enfoque Cognitivo conductual, propone que no sólo se tomarán en cuenta los aspectos relacionados con la recuperación o eliminación de un síntoma, sino que se contemplarán todos los aspectos relacionados con una intervención basada en brindarle herramientas al consultante, las cuales contribuyan a potencializar aquellas habilidades conservadas, como promover aquellos recursos facilitados por su entorno, permitiendo la adaptación a los contextos que le rodean obteniendo mejoría en su calidad de vida.

En cuanto a las características generales de los sujetos se puede interpretar que éste es un organismo sujeto a las contingencias ambientales. Es producto de la interacción entre estímulos, asociaciones y el condicionamiento por castigos y recompensas como lo describe el condicionamiento clásico.

“Primero por Pavlov y el condicionamiento operante o por consecuencias, descrito por Skinner que aunque sus experimentos fueron con ratas, la conducta del hombre se puede explicar, puesto que hay una continuidad entre el animal y el hombre que es la base de su razonamiento; (Clapier, citado por Cabrales, 2006, p.6)

La terapia con enfoque cognitivo-conductual pretende reducir al mínimo el malestar causado por diferentes percepciones, emociones y pensamientos. “De forma genérica, las terapias cognitivas son terapias centradas en el problema en el sentido de que el punto fuerte del proceso terapéutico es el desentramado del sistema de creencias y atribuciones del cliente” (Páez, Gutiérrez, Salas & Luciano, 2006, p.4)

Ha de considerarse que la TCC, ha demostrado ser eficiente en diferentes trastornos mentales según estudios en los cuáles se ha comprobado su efectividad “resulta ser un instrumento útil y que aporta resultados terapéuticamente relevantes. Por lo cual, se trata de un

elemento más dentro del abordaje cognitivo-conductual” (Torrentsa, Mora, Massana, Roberta & Tejeroa, 2011, pag.143)

Según las teorías de la personalidad de Albert Ellis, a diferencia de las terapias psicodinámicas que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, esta terapia se aboca a modificar comportamientos y pensamientos antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Según Ellis citado por Palafox, M. (2011), todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. Es de considerar que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el paciente experimente y dirija el controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, realizando autonomía en esfuerzo constante y práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

El enfoque cognitivo también llamado (cognitivo –conductual) creado por el Doctor Aarón T Beck en la década de 1960. Desarrolló el sistema de psicoterapia llamado terapias cognitivas, basado en el modelo cognitivo, iniciado con el propósito de explicar desde otra perspectiva aquello que hasta ese momento el enfoque psicoanalista había planteado sobre la depresión.

El autor en mención atribuyó que la depresión tenía como fuente principal la forma errónea de pensar, denominando a este proceso pensamientos negativos.

La terapia cognitiva se basa en los siguientes supuestos:

Aquellos referentes, así mismo los relacionados con el mundo, la forma de interpretar el futuro. De acuerdo a las anteriores proposiciones propuestas por Beck, enseñó a sus pacientes a evaluar sus pensamientos y posteriormente les indicaba formas diferentes de pensar más realistas que pudiesen aportar mejoría en su salud.

Se puede mencionar que la terapia cognitiva ha sido una de las corrientes más investigadas en la actualidad; su importancia recae fundamentalmente en la adquisición de bases teóricas, métodos investigativos y aplicados. Riso (2006) afirma: “la aplicación de la terapia cognitiva (TC) al caso individual se basa en la conceptualización clínica cognoscitiva (ccc) del o los trastornos en cuestión, cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información” (p. 29) siendo estos avances de importancia para el desarrollo de estrategias de evaluación e intervención Clínica de forma asertiva Riso (2006).

“Es claro que la terapia de corte informacional no es un simple conjunto de técnicas, sino un paradigma que resulta de una posición filosófica, epistemológica, teórica y metodológica determinada, ampliamente sustentada y continuamente validada a través del método científico “. Riso (2006,p23). Además de diferentes aportes de métodos basados en la corriente cognitiva, hicieron aportes significativos a la terapia cognitiva.

“Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitiva, conductual, como la terapia racional emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962), La modificación cognitiva conductual de Donald Meichenbaum, (1977) y la terapia multimodal de Arnold Lazarus, (1976).” (Beck. J, 2000, P.17)

Según Beck, A & Freeman citados por Echeburúa (1999, pag.601) refieren que: “Las pautas habituales de pensamiento se denominarán esquemas cognitivos. De ellos no sólo dependen los síntomas emocionales (ansiedad, depresión, etc.,) sino también estilos de comportamientos relativamente estables”.

En el Modelo de terapia cognitiva Beck, A. (1979) clasificó el sistema cognitivo en tres niveles:

Creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos:

Las creencias nucleares son adquiridas desde la niñez mediante las experiencias de vida,

Las creencias intermedias son las actitudes y reglas que generamos en nuestro diario vivir para así ser funcionales en lo referente a lo que observamos, vivimos y realizamos

Y los pensamientos automáticos son los que surgen automáticamente a consecuencia de nuestras creencias. Estos pensamientos no adquieren un proceso racional si no que de alguna forma son espontáneos.

De igual forma Aaron Beck (1976) denominó a los pensamientos erróneos “distorsiones cognitivas” las cuales persisten en las personas con algún trastorno; las más relevantes las clasificó de la siguiente manera:

Pensamiento "de todo o nada" ("pensamiento dicotómico", o "en blanco y negro").

Adivinación del futuro

Descalificar o descartar lo positivo.

Inferencia arbitraria.

Razonamiento emotivo

Explicaciones tendenciosas.

Rotulación.

Magnificación / minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).

Filtro mental (abstraer selectivamente).

Lectura de la mente.

Generalización (o "sobre generalización").

Personalización.

Expresiones con "debe" o "debería" (exigencias, demandas).

"Visión en túnel".

Las terapias cognitivas tienen la ventaja de poder ser usadas con cada intervención de forma particular según criterio profesional; “se utilizan, dentro de un marco cognitivo, técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas (especialmente de la terapia del comportamiento de la terapia Gestáltica). El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que se establecen para cada sección.” (Beck J, 2000, p. 26).

Teniendo en cuenta la anterior afirmación y en relación directa con el duelo (del latín *dolus*, dolor), éste es considerado uno de los procesos básicos y naturales que se presenta en la vida de cualquier ser humano; según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el duelo lo constituyen las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar.

En este sentido se puede decir que el duelo es algo natural en la vida de los seres humanos. “Afrontar el duelo es un proceso psicológico, no psicopatológico, porque la muerte forma parte de la vida y la vida no es una enfermedad. Estar transitoriamente triste (una situación emocional normal) no significa estar deprimido (un cuadro Clínico).” Echeburúa & Herrán (2007, p.3) y en esa misma dirección, “Pollock llegó a conclusiones similares a las de Bowlby; los procesos de duelo están biológicamente asentados y se han desarrollado con la evolución para asegurar la supervivencia ante las separaciones y pérdidas”. (Tizón, 2013 P.68).

Diversos autores se han ocupado del estudio del duelo, por ejemplo el marco conceptual psicoanalítico de Freud (1917).

El pensamiento humanista de Kubler-Ross (1969) el modelo biológico de Engel, (1964) el modelo de apego de Bowlby (1961) el modelo cognitivo conductual de Worden (1982), el pensamiento constructivista de Niemeyer (1988-2001) entre otros. En relación con el modelo de

apego, la teoría de John Bowlby (1969, 1979, 1980, 99) da cuenta de la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés. “Este constructo es definido como un sistema motivacional que busca mantener la proximidad entre bebés y sus cuidadores como forma de obtener protección y sobrevivir”. (Guzmán y Contreras 2012P.69).

Lo anterior explica que en la edad adulta los individuos desarrollan lazos afectivos que permiten satisfacción de la vivencia; de esta manera hay situaciones en la vida que torpedean la fluidez de estas relaciones generando rupturas en las mismas. Situaciones como “La viudedad son uno de los acontecimientos más desgarradores de la vida, considerando que el conyugue es la primera persona de apego de la edad adulta”. (Belski, 2001, P. 351).

Autores como Echeburúa & Herrán (2007) consideran que “Tras la muerte de un ser querido por causas naturales, las respuestas normales de la mayoría de la gente son la aceptación y la añoranza por el fallecido. Y las emociones negativas propias del duelo suelen disminuir hacia los seis meses de la pérdida”. (p.3). Interesante anotar que el primer estudio científico del luto empezó después del famoso incendio de la sala de fiesta de Coconut Grove de Boston, en el que murieron cientos de personas en el año 1942.

El psiquiatra Erich Lindemann (1974) realizó un estudio con estas personas para descubrir características del duelo normal, entre los aspectos fundamentales y generalizados se encontraron factores como el no dormir y el desconsuelo, éstas personas en situación de duelo se culpaban por no haber ayudado a sus seres queridos (Belski, 2001); sin embargo es necesario subrayar que en algunos casos se presentan procesos desoladores como las “Muertes repentinas, que modifican la situación y estabilidad del entorno, pueden producir una sensación de desamparo, de sobrecarga para afrontar sólo la vida”. (Gamo y Pazos, 2009, p.167).

Otro factor a tener en cuenta en cuanto a la diferenciación de los duelos es la etapa de vida por la cual atraviesa el sujeto por ejemplo en la ancianidad “Diversos estudios han referido que la mayor vulnerabilidad en presencia de un luto la tienen las personas que viven solas o aisladas “en las zonas rurales está la cuestión de la separación geográfica, de vivir demasiado lejos de la familia y los amigos, de las tiendas y de los otros servicios”. Belski (2001.P.362). También es necesario afirmar que a nivel general, “La elaboración del duelo supone una aceptación de la experiencia total del dolor y el sufrimiento mental que el duelo implica, así como el sufrimiento adicional que emerge durante las tareas del duelo” (Tizón, 2013. p. 74).

Una persona se enfrentará al duelo de acuerdo a sus creencias, convicciones y herramientas con las que cuenta, esa realidad lo llevará a elegir estrategias personales, apoyo emocional y en algunos casos búsqueda de tratamientos en salud Mental.

De esta manera la personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. (Beck, Freeman y otros, *s.f.*, p. 37)

Como se mencionó la etapa de vida por la cual atraviesa el doliente fundamenta parte importante de la forma como asume las pérdidas y en el presente caso se advierte en la viudez en la tercera edad:

“El duelo en la vejez. Esta es una etapa caracterizada por la acumulación de pérdidas tanto internas como externas. “La ancianidad, la tercera y cuarta edades, supone una sucesión imparable de pérdidas, graduales o súbitas”. Tizón (2013. P.729). El duelo por viudedad, añade ahora características especiales, puede aumentar la soledad, al mismo tiempo que la necesidad de

figuras de apoyo o la dependencia de éstas, la sensación de desamparo. Es posible reiniciar una nueva etapa aunque ello está muy condicionado por las circunstancias externas y el estado de salud” Gamo y Pazos. (2009, p.169) y es necesario también subrayar que “con la edad aumenta el número de pérdidas y duelos: familia, allegados, fuerzas y aptitudes físicas, ideales, recursos económicos, domicilio, autonomía (...) a lo que hay que añadir el importante duelo que suele suponer la jubilación: camaradería, relaciones sociales, estructuración diaria, medios económicos y sociales”. Tizón (2013, P.731).

El duelo por viudez en un adulto mayor adquiere importancia en este trabajo de intervención, ya que representa un enigma en la sociedad actual; “de ahí que sea tan difícil acompañar a los ancianos: no se trata sólo de cuestiones de tiempo (...) sino que mucho más allá, se trata de cuestiones muy profundas, tales como la forma como nosotros y nuestras sociedades soportan y se enfrentan a los duelos”. Tizón (2013 p. 729); se constituye a la vez en un conjunto de creencias mitos, prejuicios y estereotipos encausados de algún modo en discriminación social, teniendo en cuenta que cada vez la población anciana adquiere mayor relevancia por el aumento en su población.

En la actualidad se hace necesario que el interés y la preocupación de la Psicología Clínica sea proporcional al incremento del número de personas mayores, porque como lo afirma el Informe de Desarrollo Humano el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- 1977 y 1998, en los últimos 140 años alrededor del mundo el promedio de vida ha aumentado en 40 años; estos indicadores se han evaluado debido a que el número de personas mayores de 65 años ha crecido de manera considerable, encontrándose en la actualidad en promedio del 20% en crecimiento.

Según la Secretaría de Planeación de Bogotá, (2013) informa que actualmente en Colombia ha habido un incremento considerable pasando de 600 mil personas en 1950 a aproximadamente 4 millones 628 mil 394 personas en el 2013, siendo las mujeres un 54,2% y los hombres 45,8 representando un 10 % de toda la población; igualmente el Dane indica que para el 2020 en Colombia habrá alrededor de 6 millones 500 mil personas mayores, lo que representaría un 39,2% con respecto al 2011.

Según Oroza (2003) se entiende por adulto mayor, adultez tardía, tercera edad o la vejez el período entre los 60 y 80 años. Según Cursio en los años 60 “se estudiaron problemas como la pobreza, el abandono familiar y la exclusión social, que llevó a que en gerontología, la vejez y el envejecimiento se asimilaran a soledad, aislamiento, pobreza, pérdidas, duelos, jubilación, hecho que alimentó una concepción negativa de la ancianidad” (Cursio, 2010, p.153). Desafortunadamente, algunas costumbres adquiridas en las generaciones pasadas como la inhibición de sentimientos, posiblemente es uno de los factores que da lugar a que un reducido porcentaje de adultos mayores acudan al servicio psicológico, y por esta razón se hace necesario que el Psicólogo Clínico interprete también el universo cultural en el que vive.

Las características del duelo en adulto mayor son consideradas distintas a las de las demás personas, más aún cuando son relacionadas a la muerte del cónyuge; entre ellas se destacan mayor dificultad a la adaptación, búsqueda de seguridad en la familia o en personas cercanas, dificultades económicas, proceso de llevar una nueva reconstrucción de su identidad (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile 2013).

Algunos autores plantean que son los adultos mayores quienes se encuentran en una etapa de mayor vulnerabilidad frente a las diversas pérdidas sucedidas a lo largo de su vida, que en muchos casos pueden tener mayores herramientas y en otras personas se ven enfrentadas a mayor

vulnerabilidad, ya que el dolor muchas veces invade la vida de las personas imposibilitándoles continuar por sí solas; en algunos casos su situación se torna complicada dando paso a enfermedades mentales como crisis depresivas y ansiedades.

Prácticamente en ninguna cultura es fácil la superación del duelo, por todas las implicaciones que conlleva la ausencia de un ser querido y más específicamente del conyugue, y al respecto diversos autores corroboran ésta afirmación:

En un estudio realizado en el 2014 en América Latina por la revista Kairos en donde se midieron diferentes variables en relación a las características de personas viudas el estudio fue descriptivo transversal en 235 personas mayores de 60 años de edad y más de estado civil viudos de distintas zonas de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay; Uruguay y Venezuela.

Encontrando los siguientes datos posterior a la viudez

Al explorar sobre su salud física se determinó

“el 26,8 % reportó tratamiento médico, el 20 % tratamiento farmacológico, el 14,9% tratamiento psicológico y el 90,64% tratamiento psiquiátrico. El 6,8% realizó terapias alternativas. En cuanto al uso de medicamentos el 6% reportó haber consumido hipnóticos, el 8,9% ansiolíticos y el 17,4% antidepresivos.” Viviana X. Lasagni et al. (2014, p. 8).

Como se observa en el estudio mencionado, es notorio el incremento de la vulnerabilidad en ésta población de adultos mayores, particularmente en lo relativo al estado de salud.

En cuanto al tiempo en superar el duelo

El estudio realizado en América Latina en el año 2014 mostró que el tiempo en o superar el duelo fueron los siguientes: “48,5% se organizó en menos de un año mientras que el 18,3% se tomó entre 2 a 6 años para hacerlo y nunca lo hizo el 8,1%. El 26,6% reporta haber superado el

duelo en un período de 3 a 6 años, mientras que un 20,4% nunca lo superó y el 58,7% superó el duelo en un máximo de 2 años.” Viviana X. Lasagni et al. (2014, p. 9).

El estudio anterior revela un desconocimiento preocupante del proceso de duelo y una política generalizada de desatención a ésta población

En España científicos realizaron investigaciones en torno a la viudez aproximadamente a 400 personas con edades que oscilaban 76,17 años dando cuenta “como la viudedad afecta la salud emocional y física haciendo mención al sentimiento de soledad pese a mantener buena relación con sus familiares y/o amigos.” Viviana X. Lasagni et al. (2014, p. 11).

Lo anterior para subrayar que el vacío que deja la viudez no es fácil de llenar y que en muchos casos se requiere de intervenciones médicas

“Los entrevistados refieren que la mejor estrategia de adaptación es la participación en actividades socioculturales siendo las mujeres las que mejor se adaptan en relación a los hombres.” Viviana X. Lasagni et al. (2014, p. 12).

En México, Montes de Oca (2011) realizó un estudio sobre cómo impacta la viudez.. “Al fallecer uno de los cónyuges desaparecía uno de los elementos básicos de la reproducción económica, social y biológica. El morir y dejar a una familia representaba el comienzo de una etapa de vulnerabilidad,” Viviana X. Lasagni et al. (2014, p. 12).

En relación con éste informe, es preocupante observar cómo en países como Colombia un porcentaje significativo de adultos mayores no goza de ningún amparo económico (pensión de jubilación, propiedades, rentas, ayudas sociales, etc.), agravando de ésta manera las patologías psicosomáticas cuando se entra en un estado de viudez.

En Cuba Cárdenas y Sebazco (2000) realizaron una investigación con 62 grupos familiares, dentro de los cuales 43 eran mujeres y hombres los cuales atravesaban por una etapa

de duelo por pérdida de pareja por fallecimiento; las conclusiones de este estudio obtuvo que las principales secuelas del evento investigado “Las secuelas del evento investigado se refieren mayormente entre las féminas en términos de ansiedad y depresión, mencionándose en menor proporción la de hombres, y en estos casos, sólo se relacionan descompensaciones de tensión arterial.” Viviana X. Lasagni et al. (2014, p. 13)

Es evidente en el estudio mencionado que un buen porcentaje de mujeres adultas, por sus circunstancias de dependencia económica reportan mayor afectación frente a situaciones de viudez.

En un estudio realizado en Colombia aunque en el caso de las mujeres predominó el estado de viudez Se llevó a cabo un estudio descriptivo multinivel de fuente secundaria con 4.060 registros de adultos mayores del departamento de Antioquia en donde se determinó: “La prevalencia del riesgo de depresión fue de 29,5 % y se encontró asociación con la edad mayor de 75 años, el sexo femenino, la residencia en zona rural y la condición de viudez. De igual forma, se encontró riesgo de experimentar ansiedad, capacidad funcional moderada y alto riesgo de desnutrición.” Cardona, D. Segura, A. Segura, A, Garzón, M. (2012, p. 73).

Lo anterior evidencia que es más soportable la circunstancia de viudez cuando en el entorno del afectado existen redes significativas de apoyo psicosocial: (familiares, amigos, vecindario, servicios asistenciales, etc.).

“Según datos de la OMS, el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la más frecuente la depresión, hasta los 75 años. los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en comunidad,15%-35% los que viven en residencias,10%-20% de los ancianos que son hospitalizados,40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello” Romero (2006, p. 66).

Los factores de riesgo que se han involucrado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad de acuerdo al Roth (2000) son los siguientes:

Cuadro 1.

Factores de riesgo en la depresión de la tercera edad.

Factores Predisponentes	Factores Contribuyentes	Factores Precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> – Estructura de la personalidad dependiente – Pasivos –agresivos – Obsesivos – Aprendizaje de respuesta a situaciones de tensión. – Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas). 	<ul style="list-style-type: none"> – Socioeconómicas – Dinámica familiar – Grado de escolaridad – Actividades laborales y de recreación. – Pertenencia a un grupo étnico específico. – Formas de violencia. – Jubilación – Comorbilidad orgánica y mental 	<ul style="list-style-type: none"> – Crisis propias de la edad – Abandono – Sentimiento de desesperanza – Aislamiento – Violencia – Muerte de familiares y allegados. – Pérdidas económicas – Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades. – Discapacidades y disfuncionalidad. – Dependencia.

Fuente. Revista de Psiquiatría y Salud Mental: Hermilio Valdizan. Vol 7 1 enero de 2006, p. 65-57.

Aunque de todas maneras en la vejez, por ser la etapa final de la vida, se acentúan los problemas de salud física y mental, estas circunstancias se agravan cuando en las edades precedentes del anciano, no se resolvieron apropiadamente situaciones de tipo familiar, laboral y de hábitos y tratamientos adecuados.

Según un estudio realizado y publicado en la Revista Intercontinental de Psicología y Educación de 2009 en México, se logró demostrar la efectividad de la TCC, en adultos mayores con estadísticas significativas en la disminución de “la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, así como en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria; tales cambios lograron mantenerse en los seguimientos de uno y tres meses”. (Vergara&González, 2009, p. 29).

“Con respecto a las estrategias de intervención para el manejo del duelo se destaca en la literatura aquellas propuestas que incluyen los sistemas de creencias disfuncionales (como ambigüedad, ideas irracionales, estilos, atribuciones pesimistas, indefensión, miedos irracionales, etc.” (Valencia & Dávila, 2010, p. 4).

La anterior deducción de Valencia y Dávila no hace sino reafirmar la importancia que tiene en algunas culturas ciertos mitos y estereotipos que por generaciones han existido sobre el duelo y que de ninguna manera tienen ninguna base o comprobación de tipo científico.

Estudios donde se utilizaron estrategias de intervención Cognitivo conductual en la elaboración del duelo muestran la efectividad de esta terapia ; un ejemplo: Se realizó en un caso de intervención en madre de 40 años e hijo por pérdida de pareja y padre realizado en México en el 2010. “Las técnicas de tratamiento utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en comunicación asertiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas psicoeducativas para conocer e identificar el proceso normal del duelo con la madre y técnicas narrativas”. (Dávila, 2010, p. 8)

Otro estudio realizado en Colombia sobre duelo en una intervención por ruptura de pareja en cuatro casos en el año 2012. “Las técnicas principales fueron: empatía, clarificar el rol cumplido de la ex pareja, descongestión emocional, guías deliberativas sobre vida, amor, divorcio, matrimonio, dignidad; reestructuración sobre atribuciones disfuncionales de la pérdida, revisión del rol actual hacia la pareja y fortalecimiento del amor propio” Carmona (2012, p. 35) pudiendo dar cuenta que la adaptación más realista permitió eliminar los síntomas.

Las dos demostraciones anteriores, ratifican el éxito de las Estrategias de Intervención Cognitiva Conductual en la elaboración de duelos, cuando las intervenciones requeridas se realizan cumpliendo estrictamente los parámetros y pasos exigidos.

No obstante en algunos casos las personas se enfrentan a duelos patológicos (o duelo complicado) cuando no se logra Implementar procesos de evaluación e intervención Clínica de manera satisfactoria ya sea porque no se busca ayuda profesional o porque el paciente acude al servicio de psicología cuando ya ha experimentado síntomas agudos y no puede solucionarlo por sí solo

“El problema psicopatológico se plantea cuando la persona experimenta un sufrimiento insoportable, cuando se encuentra clínicamente deprimida y cuando no cuenta con recursos psicológicos suficientes o sus estrategias de afrontamiento son erróneas”. (Echeburúa & Herrán, 2007, p. 4).

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM5 (2013), se define el duelo no complicado de la siguiente forma: “Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido”. El duelo es un proceso natural, sin embargo es considerado en nuestra sociedad como una de las etapas más dolorosas de la vida de cualquier persona.

De manera general los síntomas en las personas dolientes suelen ser muy parecidos, oscilando entre intensos sentimientos de culpa, soledad, tristeza, desesperación, conductas de llanto descontrolado, insomnio e inapetencia, perturbando diferentes esferas de su funcionalidad; tomando el modelo presentado por la Doctora Elizabeth Kubler (1969) plantea las diferentes fases que puede experimentar una persona en situación de duelo; en postulaciones realizadas con posterioridad al trabajo realizado con pacientes en fase terminal, la autora afirma que luego de la muerte de un ser querido se recorre un proceso por el cual los individuos atraviesan diferentes etapas, las cuales las describe de la siguiente manera:

Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación,

En términos generales la autora de esta teoría expone, que no necesariamente todas las personas transitan de forma lineal por estas etapas, sino que de alguna manera al menos cada persona en situación de duelo vivencia una de ellas; tomando el anterior planteamiento se puede interpretar que las características de un duelo dependen de diversos factores como el ciclo vital, las experiencias personales y las herramientas que posea cada individuo para enfrentar situaciones difíciles.

De otro lado el modelo cognoscitivo propuesto por Worden (2009) considerado modelo de tareas y procesos propone cuatro tareas fundamentales en un proceso de duelo:

Aceptar la realidad de la pérdida, elaborar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un mundo en el cual el fallecido ya no está presente, recolocar emocionalmente a la persona fallecida.

Los efectos de los procesos de duelo pueden ser prolongados y reactivos por otras pérdidas, ya que lo ocurrido en una etapa puede afectar a una nueva elaboración; de este modo es decisiva la forma como se enfrente el duelo en relación a la superación de los mismos.

Cuando el duelo se desborda va más allá de lo que algunos autores definen como normalidad “produciéndose así lo que se conoce como “duelo complicado”. En este caso, la intensidad y la duración de las reacciones son mayores que en un duelo normal” Quiles. Et. al., (2008, p. 21).

Algunos duelos son considerados como difíciles de afrontar ya que en la mayoría de los casos no pueden ser superados en su totalidad; esto lo demuestran diferentes estudios con población en duelo en donde “hay consenso en considerar la muerte del cónyuge como estrés psicosocial extremo, da lugar a una crisis, a un cambio de rumbo en la vida. Esta pérdida, junto a la de los hijos, es la más difícil de asumir” (Gamo y Pazos, 2009, p. 167)

De alguna forma “La muerte del cónyuge interrumpe un proyecto de vida en común y modifica, necesariamente, de modo mucho más marcado que en otras pérdidas, la continuidad del curso biográfico” (Gamo y Pazos 2009, p. 167).

Por las anteriores referencias en relación con la labor del psicólogo clínico y el abordaje del duelo, se decidió tomar un modelo psicoterapéutico que tuviera bases científicas estructuradas y que de esta manera permitiera al terapeuta lograr efectividad en la intervención realizada. “En este sentido cabe mencionar la afirmación de Beck (1970) sobre que el modelo cognitivo se caracteriza no por ser una acumulación de técnicas, sino por tener en su base un modelo específico y diferenciado de los otros”. (Caro, 2013, p. 27)

Con respecto a las estrategias de intervención para el manejo del duelo se destacan en la literatura aquellas propuestas que incluyen los sistemas de creencias disfuncionales (como ambigüedad, ideas irracionales, estilos y atribuciones pesimistas, indefensión, miedos irracionales, etc.) (Valencia & Dávila, 2010, p. 4).

Las siguientes técnicas han sido utilizadas en el proceso de intervención en el caso que se presenta en este documento.

La técnica de reestructuración cognitiva

El enfoque cognitivo conductual incluye diversas técnicas todas enfocadas en lograr cambios significativos en los comportamientos de las personas, una de estas técnicas de relevancia es la reestructuración cognitiva.

Las terapias de reestructuración cognitiva, incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck “las aproximaciones de Ellis y Beck son en

realidad enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen muchas técnicas aparte de la reestructuración cognitiva propiamente hablando.” (Bados &García, 2010).

Esta técnica pretende “que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros” (Bados & García 2010, p. 2).

Según Bados & García (2010) afirman que la RC se basa en ciertos presupuestos teóricos:

1. El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen.
2. Identificar las cogniciones de las personas
3. Es posible modificar las cogniciones de las personas

Beck (1984 citado por Rosemary 2005) afirma que la ansiedad y la depresión emergen de formas erróneas de interpretar la realidad; de igual forma hace mención a la angustia como consecuencia de interpretaciones distorsionadas de la realidad.

“Tanto Ellis como Beck consideran que el individuo es capaz de controlar sus pensamientos y, por lo tanto, que tiene el poder de modificar sus sentimientos y su conducta si lo desea. “Rosemary (2005, p. 2).

Esta técnica es utilizada para la identificación de pensamientos desadaptativos e ideas irracionales, dando lugar al paciente a la modificación de los mismos.

La técnica de reestructuración cognitiva, pretende hacer conexión acerca de los pensamientos, emociones y conductas en donde se le permite al paciente analizar la relación existente entre estos procesos y cómo son afectados entre sí.

Expresión de Emociones

La expresión emocional, técnica de habilidad social que ha demostrado efectividad en diferentes estudios, permite el desarrollo de confianza, intercambio de comunicación, expresar los diferentes sentimientos y malestar que nos aqueja en un determinado momento, además expresar nuestras emociones; nos permite liberarnos de cargas psicológicas; ésta técnica ha sido efectiva en diferentes situaciones como en la elaboración de duelos y demás circunstancias en las que necesitamos manifestar nuestro dolor. “Como todos sabemos por experiencia, cuando se trata de dar forma a nuestras decisiones y a nuestras acciones, los sentimientos cuentan como el pensamiento”. (Goleman, 1995).

Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos)

Las técnicas de exposición permiten poner al paciente enfrente de situaciones temidas como recuerdos, situaciones, acciones que le generan malestar y que el paciente no quiere enfrentar, existiendo diversas formas de realizar esta técnica: exposición en vivo: consiste en enfrentarse a situaciones reales temidas. Dentro de las técnicas de exposición se encuentran la exposición en imaginación que consiste en ubicar al paciente con situaciones reales mediante la imaginación, por ejemplo recuerdos dolorosos “se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas.” (Bados y García, 2011, p. 3)

Técnica de imagería mediante dramatización

El psicodrama puede considerarse parte de la sociometría que fue creada por Jacobo Moreno (1956) como forma de Psicoterapia; inicialmente se utilizó en grupos “estas técnicas permiten:

Las dramatizaciones pueden utilizarse con muchas finalidades diferentes (..) entre las cuales se incluyen las destinadas a descubrir pensamientos automáticos, las que tienen como finalidad el desarrollo de una respuesta racional y las que sirven para modificar creencias centrales e intermedias”. Beck. J (2000), P.262).

Instrucción en Técnica de Relajación: Jacobson

Edmund Jacobson, en (1938) expuso ésta técnica que consiste en tensar y relajar varias veces diversos músculos del cuerpo; argumenta que las personas deben distensionarse mediante la relajación de sus músculos ,considerada técnica útil para el control de las ansiedades permitiéndole contar con más autocontrol; “el aprendizaje de técnicas de relajación nos ayudará tanto a ser capaces de mantener una tranquilidad en general” Van-der(2005,p.6)diversos estudios afirman que las técnicas de relajación son benéficas para diversos pacientes, ya que “la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas del paciente” González (1999, P.39); las prácticas de relajación emocional para aliviar la tensión han sido usadas por muchos años y varias de éstas están basadas en el sistema de la enfermera Annie Payson Call, quien desde 1969 combinaba la relajación muscular, el descanso y el adiestramiento mental, para fines de reposo”. (González, 1999, P.39).

Psicoeducación

Esta técnica tiene como finalidad informarle al paciente y a sus familiares aspectos relacionados sobre el diagnóstico del paciente en cuanto a evoluciones, tareas y procesos de tratamiento frente a su enfermedad. “La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y que por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital”. (Maldonado, 2004).

Asignación de tareas graduales: es una técnica que consiste en la ejecución de tareas desde las más fáciles hasta las que representan mayor dificultad para el paciente. “La activación conductual resulta especialmente útil para pacientes inactivos, pero también puede ser provechosa para aquellos que desean retomar actividades previas o enriquecer su vida por medio de otras nuevas”. (Beck. J., 2000, P.294).

Retroalimentación positiva

Esta técnica es empleada en las sesiones ya que permite un espacio al final de la sesión para aclarar dudas, resumir la sesión, preguntar al paciente sobre inconvenientes, expresar alguna situación no dicha en sesión. “El terapeuta puede entonces asignar nuevas tareas de una manera más efectiva “. (Beck, J., 2000, P. 10).

3. Objetivo General de la práctica

Implementar procesos de evaluación e intervención clínica desde el enfoque cognitivo-conductual con usuarios del Centro Médico Ames, con el propósito de mejorar su salud mental y por ende su calidad de vida

3.1 Objetivos Específicos

Diseñar y desarrollar estrategias de evaluación acordes al enfoque cognitivo conductual que permita identificar las diferentes problemáticas que presentan los usuarios del centro médico Ames

Implementar técnicas de intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual acorde a la situación problema que permita apoyar y fortalecer la salud mental de los consultantes del Centro Médico Ames.

4. Metodología

4.1 Población

La población beneficiaria estuvo conformada por 4 adultos clasificados de la siguiente manera:

Tabla 1.

Características de edad y género en población atendida.

Fecha	No casos	Género		Edad M	Edad F	Edad M	Edad F
		M	F	40-50	40-50	50 -75	50-75
Febrero - mayo-2015	4	2	2	2	1	0	1

Fuente. Autor.

Tabla 2.

Motivos de consulta de la población atendida.

fecha	Motivo de consulta	No	
		M	F
Febrero de 2015	Remitida por Duelo en curso		1
Febrero de 2015	Remitido por problemas laborales	1	
Febrero de 2015	Remitido por depresión		1
Febrero de 2015	Remitido por estrés laboral	1	0

Fuente. Autor.

Tabla 3.

Procedencia población atendida.

No	Procedencia	%
3	Rural	70%
1	Urbana	30%

Fuente. Autor.

Tabla 4.

Grado de escolaridad población atendida.

No personas sin escolaridad	No personas estudio primaria	No personas con estudios universitarios	Total
1	2	1	4

Fuente. Autor.

Tabla 5.

Situación socioeconómica de la población atendida.

Género	Recibe pensión	Empleado profesional	Empleados técnicos	Empleados %
Masculino	0	0	2	50%
femenino	1	1	0	25%
femenino	1	0	0	25%

Fuente. Autor.

Tabla 6.**Número de sesión y de intervenciones de la población atendida.**

Pacientes atendidos	No de sesiones de evaluación	No de sesiones de intervención	Terminó tratamiento%
2	4	10	50%
1	4	6	0
1	4	10	25%

Fuente. Autor.

Como se puede observar en la Tabla 1, los pacientes atendidos son en un 50% de género masculino y el otro 50% de género femenino a quienes se les prestó el servicio de psicología tanto en proceso de evaluación como el de intervención; estas personas fueron remitidas por entidades de salud por diferentes diagnósticos, Ver tabla 2 de los cuales un 70% de los usuarios terminaron el proceso de intervención, cumpliendo con la finalidad del tratamiento. Dentro de las características más relevantes se puede mencionar que un 70% de la población atendida procedía del área rural; Ver tabla número 3. Además se puede observar que en un 70 % obtiene ingreso como empleados y sólo el 25% recibe ingresos económicos mediante pensión; en cuanto al grado de escolaridad se observó que sólo una persona culminó estudios universitarios 2 personas de las atendidas realizaron estudios de primaria y hubo un paciente que no cursó estudio alguno.

La atención clínica se enfocó desde el área cognitivo conductual, eligiendo el Modelo Cognitivo de Beck como referente para este proceso, se utilizó técnica de reestructuración cognitiva y algunas técnicas conductuales como la activación conductual y la relajación, con el objeto de alcanzar las metas propuestas durante la intervención y lograr identificar y modificar cogniciones generadoras de la problemática presentada.

4.1.1 Muestra

El estudio de caso se llevó a cabo con una paciente en situación de duelo, quien fue remitida por medicina general con diagnóstico de síntomas por duelo en curso; este caso se seleccionó teniendo en cuenta la adherencia de la paciente al tratamiento y el interés mostrado por el mismo.

4.12 Instrumentos

Durante el desarrollo de la práctica efectuada desde el programa de especialización en psicología clínica se utilizaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento informado: Documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario aspectos relacionados con la confidencialidad, (Ver Anexo A).

Historia clínica: Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud donde se registran datos del paciente, considerado en la Legislación Colombiana con Resolución 1995 de 2009, como Documento privado. (Ver Anexo B).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Herramienta útil para medir la depresión en adultos mayores. Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, J (1992) versión original ha sido probada y estandarizada en Colombia según estudio de la Universidad Javeriana de Cali-Colombia; concluye que “El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268 indicando que la escala GDS 15 es altamente confiable”. (Bacca, González & Uribe, 2005) (Ver Anexo C).

Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer (FAQ) (1992).

El Cuestionario de Actividad Funcional (Functional Activities Questionnaire, FAQ) fue diseñado por Pfeffer y está basado en un estudio previo del mismo autor. Es una prueba estandarizada muy útil para determinar la presencia de demencia en las fases iniciales. El FAQ

es una medida basada en los informantes, por lo que se requiere la localización de un informante confiable (Ver Anexo D).

Consta de 11 ítems que evalúan el grado de independencia-dependencia del sujeto. Una puntuación por debajo de 6, indica normalidad, no dependencia. Puntuaciones iguales o superiores a 6 sugieren una alteración funcional.

Escala de seguimiento del estado de ánimo y auto registros. Estos procedimientos son técnicas cognitivas conductuales que pueden variar según características del paciente, estos registros permiten identificar puntual y sistemáticamente pensamientos, sentimientos, manifestaciones físicas y conductas específicas, durante un determinado periodo de tiempo. (Ver Anexo E).

El inventario de depresión de Beck

Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. Inventario útil para evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. “El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.” Consejo general de Colegios Oficiales de Psicólogos 2013 .

Cuestionario de dependencia emocional

El cuestionario de dependencia emocional validado en el Área Metropolitana de Medellín-Colombia por un grupo de investigación de estudios clínicos y sociales de psicología por la Universidad San Buenaventura en el año 2006 conformado por 23 ítems y seis factores. Esta prueba está enfocada en medir factores relacionados a la ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite, búsqueda de atención. (Lemos & Londoño, 2006).

Procedimiento del caso escogido

Diligenciamiento formato de recepción de caso: El día 13 de febrero de 2015 llega a consulta la paciente quien se denominará “señora M” a fin de proteger su identidad; la paciente ingresa en compañía de su hija. Se toman los datos sociodemográficos, motivo de consulta, causas, sintomatología y así mismo se dan a conocer las condiciones del proceso psicológico el cual estará respaldado por el consentimiento informado.

Apertura de historia clínica: Se abre historia clínica con los datos sociodemográficos del paciente y se indaga a profundidad sobre el motivo de consulta, evaluando las áreas de ajuste, antecedentes y posibles alternativas de solución que se han utilizado.

Evaluación clínica: El proceso de evaluación se llevó a cabo en 4 sesiones, durante las cuales se indagó acerca de la problemática del paciente, lo cual permitió la selección de instrumentos como herramientas para corroborar las hipótesis iniciales y formular un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual a partir del Dx. de duelo en curso, también se utilizó el Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (FAQ) a fin de corroborar la funcionalidad cognitiva de la paciente.

Análisis de los resultados de la evaluación: Se realiza un análisis de resultados obtenidos a partir de los instrumentos utilizados y pruebas aplicadas que dieron paso a la formulación de un proceso de intervención.

Intervención: La intervención propuesta se plantea desde el enfoque cognitivo-conductual y haciendo uso de otras técnicas como:

1. Diálogo socrático. El método socrático o mayéutica es una de las principales técnicas en la terapia cognitiva, El terapeuta cognitivo se encontrará con varias áreas a explorar sobre las creencias y pensamiento de los pacientes, esta técnica permite aplicar la mayéutica por medio de preguntas empíricas que inician el proceso dialéctico, de esta manera se confrontan las creencias de los pacientes sobre la veracidad de las mismas

2. Técnica de expresión emocional.

Permite dar a conocer emociones y sentimientos de los pacientes de varias maneras, como expresión, de llanto, tristeza, soledad, alegría etc.,

3. Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdo).

Esta técnica contribuye a que el paciente verbalice recuerdos y situaciones vividas útiles en la solución de problemas actuales

4. Reestructuración cognitiva: Técnicas que se encaminan a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados del cliente que están incidiendo en sus emociones y conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados.

5. Actividades de dominio y agrado.

Técnica de activación conductual que permite realizar actividades que produzcan efectos placenteros o de aumento del estado de ánimo a las personas, esta técnica es realizada de forma gradual.

Psicoeducación.

Técnica conductual que consiste en dar información al paciente y en caso de ser necesario a su familia sobre la situación del paciente y aspectos a trabajar; por ejemplo explicarle al paciente sobre:

- El diagnóstico al afectado
- Posibles problemas o riesgos asociados al trastorno
- Las diferentes vías de intervención y tratamiento que existen
- Aceptación activa del diagnóstico por parte del afectado
- Acuerdos de compromiso y cumplimiento terapéutico

4. Autoinstrucciones.

Técnica cognitiva que consiste en Imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas que se estén llevando a cabo o se deseen ejecutar. Esta técnica acostumbra a utilizarse con niños impulsivos, algunos pacientes esquizofrénicos, para combatir la ansiedad (en especial ante exámenes, temor a hablar en público y miedo a los animales) y para controlar la ira y el dolor; sin embargo en la actualidad los expertos en psicología la utilizan para diferentes diagnósticos.

5. Detención de pensamientos automáticos. También llamado parada de pensamiento, es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas, como por ejemplo, los que puedan producir ansiedad o depresión, Consiste en la detención de dichos pensamientos mediante una expresión verbal o imagen, lo

antes posible en cuanto se presentan. Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos.

6. Juego de roles: mediante técnica de imaginación. Técnica de exposición en la cual la persona se expone en su imaginación (es decir, imaginando) a los estímulos y situaciones que le producen malestar

7. Instrucción en técnica de relajación Jacobson. Técnica de relajación consistente en la identificación de zonas musculares tensas debido a los efectos de la ansiedad y su posterior e inmediata relajación a voluntad de la persona que la aplica.

8. Retroalimentación positiva. permite la expresión del paciente y resolver cualquier situación que se pueda presentar en consulta, interpretación de lo que el terapeuta ha dicho

9. Prevención de recaídas (cierre).permite reforzar técnicas vistas durante el tratamiento con el objetivo que el paciente adquiera destrezas y estrategias de afrontamientos en caso de presentar alguna recaída posterior de terminar el tratamiento

Durante el proceso de evaluación y evaluación. Se realizó evaluación pre, durante y pos intervención con los instrumentos. Por último se realizó el cierre del caso con el fin de corroborar la efectividad del tratamiento realizando el respectivo seguimiento que consistió en una llamada telefónica cada mes durante los tres meses posteriores al cierre del tratamiento.

Resultados

Población atendida.

La población beneficiaria estuvo conformada por 4 adultos de género femenino y masculino a quienes se les atendió tanto en el proceso de evaluación como de intervención desde el enfoque Cognitivo conductual, remitidos por entidades de salud, de los cuales tres de los

usuarios terminaron el proceso de intervención el cual les permitió cumplir con objetivos propuestos ; la atención clínica se enfocó en la intervención desde el enfoque cognitivo conductual, eligiendo el Modelo Cognitivo de Beck como referente para el proceso de intervención a través de técnicas de reestructuración cognitiva y de algunas técnicas conductuales como la activación conductual y la relajación con el objeto de alcanzar las metas propuestas durante la intervención y para lograr identificar y modificar las cogniciones cognitivas generadoras del problema . Las terapias cognitivas de Beck permiten utilizar técnicas cognitivas y conductuales como herramientas útiles en la modificación de distorsiones cognitivas e ideas distorsionadas relacionadas a planificar cambios de conducta mediante la identificación de sus propios problemas logrando tener una visión diferente sobre los mismos.

Muestra.

La muestra la representa una paciente adulta mayor con diagnóstico de duelo y buen nivel de adherencia al tratamiento, con quien se realiza la siguiente formulación de caso.

5. Formulación de Caso Clínico

5.1 Información general del caso

Datos sociodemográficos

Nombre: señora M

Edad: 75

Fecha de nacimiento: 02 de abril 1939

Dirección: Saboyá

Ocupación: Ama de casa

De la infancia de la señora M, se observa su madre biológica murió cuando ella tenía 5 años de edad, su padre contrae nuevamente matrimonio de esta relación tuvo dos hijos la relación con un hermano y la madrastra fue conflictiva y distante, Podemos destacar en este sistema, las relaciones que se presentan en la historia de la familia de la señora M, desde sus padres a su familia actual, mostrando relaciones conflictivas y distantes ha presenciado diversos duelos por muerte de familiares significativos además en su historia de vida no contó con red de apoyo lo cual impidió desarrollar vínculos afectivos adecuados en el contexto familiar, el distanciamiento con padre biológico contribuyó a que a su corta edad abandonara su familia haciendo responsable de su propia vida.

Como se puede observar creció aislada de su familia su única relación cercana familiar la configuró a los 20 años con la consolidación de su primer hogar con quien potencializó lazos afectivos y comunicativos.

Motivo consulta

Expresa la hija de la paciente: “Mi madre perdió a su pareja y desde ese momento está grave, tuvimos que llevarla al médico y él nos remitió acá y al psiquiatra”.

Paciente ingresa acompañada de su hija quien refiere que su madre ha perdido a su compañero sentimental y que por este motivo decidieron buscar ayuda médica ya que ha presentado llanto incontrolable, inapetencia, insomnio desde hace dos meses. Por esta situación medicina general remite a psicología.

Durante la sesión de evaluación inicial la paciente presentó descontrol emocional (desbordada en llanto,) situación que interfirió en el avance de la sesión, lo cual llevó al profesional a realizar regulación emocional, logrando proseguir con el proceso.

5.2 Instrumentos de evaluación utilizados

Durante el proceso de evaluación e intervención se aplicaron instrumentos. En cada una de las fases estipuladas para la medición, dentro de las cuales se encuentran la fase pre que corresponde a una aplicación inicial, una aplicación intermedia y una post que corresponde a una aplicación posterior al tratamiento psicológico.

Los instrumentos que permitieron la recolección de datos, evaluación medición y seguimiento al caso presentado se describen a continuación:

Consentimiento informado: Documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario aspectos relacionados con la confidencialidad,

Historia clínica: Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud donde se registran datos del paciente, considerado en la Legislación Colombiana con Resolución 1995 de 2009, como Documento privado.

Entrevista

La entrevista es una técnica ampliamente utilizada, ya que es la manera más directa de recoger datos, nace en un contexto de evaluación y diagnóstico en campos de la salud permitiendo recolectar información de interés “Son diversos los autores (por ejemplo, Silva, 1988) que indican que la entrevista comienza a tener una especial relevancia en el campo clínico de la mano de Kraepelin en su interés por explorar con minuciosidad los síntomas de los pacientes (Perpiñán, 2012, p.23)

Observación

La psicología como cualquier otra ciencia emplea técnicas de conocimientos que le permitan comprender los diferentes fenómenos estudiados, propendiendo por resultados confiables.

Como son “características de los sujetos, tales como su forma de comportamientos verbales y no verbales en situaciones diversas; de las interacciones entre sujetos, sean estas gestuales o verbales; de los contextos, con referencia por ejemplo a las cualidades ambientales” (Piacente, 2009. p. 2)

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Herramienta útil para medir la depresión en adultos mayores. Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, J (1992) versión original ha sido probada y estandarizada en Colombia según estudio de la Universidad Javeriana de Cali-Colombia; concluye que “El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268 indicando que la escala GDS 15 es altamente confiable”. (Bacca, González & Uribe, 2005) (Ver Anexo C).

Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer (FAQ) (1992).

El Cuestionario de Actividad Funcional (Functional Activities Questionnaire, FAQ) fue diseñado por Pfeffer y está basado en un estudio previo del mismo autor. Es una prueba estandarizada muy útil para determinar la presencia de demencia en las fases iniciales. El FAQ es una medida basada en los informantes, por lo que se requiere la localización de un informante confiable (Ver Anexo D).

Consta de 11 ítems que evalúan el grado de independencia-dependencia del sujeto. Una puntuación por debajo de 6, indica normalidad, no dependencia. Puntuaciones iguales o superiores a 6 sugieren una alteración funcional.

Escala de seguimiento del estado de ánimo y auto registros. Estos procedimientos son técnicas cognitivas conductuales que pueden variar según características del paciente, estos registros permiten identificar puntual y sistemáticamente pensamientos, sentimientos, manifestaciones físicas y conductas específicas, durante un determinado periodo de tiempo.

Resultado del proceso de evaluación

Durante la entrevista la paciente suministró información relevante aportando los datos relacionados a su historia de vida, funcionalidad cotidiana, eventos traumáticos, estrategias de afrontamiento, creencias, pensamientos, conducta, antecedentes psicológicos y físicos como también información familiar de relevancia.

Con la técnica de observación se obtuvieron datos significativos como características de apariencia, porte y vestuario, comunicación, percepción y coherencia en su expresividad; se analizaron las diferentes conductas manifiestas en sesión, permitiendo obtener la primera impresión diagnóstica de la consultante.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes pruebas cuantitativas.

Tabla 7.

Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Ítem Evaluados	Respuestas erróneas		
	Anterior	Durante	Posterior
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	13	8	3

Fuente. Autor.

Al efectuar el análisis “entre” las tres mediciones se puede observar en la tabla 7 que en la primera prueba “Anterior” el tratamiento puntuó 13 puntos durante el tratamiento se aplicó la

prueba en la 5 sesión dando respuesta en 8 y al terminar el tratamiento puntuó sobre 3.evidenciando cambio significativo en las puntuaciones.

Tabla 8.

Aplicación. Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer en las diferentes mediciones.

Respuestas Evaluadas	Puntuación Total		
	Anterior	Durante	Posterior
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	2	2	2

Fuente. Autor.

Las tres mediciones representadas en la tabla 8 se puede observar que no hubo variabilidad, en los resultados obtenidos lo que indica estabilidad en el área cognitiva.

Tabla 9.

Registro Puntaje del Termómetro del estado de ánimo en las diferentes mediciones.

Anterior	Durante	Posterior
9-8	8-8-7-9-6-4-4-3-3-3	3

Fuente. Autor.

Se puede observar en la tabla 9 en los puntajes iniciales del instrumento se observan puntuaciones elevadas de malestar tomando en consideración la máxima puntuación de malestar corresponde a 10 y la mínima en 1, del resultado se puede concluir disminución consecutiva y significativa en la medición dando como resultado 3 puntos al finalizar el tratamiento.

A partir de los datos aportados respecto a las pruebas aplicadas en el proceso de evaluación y de forma complementaria las verbalizaciones de la familia de la paciente, es posible concluir que los problemas relacionados al duelo por muerte de su esposo han disminuido. La señora M ha mejorado significativamente en sus diferentes componentes de su conducta problema. Al finalizar el tratamiento se observa estabilidad en su estado de ánimo, autonomía y

activación conductual. Lo que concuerda con la puntuación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la medición del ánimo.

5.3 Análisis Descriptivo

A fin de proteger la identidad de la paciente se identifica en este estudio de caso **como la señora M**, quien cuenta con 75 años de edad, sin escolaridad, creció en el área rural, su madre murió cuando ella tenía 5 años, fue maltratada por parte de su padre y madrastra; era la mayor de tres hermanos, recuerda que sintió tristeza por la muerte de su madre, desde edad temprana se alejó del hogar, a sus 15 años consiguió su primer trabajo, recuerda que era solitaria y estuvo lejos de su familia, a la edad de 20 años contrajo matrimonio con un hombre 20 años mayor que ella, relación matrimonial tranquila, sin embargo refiere escaso afecto de parte de su pareja. Como fruto de esta relación, hubo 9 hijos, a los 22 años de casada murió su esposo de forma natural, comenta que estuvo pendiente de él, lo cuidó hasta el “último día de su vida”, recuerda que “fue un momento difícil”, sin embargo sobrellevó la pérdida de forma natural, desde ese periodo se trasladó a vivir a la zona rural, allí estuvo sola por un periodo de tiempo manteniendo relación cercana con sus hijos.

A los dos años de viuda construyó una nueva relación con un hombre menor que ella, relación que no fue aceptada por sus hijos; sin embargo considera que esta unión fue positiva basada en la solidaridad y respeto con quien trabajaba en las labores del campo, realizaba junto a él proyectos y estrategias económicas que le permitían vivir adecuadamente. Aproximadamente hace 11 años perdió a uno de sus hijos menores; fue una “muerte trágica” lo que produjo según ella un intenso dolor y refiere: aun siento “muchísima tristeza cuando lo recuerdo”, recibió apoyo de sus demás hijos y de su nueva pareja quien según ella la apoyó sin condiciones, alrededor de 3

años de continuos periodos de llanto y malestar y refiere que no tuvo asistencia médica ni psicológica.

La salud de la paciente se vio deteriorada por los diversos traumas que ha enfrentado , refiere una de sus hijas, hace aproximadamente 10 años le diagnosticaron principios de artritis, refiere que su salud física se ha deteriorado significativamente, exacerbándose con la muerte de su reciente esposo, puesto que comenta “mi mamá no come, no duerme, sólo vive llorando, por este motivo la llevamos al médico”; en sesión mostró pensamientos recurrentes de minusvalía refiriendo “no vale la pena seguir así, todo lo hacíamos juntos ” posterior a este hecho traumático reanudó lazos comunicativos con sus hijos lo que se describe como la principal fuente de apoyo.

En lo referente a su área social la paciente manifiesta que no cuenta con amigos, no asiste a grupos de apoyo, desde que murió su pareja no asiste a ceremonias religiosas, de esta manera alteró su cotidianidad significativamente, ya que relató ella era una persona muy activa, dedicada a labores agrícolas y de hogar, sintiéndose a gusto con la vida que llevaba. Por sus verbalizaciones se puede deducir que la paciente se encontraba en una etapa de inactividad conductual, inapetencia, insomnio, tristeza profunda, lo que obligó a sus familiares a buscar ayuda profesional.

En la primera consulta por psicología, presentó llanto intenso y notable malestar emocional, situación que obligó a que el profesional de psicología realizara regulación emocional que permitió disminuir la intensidad de sus síntomas.

Dentro de sus características mentales se observó actitud receptiva, juicio y raciocinio adecuados , recuerda hechos pasados con claridad, memoria conservada, su estructura es acorde

a su deterioro por su edad cronológica, pulcritud a la vista, no se observan alteraciones, percepción y afecto alteradas aparentemente por curso de duelo.

Dentro de sus verbalizaciones refiere temor a la soledad en la mañana y al caer la tarde, con respuesta de conductas de llanto desbordado. Situación que le ha afectado negativamente puesto que su familia relata la paciente dejó de realizar actividades cotidianas y su salud está siendo afectada, exacerbando su sistema fisiológico respecto a las dificultades físicas que ha tenido, interfiriendo con su ritmo normal de alimento y sueño, esta situación alarmó a la familia acudiendo a consulta por medicina general, de donde es remitida para trabajo psicológico e intervención psiquiátrica.

Se puede concluir que el principal estímulo discriminativo es a la primera hora de la mañana y al atardecer, contexto que genera respuesta de tristeza sensación de injusticia y angustia a nivel afectivo; pensamiento de indefensión, no aceptación de la pérdida a nivel cognitivo y llanto fácil e inactividad a nivel comportamental. La paciente ha desarrollado un estilo de afrontamiento para enfrentar la vida cotidiana respuesta reguladora al no existir alguien significativo que proteja la existencia

De este modo, el malestar le permite evitar el costo cognitivo, afectivo y comportamental que implica hacerse cargo de su vida y ser autónoma. La relación muy cercana que mantenía con su difundo esposo, junto al contenido esquemático constituyen una estructura rígida caracterizada por la sensación de necesitar del otro. Su comportamiento de tristeza y vulnerabilidad actúa de manera operante ante su familia quienes permanecen cerca evitando que ella agudice sus síntomas de esta manera percibe protección, que las demás personas sean protectoras.

Antes de iniciar tratamiento psicológico la paciente fue medicada con psicofármacos prescritos por psiquiatría, Fluoxetina x 12 mg en Jarabe, Difehidramina 10 cc jarabe.

5.4 Análisis explicativo

Paciente quien está vivenciando un proceso de duelo por pérdida del conyugue con sintomatología intensa que no cumple los criterios suficientes para un diagnóstico de depresión según Manual Diagnóstico DSM-V, aunque es esperable por la condición de pérdida, que se presente esta sintomatología “Duelo por pérdida de pareja” (Z63.4) la agudizan pensamientos distorsionados del tipo Abstracción selectiva o Visión del túnel y Maximización de aspectos negativos manifestados en su verbalización “estoy sola en la vida, no puedo seguir sin él” minimizando aspectos positivos de su vida, como el apoyo de hijos y nietos, salud, trabajo y economía.

Aspectos Desencadenantes de emociones como la ira, tristeza. causantes de conductas perturbadoras de su funcionalidad cotidiana como inactividad conductual y aislamiento social

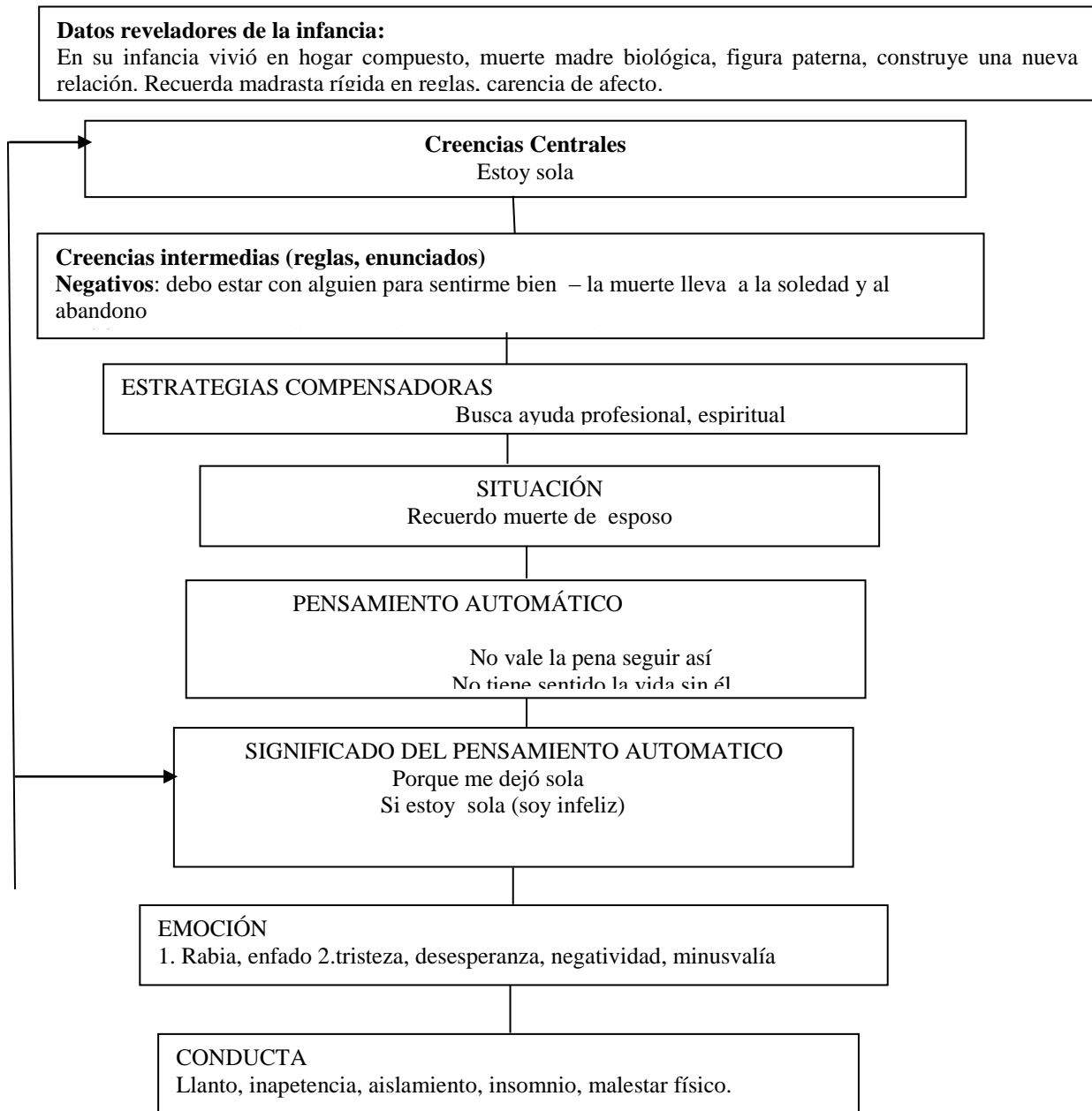
hacen que su proceso de duelo en curso por muerte de su esposo, aumente la aversión referente a la idea de estar sola y la protección.

De otro lado se evidencian factores que han complicado la experiencia del duelo como pérdidas significativas con anterioridad ubican a la paciente en circunstancia vulnerable constituyendo sesgos cognitivos favorecedores de creencias irracionales como temor a la soledad y de ideas de desamparo frente a la elaboración del duelo que sumados a factores externos y biológicos como la escasa red de apoyo y las implicaciones de su edad cronológica aumentan el deterioro afectivo en la medida que no existan motivadores suficientes para continuar.

Las anteriores características muestran un conjunto de atribuciones negativas y maneras inapropiadas de procesamiento de la información factores no saludables en la elaboración adecuada en curso de duelo que de no ser intervenido psicológicamente representan un factor de alarma frente al duelo pudiéndose tornar complicado desencadenante de una posible depresión.

6. Formulación Cognitiva

Se pretende plantear una conceptualización del caso, fundamentada en el planteamiento del problema en términos cognitivos exponiendo las dificultades de la señora M, desde la identificación de pensamientos, el mantenimiento de los mismos y la relación que estos tienen frente a su comportamiento en proceso de duelo.

Figura 2. Diagrama de conceptualización cognitiva.

Fuente. Autor.

Teniendo en cuenta los antecedentes familiares y la historia personal de la paciente se puede observar que ha desarrollado unos factores de vulnerabilidad que han contribuido al desarrollo de su problemática actual. Así por ejemplo toda la incertidumbre que generó la muerte de su madre y la relación posterior con su padre a los 5 años de edad, la relación conflictiva con

su madrastra, la enfermedad y muerte de su primer esposo , muerte trágica de su hijo y la reciente pérdida de su esposo de forma trágica en accidente de tráfico y el sentimiento general con el que ha crecido relacionado con una sensación intensa de abandono contribuyeron a desarrollar un estilo cognitivo caracterizado por una gran intolerancia al abandono, soledad y necesidad de protección y rigidez de pensamiento. Han sido éstos, por tanto, los factores de vulnerabilidad que han dado coherencia, sentido y significado a toda la formación de sus creencias disfuncionales relacionadas con abstracción selectiva en su forma de pensar y magnificación y minimización de aspectos positivos en en la vida otorgándoles importancia a aquellos negativos. Estos supuestos disfuncionales siempre han estado en su estructura cognitiva, exacerbándose por el reciente hecho traumático activándose los esquemas desadaptativos.

6.1 Factores de adquisición

Una de las creencias centrales en la vida de la paciente se hizo evidente en su recurrente repertorio conductual en las primeras consultas “estar sola es lo que más me duele”, percepción desencadenante de emociones como la ira, tristeza y cogniciones relacionadas con la pérdida de su proyecto de vida, fueron causantes de conductas perturbadoras de su funcionalidad cotidiana. Estas creencias frente al significado de la soledad, fueron interiorizadas desde su etapa de niñez, por los significados atribuidos a la pérdida de su madre y la adquisición de la condición de soledad que fue reforzada por su entorno inmediato y condiciones de violencia intrafamiliar de las cuales fue víctima desde la nueva pareja de su padre quien refiere le desestimaba y favorecía la posición de la madrastra. Esta situación desencadenó sentimientos de soledad y desamparo.

6.2 Factor de mantenimiento

El funcionamiento esquemático cognitivo guiado por contenidos centrales se puede contemplar en factores de mantenimiento manifestados en las verbalizaciones de la paciente

“estar sola es lo peor que le puede pasar a uno” “las personas que más quiero me abandonaron” de esta manera la forma como surgen sus pensamientos inmediatos se relacionan con la soledad, negatividad, pesimismo; “estoy abandonada, sola” no vale la pena estar así” situación que hace que la forma de afrontar un duelo desborde el límite de sus emociones.

7. Hipótesis

Los síntomas de la paciente se relacionan con las concepciones acerca de la realidad, factores como el abandono y la soledad desde la etapa de su niñez, fueron predominantes en la adquisición de reglas cognitivas que persisten en su historia de vida.

Las ideas acerca de la soledad y la protección desarrollada posiblemente a consecuencia del escaso afecto brindado por su padre y la ausencia de su madre biológica a su corta edad, hicieron que interiorizara conceptos de amenaza referentes a las pérdidas.

Las adquisiciones cognitivas han influido en su conducta, al emitir comportamientos de aislamiento, juicios de valor equivocados, desconfianza ante los demás durante su vida, ella relata: “prefiero estar sola porque a veces la gente no es suficientemente buena”, situación que ha empeorado su salud física y ha incrementado somatizaciones.

Por las anteriores manifestaciones, se puede deducir que la paciente ha adquirido sesgos cognitivos relacionados con abstracción selectiva en su forma de pensar y autocríticas, magnificación de aspectos negativos, conceptos que le llevan a verbalizaciones enfocadas en resaltar lo que le causa malestar, minimizando hechos importantes como es el afecto recibido de los hijos y nietos que están pendientes de ella la mayor parte de su tiempo, y permanentes autocríticas relacionadas con lo que ha dejado de hacer bien.

Posiblemente estas cogniciones negativas fueron alimentadas por los hechos traumáticos ocurridos en su vida, situación que le ha impedido contar con soportes adecuados en la elaboración del duelo presente

8. Proceso de intervención

Después de haber realizado la evaluación y formulación clínica, se diseñó el proceso de intervención. Para ello, se crearon los objetivos principales y específicos, luego se buscaron las técnicas terapéuticas más adecuadas, teniendo en cuenta las características de la paciente, que favoreciera el desarrollo de habilidades y destrezas y que no generaran problemas adicionales. El proceso de intervención se apoyó de las siguientes técnicas:

La expresión emocional técnica de habilidad social que ha demostrado efectividad en diferentes estudios, permite el desarrollo de confianza, intercambio de comunicación, expresar los diferentes sentimientos y malestar que nos aqueja en un determinado momento, además expresar nuestras emociones; nos permite liberarnos de cargas psicológicas; ésta técnica ha sido efectiva en diferentes situaciones como en la elaboración de duelos y demás circunstancias en las que necesitamos manifestar nuestro dolor. “Como todos sabemos por experiencia, cuando se trata de dar forma a nuestras decisiones y a nuestras acciones, los sentimientos cuentan como el pensamiento”. (Goleman, 1995).

Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos)

Las técnicas de exposición permiten poner al paciente enfrente de situaciones temidas como recuerdos, situaciones, acciones que le generan malestar y el paciente no quiere enfrentar, existiendo diversas formas de realizar esta técnica: exposición en vivo: consiste en enfrentarse

a situaciones reales temidas . Dentro de las técnicas de exposición se encuentran la exposición en imaginación que consiste en ubicar al paciente con situaciones reales mediante la imaginación, por ejemplo recuerdos dolorosos “se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas.” (Bados y Garcia, 2011, p. 3)

Técnica de imagería mediante dramatización:

El psicodrama puede considerarse parte de la sociometría que fue creada por Jacobo Moreno (1956) como forma de Psicoterapia, inicialmente se utilizó en grupos “estas técnicas permiten

Las dramatizaciones pueden utilizarse con muchas finalidades diferentes (..) entre las cuales se incluyen las destinadas a descubrir pensamientos automáticos, las que tienen como finalidad el desarrollo de una respuesta racional y las que sirven para modificar creencias centrales e intermedias”. Beck. J (2000), P.262).

Instrucción en Técnica de Relajación: Jacobson

Pertenece a las técnicas conductuales fue creada por Edmund Jacobson, en (1938) quien la utilizó con la finalidad de tensar y relajar varias veces diversos músculos del cuerpo; “el aprendizaje de técnicas de relajación nos ayudará tanto a ser capaces de mantener una tranquilidad en general” Van-der(2005,p.6)diversos estudios afirman que las técnicas de relajación son benéficas para diversos pacientes, ya que “la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas del paciente” González (1999, P.39); las prácticas de relajación emocional para aliviar la tensión han sido usadas por muchos años y varias de éstas están basadas en el sistema de la enfermera Annie Payson Call, quien desde

1969 combinaba la relajación muscular, el descanso y el adiestramiento mental, para fines de reposo”. (González, 1999, P.39).

Psicoeducación

Esta técnica tiene como finalidad informarle al paciente y a sus familiares aspectos relacionados sobre el diagnóstico del paciente en cuanto a evoluciones, tareas y procesos de tratamiento frente a su enfermedad. “La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y que por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital”. (Maldonado, 2004).

Asignación de tareas graduales: Es una técnica de corte conductual que consiste en la ejecución de tareas desde las más fáciles hasta las que representan mayor dificultad para el paciente. “La activación conductual resulta especialmente útil para pacientes inactivos, pero también puede ser provechosa para aquellos que desean retomar actividades previas o enriquecer su vida por medio de otras nuevas”. (Beck. J., 2000, P.294).

Retroalimentación positiva

Esta técnica es empleada en las sesiones ya que permite un espacio al final de la sesión para aclarar dudas, resumir la sesión, preguntar al paciente sobre inconvenientes, expresar alguna situación no dicha en sesión. “El terapeuta puede entonces asignar nuevas tareas de una manera más efectiva “. (Beck, J., 2000, P. 10).

Dialogo socrático

Técnica introducida en las terapias cognitivas por Ellis y Beck en los años 60, cuya significancia tuvo lugar en los postulados sobre los procesos cognitivos erróneos en la forma de pensar juegan un papel muy significativo en la fuente y mantenimiento de los síntomas de los

trastornos psiquiátricos como la Depresión También llamado el método socrático es una herramienta de utilidad en la terapia cognitiva ya que ayuda a los clientes mediante “un proceso dialéctico

En el cual se generaliza una noción de verdad sobre un concepto y se lo examina hasta su refutación, para luego comenzar con una nueva noción del mismo.”(Partarrieu, 2011, p. 179).

De esta manera permite que el paciente se dé cuenta de sus creencias irracionales y/o errores de pensamiento, por medio de preguntas orientadas a la reflexión y al confrontamiento.

Reestructuración cognitiva:

La Reestructuración Cognitiva, fue desarrollada e introducida en la literatura psicológica en el año de 1958, por Albert Ellis y posteriormente por la escuela de Aaron Beck. “**La RC consiste** en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual.” (Bados &García.2010.p.2).

Detención de pensamientos automáticos

La técnica de la detención del pensamiento fue presentada por Bain en (1928) en su libro El control del pensamiento en la vida cotidiana.

A finales de los años cincuenta Joseph Wolpe y otros terapeutas de conducta adaptaron el modelo original de Bain para poder utilizar este método con las fobias y obsesiones, ya que tanto los pensamientos fóbicos como los obsesivos son de carácter repetitivo e irracional, siendo ambos fuente de ansiedad. El objetivo de esta técnica cognitiva es reducir el estrés y la ansiedad a los que está sometido el paciente. (Lozano, Rubio & Pérez, 1999, p. 471).

El **Entrenamiento en Autoinstrucciones** se remonta a los primeros trabajos llevados a cabo por Meichenbaum en la década de los 60 con niños hiperactivos y agresivos.

Es una técnica cognitiva que permite el cambio de comportamiento mediante autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamiento) que el sujeto realiza frente a un comportamiento determinado sustituyéndolos por otros más funcionales.

Prevención de recaídas (cierre).

El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar la remisión de los trastornos del paciente y enseñarle a ser su propio terapeuta, de esta manera *es necesario que el* terapeuta exprese lo relacionado a la finalización de la terapia logros por los avances, repasar lo aprendido en terapia a fin de utilizar estrategias en caso de recaídas y en caso de ocurrir la forma de afrontarla. Planear sesiones de refuerzo y demás estrategias que puedan ser útiles, modificar cogniciones en caso de ser necesario.

De las 14 sesiones que se realizaron, 10 sesiones corresponden al proceso de intervención, las cuales se describen a continuación:

8.1 Objetivos de la intervención

8.1.1 Generales

1. Acompañar el proceso de vivencia del duelo y la reorganización de la vida de la paciente a partir de la pérdida actual.

2. Reestructurar ideas distorsionadas asociadas a la soledad y la pérdida que favorecen el mantenimiento del malestar emocional.

8.1.2 Específicos

1. Facilitar la expresión emocional y organizar el discurso alrededor de la pérdida.
2. Facilitar la regulación emocional a través de la relajación de Jacobson.
3. Orientar en la activación conductual y establecimiento de nuevas metas.
4. Reestructurar las ideas disfuncionales relacionadas con la soledad y la pérdida (Estabilizar emocionalmente).
5. Formular alternativas de cognición que favorezcan el bienestar emocional de la paciente

Tabla 10. .

Clasificación de la Intervención realizada.

Objetivos Generales	Objetivo Específico	Técnica	Actividad Realizada	Resultado
Acompañar el proceso de vivencia del duelo y la reorganización de la vida de la paciente a partir de la pérdida actual.	Facilitar la expresión emocional y organizar el discurso alrededor de la pérdida.	Expresión emocional y	Historización de la relación con su pareja y su historia de vida para lo cual se solicita al paciente llevar al consultorio objetos que le permitan recordar lo vivido.	Paciente se muestra colaboradora en la realización de esta actividad logrando expresar e identificar las diferentes emociones y sentimientos presentes en su vida
		Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos)	En común acuerdo con la paciente se pide a la paciente relatar hechos ocurridos en su vida traumáticos expresar emociones y sentimientos asociados a la situación problema	Se logró que los pacientes accedieran a expresar emociones ocultas y relacionar los pensamientos asociados con las emociones y la conducta manifiesta. la paciente verbalizó la historia de vida con la persona fallecida al finalizar la sesión relató sentir sensación de libertad

Facilitar la regulación emocional a través de la relajación de Jacobson.	la relajación de Jacobson	Se instruye en la técnica de relajación de Jacobson	Con la instrucción en esta técnica la paciente logró control de la activación fisiológica obteniendo calma voluntaria de sus emociones
Orientar en la activación conductual y establecimiento de nuevas metas.	Psicoeducación (informativa a familiares y a paciente)	entrenamiento psicoeducativo a familiares y a la paciente sobre red de apoyo cambio de hábitos cotidianos y modificación de estilo de vida, fortalecimiento en autonomía	Se logró realizar Entrenamiento en donde se incluyó como red de apoyo a su familia involucrándolos en las Estrategias, fortalezas, recursos y habilidades propias de la paciente se evidenció adquisición de herramientas necesarias en el afrontamiento de las conductas disruptivas
	Programación de actividades de dominio-agrado que incrementen la tasa de respuesta frente al duelo.	planificación de actividades de agrado o dominio	Con la práctica de esta técnica se pudo observar cómo a través de su ejecución la consultante aprendió a identificar y modificar sus conductas con el fin de generar un nuevo repertorio funcional que los condujeron a la realización y logro de sus metas.

Fuente. Autor.

Objetivos Generales	Objetivo específico	Técnica	Actividad Realizada	Resultado
Reestructurar ideas distorsionadas asociadas a la soledad y la pérdida que favorecen el mantenimiento del malestar emocional.	Reestructurar las ideas disfuncionales relacionadas con la soledad y la pérdida (Estabilizar emocionalmente).	Realimentación positiva	se realiza repaso de las sesiones a fin de aclarar dudas y dejar claridad sobre lo trabajado en sesión	Se utilizó al finalizar cada sesión, espacio que permitió hacer repaso de lo visto en sesión, aclarar dudas inquietudes respecto a las instrucciones dadas y fortalecer estrategias aprendidas
		Reestructuración cognitiva	Mediante Dialogo socratico Se inserta dudas en el sistema de creencias perjudiciales del paciente instruyéndola en estrategias cognitivas alternativas	La paciente identifico emociones dolorosas como (ira desesperanza. Tristeza...) haciendo relación con el incremento de su malestar presente.
	Formular alternativas de cognición que favorezcan el	Autoinstrucciones	Se instruye en modificación de la visión negativa que se tiene sobre la soledad y	Se logró que la paciente cambiara pensamientos que le generaran malestar los cuales fueron sustituidos por

bienestar emocional de la paciente	la pérdida	verbalizaciones internas que fueran más útiles y benéficos en el fortalecimiento de su autonomía
	Cierre de sesión se realiza cierre de sesión y se trabaja en estrategias posibles sobre recaídas futuras	Se instruye a la paciente en el fortalecimiento de habilidades adquiridas durante el proceso terapéutico para hacerle frente a posibles recaídas, se programan tres sesiones de seguimiento mensuales mediante llamadas telefónicas durante los próximos tres meses

Fuente. Autor.

A continuación se describe detalladamente el proceso de intervención trabajado en cada sesión

Sesión 1:

En la primera sesión de intervención, mediante diálogo con la paciente, se le informa cómo se va a desarrollar el proceso de intervención, número de sesiones, objetivos a cumplir, participación, responsabilidades y además que se le enseñarán estrategias y se dejarán tareas para la casa. Luego se aplica la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, para medir el estado de ánimo. Posteriormente se trabajó la técnica de expresión de sentimientos, para favorecer la expresión emocional de forma verbal y no verbal. Finalmente se deja como tarea el autoregistro del estado de ánimo.

Sesión 2:

En esta sesión se le informa a la paciente los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se aplica la técnica de exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos). La paciente relata que ha dormido aproximadamente por

un periodo de 4 horas en el cual tiene pesadillas y sueña que su pareja le habla, durante la semana relata que se ha alimentado muy poco, ya que presenta bajo apetito.

Sesión 3:

Se revisa la técnica del termómetro del ánimo, en donde se observa una leve disminución de su malestar. Posteriormente se trabajó la técnica de juego de roles mediante Imaginería: Esta técnica permite que la paciente represente escenas relevantes y exprese emociones y sentimientos, mediante verbalizaciones a la persona fallecida, luego ella cambia de rol y representa a su esposo. El objetivo de esta sesión se cumple totalmente, puesto que se logra que la paciente reconozca diferentes formas de interpretar una misma situación, muestra optimismo al desarrollar dicha técnica y se evidencia una disminución en el llanto y mayor fluidez y ritmo en su conversación. Se deja como tarea continuar con el registro del estado de ánimo.

Sesión 4:

Se hace revisión del termómetro de la escala del ánimo durante la semana. Se instruye en la técnica Relajación de Jacobson. Se finaliza la sesión con reorientación en involucrar actividades agradables durante la semana. La paciente refiere sentirse mejor en cuanto al sueño y apetito. Cuenta que “ayer no sentí deseos de llorar en la tarde, más bien me imaginé que él me estaba cuidando, pero sigo escuchándolo en sueños, se me acerca y cuando despierto me da mal genio”.

Sesión 5:

Se revisa termómetro de la escala del ánimo durante la semana. Se trabaja en la técnica de psicoeducación informativa a familiares y a paciente. Se le indica a la paciente que debe estar acompañada ya que la red familiar le será útil en la elaboración adecuada del duelo, se finaliza la sesión con tarea de modificación de rutinas conductuales durante la semana y realizar actividades agradables olvidadas, por iniciativa de la paciente se programan algunas actividades familiares.

Sesión 6:

En esta sesión se revisa el termómetro del estado de ánimo, se realiza un repaso de las estrategias aprendidas durante las anteriores sesiones. Se trabaja la técnica de reestructuración cognitiva para modificar cogniciones hacia creencias más reales que le ayuden a elaborar la pérdida y encontrarle sentido a su vida. Se instruye a la paciente mediante actividad lúdica, sobre el esquema cognitivo y la influencia sobre sus emociones y conductas. Se observa en consulta ausencia de llanto, verbalización pausada, mostrando atención y comprensión sobre la técnica trabajada. Se dejan instrucciones para la casa acerca de continuar con actividades y registro del estado de ánimo.

Sesión 7:

En esta sesión se revisa el termómetro del estado de ánimo, se trabaja la técnica de autoaceptación enfocado en flexibilización sobre exigencias y críticas, se le muestra a la paciente la forma como ha interpretado la realidad y las consecuencias de estas cogniciones en su comportamiento, se observa una paciente atenta y colaboradora durante la sesión. Manifiesta que durante la semana su apetito ha mejorado al nivel de antes, igualmente ha ocurrido con el sueño, logrando dormir cerca de 8 horas en la noche, también cuenta que ha retomado horarios de levantarse y actividades olvidadas. Se deja como tarea continuar con actividades y registro del estado de ánimo.

Sesión 8:

Se revisa termómetro del estado de ánimo. Se refuerza la técnica de reestructuración cognitiva permitiendo identificación de pensamientos negativos y generando pensamientos y conductas alternativas en donde la paciente se muestra optimista, tranquila y colaboradora.

Sesión 9:

Se revisa termómetro del estado de ánimo. Se hace retroalimentación positiva, repaso de la técnica de reestructuración cognitiva, se entrena en autoinstrucciones, para fortalecer el proceso de reestructuración cognitiva.

Sesión 10:

Se hace cierre de sesión, se repasa técnicas en prevención de recaídas: se informa a la paciente y a su familia sobre la necesidad de utilizar las técnicas aprendidas en caso de presentarse recaída. Se aplica encuesta a la paciente de satisfacción del servicio de psicología y satisfacción del mismo. Se hace cierre de historia clínica. Se programan dos sesiones de seguimiento vía telefónica mensual durante los tres meses posteriores, con el objetivo de observar la estabilidad de sus síntomas.

9. Resultados

Los resultados obtenidos a nivel general, derivados de la práctica frente a los objetivos de la misma, fueron satisfactorios y esperanzadores, en cuanto se logró fortaleza en el ámbito clínico, se evidenció crecimiento personal y profesional, se hicieron aportes al Centro Médico en cuanto al tratamiento de la Salud Mental y se contribuyó directamente con los pacientes atendidos y con el caso específico elegido.

En consecuencia, los objetivos principales de la intervención consistieron en acompañar el proceso de vivencia del duelo y la reorganización de la vida de la paciente a partir de la pérdida actual y reestructurar ideas distorsionadas asociadas a la soledad y la pérdida que favorecen el mantenimiento del malestar emocional. A nivel cualitativo se observa que durante la intervención la paciente mejoró su estado de ánimo, logró reorganizar su proyecto de vida y disminuyeron sus ideas distorsionadas sobre la soledad y la pérdida.

Se hizo evidente la modificación de errores cognitivos de pensamiento como la abstracción selectiva y las autocríticas permanentes, logrando plantear estrategias y significados diferentes frente a la soledad y a la pérdida. En sus repertorios conductuales relata que su vida ha cambiado, se encuentra en estado normal de funcionalidad, se ha integrado nuevamente a las actividades cotidianas y refiere satisfacción con la activación conductual (realización de actividades frecuentes, visitas familiares, ejecución de labores agrícolas). De acuerdo al reporte realizado por familiares cercanos sobre la funcionalidad de la paciente, refieren que la señora M, se muestra en normalidad, se ha integrado con familiares, realiza actividades de corte espiritual, ha viajado y conserva la calma en consulta al hablar de la muerte de su pareja, lo que indica que la paciente se encuentra en etapa de aceptación.

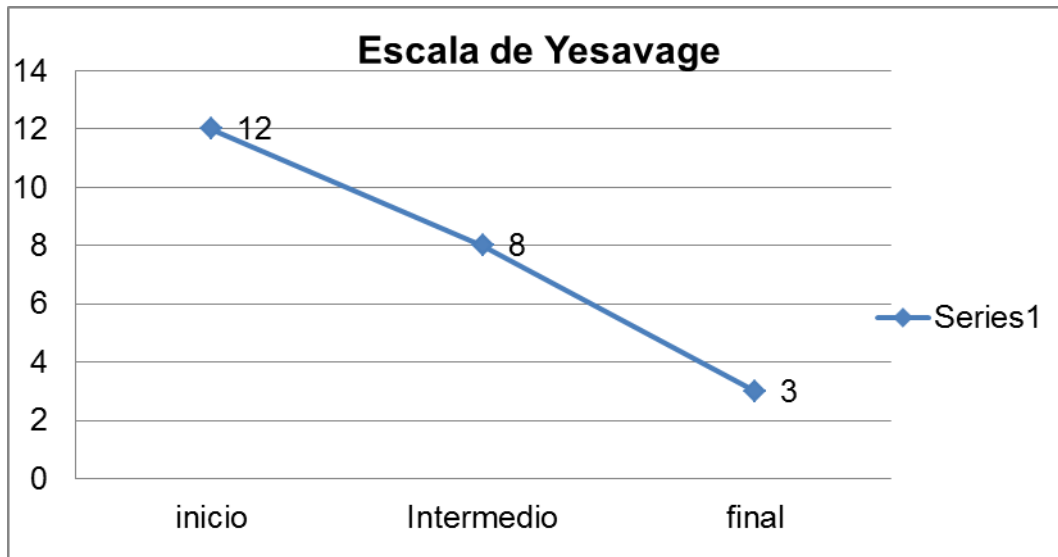
Al realizar la encuesta de satisfacción en la última sesión, se muestra optimista sobre la intervención realizada señalando agradecimientos sobre el mejoramiento en su calidad de vida.

A nivel cuantitativo, de acuerdo a la medición del estado de ánimo, se observa que el malestar disminuyó significativamente de 9 puntos al iniciar el proceso psicológico, disminuyó a 3 puntos al final del tratamiento como se observa en la Gráfica 3, entre la séptima y décima sesión es donde más variación se observa, es decir entre la sesión 3 y 6 de intervención.

De acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que se aplicó en la segunda sesión de evaluación, primera sesión de intervención y décima sesión de intervención, se observa una notable disminución del síntoma depresivo. De 12 puntos registrados en la fase de evaluación, disminuyó a 3 puntos en la sesión 13.

Gráfica 1.

Escala de Yesavage.

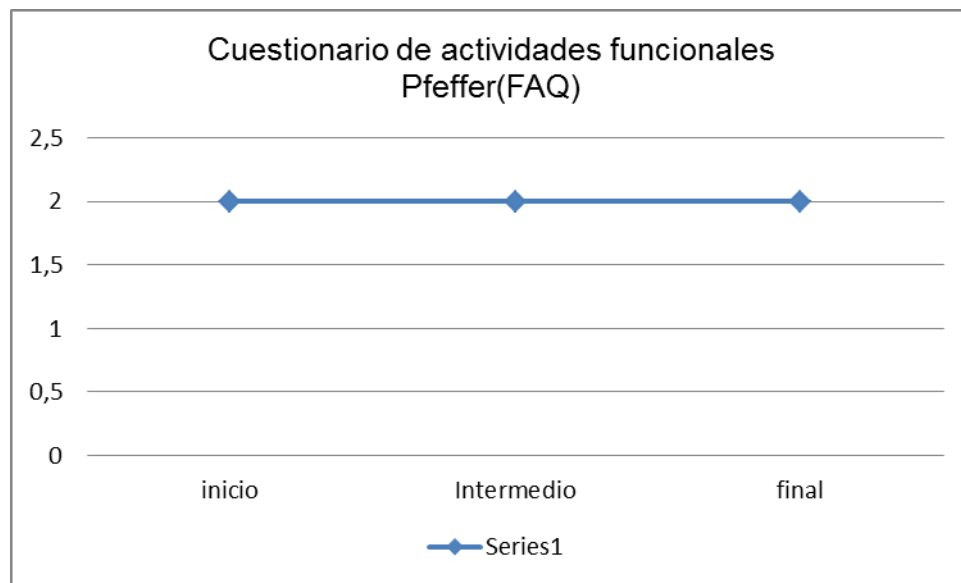


Fuente. Autora.

El Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer aplicado a un familiar arrojó un resultado de 2 puntos en la respuesta número 11, se mantuvo en el mismo nivel en las dos otras mediciones realizadas, es decir que no hubo cambios.

Grafica 2.

Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer..



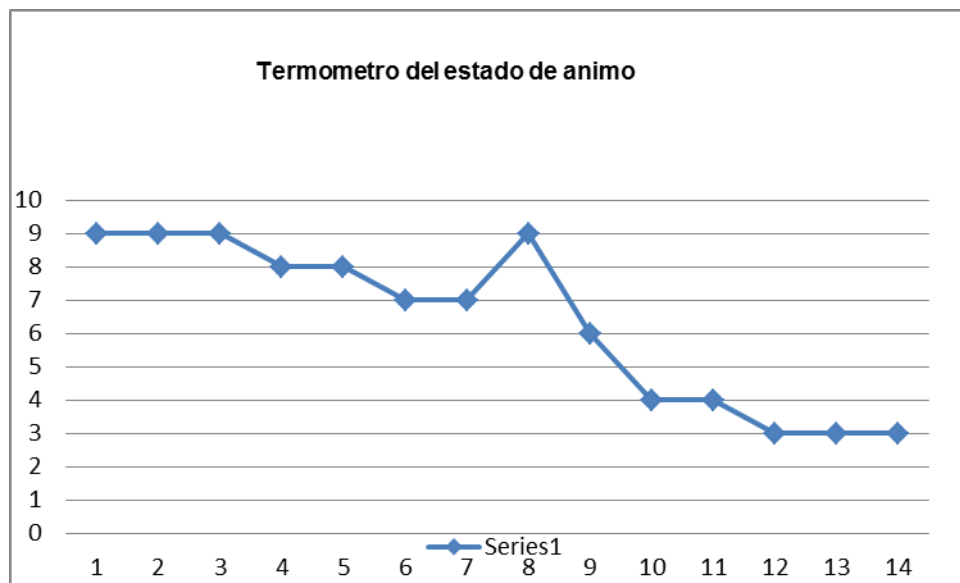
Fuente. Autora.

Los resultados arrojados en este instrumento aplicado a un familiar cercano de la paciente, muestran puntuaciones estandarizadas en la segunda semana, y a la 5 semana y al final del tratamiento psicológico, lo que indica que la paciente conserva su estado cognitivo sin alteraciones significativas durante el tratamiento.

De acuerdo al termómetro del estado de ánimo (figura 3) y a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se observa una mejoría significativa en el estado de ánimo, con disminución de la tristeza, según el termómetro del 66% y según la Escala del 77%. De acuerdo a esta última, su nivel de tres puntos se encuentra en parámetros normales, es decir, que no presenta síntomas depresivos.

Grafica 3.

Termómetro del Estado de ánimo.



Fuente. Autor.

10. Comentarios

– La mejoría observada en la paciente puede estar asociada a las técnicas terapéuticas utilizadas, lo cual indica que la elección de estas fue la adecuada.

– La mejoría observada en la paciente corresponde a una adecuada instrucción frente al manejo del pensamiento de esta manera se logró que la paciente haya interiorizado estrategias de afrontamiento que permiten en el futuro como enfrentarse a posibles dificultades, factor que contribuyó a que los resultados se mantengan a largo plazo.

– La adherencia al tratamiento de la paciente contribuyó a cumplir los objetivos de la intervención psicológica.

– El apoyo familiar favoreció la mejoría de la paciente. Además, factores protectores como apoyo espiritual favorecieron positivamente en la evolución positiva.

- Como dificultades se encuentra el bajo nivel de escolaridad de la paciente, para ello fue necesario ajustar de forma diferente la instrucción y aplicación de las pruebas que no fueron autoadministradas sino con ayuda de la psicóloga.
- La utilización de las técnicas fue bajo instrucciones sencillas, fáciles y con un uso de lenguaje de baja complejidad, realizando constantemente retroalimentación para revisar que la información dada fuera entendida completamente.
- Al finalizar el tratamiento psicológico la paciente relató haber desistido del tratamiento con psicofármacos habiendo recuperado su estabilidad emocional

11. Discusión

La intervención cognitiva conductual es un enfoque psicológico que permite la elaboración de un proceso de duelo que de ninguna manera dejará de ser significativamente doloroso, pero con estadísticas relevantes en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales; según investigaciones realizadas a través de los años con diferentes poblaciones en las cuáles se ha evidenciado que los problemas subyacentes por pérdidas de los seres queridos generan malestar intenso, y que en algunos casos se ven afectadas las diferentes áreas de funcionalidad, situaciones que pueden convertirse en patologías como depresiones, ansiedades y estrés postraumático, razón por la cual este tema se ha convertido en un factor importante de estudio. Diversos investigadores lo han considerado significativo para el desarrollo de investigaciones determinantes que han servido como referente en las intervenciones actuales; importante mencionar los relevantes hallazgos de la investigadora Viviana X. Lasagni acerca de las complicaciones médicas que aparecen como consecuencia de la viudez y de las depresiones que indefectiblemente acompañan estos procesos.

Desde esta perspectiva han surgido diversos planteamientos de cómo intervenir un proceso de duelo en curso sin acudir exclusivamente a la prescripción de psicofármacos, estimándose que es mejor estar inmerso en actividades socioculturales, aunque parece ser que la mujer se adapta mejor a este tipo de cambios, tal y como lo afirma la misma Doctora Lasagni .

Por lo anterior, mediante las diferentes estrategias cognitivas conductuales diversos estudios a nivel mundial han demostrado su efectividad en la intervención en duelo mostrando resultados favorables en su elaboración tal y como se evidenció en los estudios ya referenciados en ésta investigación y realizados en México (Dávila, 2010, p.) y en Colombia (Carmona, 2012, p.35), en los cuales se dio cumplimiento a los objetivos propuestos en casos distintos de elaboración de duelo.

Este estudio de caso se planteó como opción en la elaboración de un proceso de duelo en curso por muerte de pareja en accidente de tránsito, el cual se consideró de importancia intervenir ya que las afectaciones emocionales de la paciente interfirieron significativamente de forma negativa en su funcionalidad cotidiana.

Intervención que se planteó como opción en el acompañamiento psicológico en la elaboración de duelo en una adulta mayor pretendiendo disminuir el malestar presente mediante la modificación de ideas distorsionadas causantes del incremento de su malestar. A partir de la intervención desde un enfoque cognitivo conductual, se evidenció la modificación de ideas distorsionadas y pensamientos erróneos que favorecían el malestar emocional de la paciente tal y como lo registran Valencia&Dávila.2.010.P.4), , “Con respecto a las estrategias de intervención para el manejo del duelo se destacan en la literatura aquellas propuestas que incluyen los sistemas de creencias disfuncionales (como ambigüedad, ideas irracionales, estilos, atribuciones pesimistas, indefensión, miedos irracionales, etc”.

De la misma forma los resultados de los instrumentos aplicados arrojaron favorabilidad en lo referente a la autonomía y reintegración a su vida cotidiana. En la presente intervención se obtuvieron resultados significativos que permitieron la disminución de la desesperanza, llanto y malestar emocional, cambios que se hicieron evidentes a nivel personal y familiar.

Por lo anterior, se puede mencionar que las intervenciones TCC, son una opción favorable en la elaboración de los procesos de duelo en las personas mayores, ya que se evidenció modificación de esquemas cognitivos y activación conductual, procesos tales que favorecen la adecuada reinterpretación del proceso de duelo.

Los diferentes estudios realizados a nivel mundial dejan ver que las técnicas cognitivas conductuales son una opción idónea para elaboración de duelo, no obstante en este caso específico se encontró que por el escaso nivel académico, aspectos relacionados con la edad cronológica de la paciente, las técnicas tuvieron que ser adecuadas para su comprensión; sin embargo es relevante que al terminar la intervención se lograron cambios significativos a nivel emocional, cognitivo y conductual pudiendo evidenciar adherencia a las técnicas, de esta manera se hace la debida aclaración que a partir de la implementación de las técnicas se lograron cambios significativos en lo que se pudo corroborar lo siguiente:

Integración a las actividades cotidianas

Modificación de ideas disfuncionales relacionadas a la pérdida

Reinterpretación de la pérdida

Interiorización y práctica de autonomía.

Se sintetiza finalmente la afirmación de que se dio cumplimiento a los objetivos propuestos, reportando en la paciente intervenida mediante la TCC, una evolución clínica satisfactoria.

Conclusiones

El duelo es un proceso natural en la evolución de las personas, sin embargo es considerado una de las situaciones más dolorosas en la especie humana, que en algunas circunstancias interfiere negativamente en las diferentes áreas de funcionamiento impidiéndole continuar viviendo dignamente.

Las intervenciones Cognitivas Conductuales favorecen la adecuada elaboración de duelo logrando mejoría en su calidad de vida.

Las técnicas cognitivas conductuales como la reestructuración cognitiva, expresión emocional, dramatización mediante imaginación, activación conductual, permiten disminución en los síntomas causados por duelo por pérdida de pareja de forma repentina, evidenciando adaptación adecuada a las actividades cotidianas

El apoyo familiar mostró ser un factor de importancia en el proceso de elaboración del duelo, lo cual favoreció la aplicación de estrategias psicoeducativas a nivel familiar.

En conclusión se logró mediante la intervención cognitiva enfocada en las técnicas propuestas por Aron Beck(1976) y algunas técnicas conductuales disminuir el malestar causado por pérdida de pareja mediante la modificación de ideas distorsionadas y pensamientos erróneos relacionadas con la soledad y la pérdida, logrando reinterpretación de su visión de vida, evidenciado en la ejecución de actividades cotidianas que favorecieron su salud integral, sin embargo se reitera que no se pueden generalizar los resultados de este estudio de caso ya que la intervención se realizó en un contexto determinado y específico .

Para concluir se hace necesario mostrar que los resultados expuestos en esta intervención corresponden a una adulta mayor en situación de duelo sin escolaridad, estudio en el cuál se logró cumplir con los objetivos propuestos;

Cabe aclarar que los resultados no pueden ser generalizados debido a que este estudio de caso fue desarrollado con única paciente en un contexto específico. Sin embargo para concluir se puede afirmar que la intervención realizada fue categóricamente eficaz y exitosa, de la cual se puede inferir su signo positivo y esperanzador para la solución de casos similares que se presenten en el futuro.

La experiencia derivada de la práctica clínica me permitió profundizar en el conocimiento y manejo del proceso de duelo en la tercera edad y el trato directo con la paciente posibilitó también ir descubriendo y afianzando competencias y habilidades clínicas en relación directa con la práctica dentro del contexto institucional.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá, (2013, Abril-Junio). Transcurrir Vital. *Rostros y rastros razones para construir ciudad*, 1 (2).3-104
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 12, (2), p. 363-369. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80512213.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, (2013).
- Bacca, A. González. A. & Uribe, F. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Revista javeriana de Cali*, 1(5),1-54-59. recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/30-86-1-PB.pdf>
- Bados A. García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- _____. (2011). Técnicas de exposición. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Disponible: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- _____. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona recuperado: de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.

- Beck, A. Freeman, A. y otros. (s.f.). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, recuperado de: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/09/Terapia-Cognitiva-De-Los-Trastornos-De-Personalidad.pdf>
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Barcelona, España: Gedisa
- Belski, J. (2001). Psicología del envejecimiento. Madrid, España: Paraninfo
- Cabrales, J. (2006). El abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos. Universidad autónoma de España. De Durango. (México). disponible: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/abordaje-depresion-psicologia/abordaje-depresion-psicologia.pdf>
- Caro, I. (2013. Noviembre). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, (109), 19-49. Recuperado: http://www.researchgate.net/profile/Isabel_Caro_Gabalda/publication/258210232_El_estudio.
- Cardona, D. Segura, A. Sgura, A, Garzón, M. (2012). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2381>.
- Carmona, Z. Bracho, C. (2008). La muerte y el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública*. 2(2):14-23. recuperado: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf
- Carmona, I. (2012). Intervención al duelo por ruptura de pareja desde la terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos. *Policemia*. (13)35-46. Bogotá Colombia .recuperado: <http://biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/POLI/article/viewFile/361/358>.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). Evaluación del inventario BDI-II. recuperado: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.

- Cursio, C. (2010). Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría: *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1)146-166. recuperado: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a10.pdf>
- Díaz, I. Núñez, R. (2010). “*Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?*”. Universidad Autónoma Metropolitana: Casa abierta al tiempo. Recuperado: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>
- Echeburúa, E. Herrán, A. (2007). Cual el duelo es patológico como hay que enfrentarlo. *Facultad de Psicología. Universidad del país Vasco*, 33(147), 32-49. recuperado: [file:///C:/Users/User/Downloads/1205-4582-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1205-4582-1-PB%20(4).pdf)
- Echeburúa, E. De Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis de modificación de conducta. Universidad país vasco*. 25(102), 586-614, recuperado: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-avances.pdf>
- Echeburúa, E. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*. 33(147).31-50. Recuperado de: [file:///C:/Users/User/Downloads/1205-4582-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1205-4582-1-PB%20(2).pdf)
- Gamo E. Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 29, (104), 455-469. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires, Argentina. Kairos.
- González J (1999). *Psicoterapia de grupos*. México, D.F. El manual moderno.
- Guzmán, M. y Contreras, M. (2012,). estilos de apego en relaciones de pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhé*, 21 (1), 69-82. recuperado: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v21n1/art05.pdf>.

- Lasagni,V. (2014). Viudez y Vejez en América Latina.KAIRÓS. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas E Saúde*. ISSN 2176-901X, 17 (1), 9-18.
- Lemos, M &Londoño. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. Universidad San Buenaventura. Medellin-Colombia.
- Lozano, J. Rubio, E & Pérez, M.(1999).eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7, (3),471-499.recuperado: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1999/art08.3.07.pdf>.
- Maldonado, J. (2004). *Psicoeducación en Salud*. Madrid España: www.psicopedagogía.com. Recuperado de: <http://www.psicopedagogia.com/psicoeducacion-en-salud>
- Orosa, F. (2003). *La Tercera edad y la familia*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Salas, V. Luciano. (2006) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 6(1), 1-20 Recuperado: <http://www.ijpsy.com/volumen6/num1/127/act-y-la-importancia-de-los-valores-personales-ES.pdf>
- _____. (2006) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica*,6, pp. 1-20. 1 Universidad de Almería y Universidad de Granada, España. Recuperado: <http://www.ijpsy.com/volumen6/num1/127/act-y-la-importancia-de-los-valores-personales-ES.pdf>.
- Palafox, M. (2001).*La educación emocional desde los modelos terapia Racional Emotiva Conductual y centrado en la persona*. Universidad veracruzana facultad de pedagogía. Ciudad de Veracruz. Recuperado: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29596/1/PalafoxMovis.pdf>.

- Partarrieu, Andrés (2011). Diálogo Socrático en Psicoterapia. Cognitiva. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado: <http://www.aacademica.com/000-052/236.pdf>.
- Perpiña, C. (2012). Manual de la entrevista psicológica. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://www.academia.edu/5051180/MANUAL-DE-LA-ENTREVISTA-PSICOLOGICA>.
- Piacente, T.(2009). Técnicas e instrumentos de exploración psicológica. universidad nacional de la plata facultad de psicología: recuperado de http://www.psico.unlp.edu.ar/catedras/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sistem/2-entrevista.pdf
- Quiles, J. Bernabé, M., Esclapés C, Martín,M. Quiles G & Quiles, Y (2008).Apoyo al Duelo. Recuperado de: http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf_sanitaria/duelo/LibroApoyoalDueloASV.pdf.
- Rosemary, A. (2005) *Técnicas de relajación*. Recuperado: <https://books.google.com.co/books>.
- Romero, G. (2006, 1 enero). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de depresión en la tercera edad. Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán. Vol 7, pp 65-57. recuperado:<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO-CONDUCTUALDE.pdf>
- Ruiz, L. Cangas, A. & Barbero,A.(2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.14, (3):445-458.

Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen14/num3/399/intervencion-breve-de-terapia-de-aceptaci-ES.pdf>.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso*.

Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile (2013). *Duelo y Viudez: una transición que requiere de atención*: <http://www.socgeriatria.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=85>

Tizón, J. (2013). *Pérdida, pena y duelo*. Barcelona España: Herder

Torrentsa, O., Mora, A., Massana, L., Roberta, A. & Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *trastornos adictivos*, 13(4), 135-143. recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90098407&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=46&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v13n04a90098407pdf001.pdf

Valencia A. Dávila, Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Varicha* .México (14)1-11. Recuperado: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_14_001-011.pdf

_____. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha*. 14.1-11 Recuperado de: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_14_001-011.pdf.

Van-der. C.J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=7ldQbFzhRBkC&pg=PA64&lpg=PA64&dq=libro+de+relajacion+de+jacobson&source=bl&ots=7ersXQ7LLw&sig=wdKqeYAYT7pJVIPjuN7HUcGR6aY&hl=es->

419&sa=X&ei=wemRVfz9HYLSsAWwm6LwDw&ved=0CFgQ6AEwCQ#v=onepage&q
=libro%20de%20relajacion%20de%20jacobson&f=false

Vergara, S. González, A. (2009, Julio-Diciembre). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*.11, (2).155-189.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212414010>.

Anexos

Anexo A.**Formato de Consentimiento Informado en Psicología Clínica.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Fecha: _____ Ciudad _____

Nombre: _____

Identificación: _____

Manifiesto que:

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara,

Comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos de la atención Psicológica, como también soy conocedor(a) de estar en la libertad de abandonar el tratamiento; así mismo fui informado de:

Procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo de la intervención Clínica, sujeto a los artículos referidos a las normas de confidencialidad establecidas en el Código Deontológico de los/as Psicólogos/as.

Por otra parte autorizo que la información obtenida podrá ser utilizada con fines académicos dentro de la práctica clínica. En el proceso de formación de la Psicóloga Especialista Yoldy Ballén, estudiante de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga

Por lo anterior autorizo a realizar la citada intervención profesional y posteriores sesiones de seguimiento.

Paciente

Firma _____ Cédula _____

Profesional

Firma _____ Cédula _____

Anexo B.
Formato de Historia Clínica.



HISTORIA CLÍNICA

H.C.

Fecha de Recepción	
Remitido por	
Fecha de remisión	

1. Datos demográficos

Nombre	
Documento de identidad	
Edad	
Fecha de nacimiento y lugar	
Acompañante (identificación)	
Dirección	
Teléfono	
Teléfono alternativo (trabajo)	
Ocupación	
Nivel Educativo	
Estado civil	
Orientación religiosa	

2. Información Familiar

<i>NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>EDAD</i>	<i>OCUPACION</i>

--

7. Plan de Intervención	

8. Seguimiento	
Fecha de sesión	Seguimiento terapéutico

Psicólogo tratante	
--------------------	--

Anexo C.

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

Nombre:

Fecha:

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

Anexo D.

Formato Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER.

Cuestionario de ACTIVIDAD FUNCIONAL de PFEFFER (FAQ) Pfeffer et al. (1982) Informador (relación con el paciente): Nombre: Fecha:					
Puntuar cada ítem del modo siguiente: 0 Normal; o nunca lo hizo pero podría hacerlo solo/a 1 Con dificultad pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad. 2 Necesita ayuda (pero lo hace) 3 Dependiente (no puede realizarlo)					
1	¿Maneja su propio dinero?	3	2	1	0
2	¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?	3	2	1	0
3	¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?	3	2	1	0
4	¿Puede hacerse solo/a la comida?	3	2	1	0
5	¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?	3	2	1	0
6	¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?	3	2	1	0
7	¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?	3	2	1	0
8	¿Es capaz de manejar su propia medicación?	3	2	1	0
9	¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?	3	2	1	0
10	¿Saluda apropiadamente a sus amistades?	3	2	1	0
11	¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?	3	2	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL

Anexo E.**Formato Termómetro del Estado del Ánimo.**

TERMÓMETRO DEL ESTADO DEL ÁNIMO

SEMANA# _____

NOMBRE _____

Muy mal	10	10	10	10	10	10	10
Bastante Mal	9	9	9	9	9	9	9
Mal	8	8	8	8	8	8	8
Regularmente mal	7	7	7	7	7	7	7
Medianamente mal	6	6	6	6	6	6	6
Regularmente	5	5	5	5	5	5	5
Mejor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Mejor	3	3	3	3	3	3	3
Bien	2	2	2	2	2	2	2
Muy bien	1	1	1	1	1	1	1

Anexo F.

Escala de Depresión Beck.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Anexo G.

Cuestionario de dependencia emocional en población colombiana.

Lemos m. & londoño, n. H. (2006)

Instrucciones:

Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

1. Completamente falso de mí
2. La mayor parte falso de mí
3. Ligeramente más verdadero que falso
4. Moderadamente verdadero de mí
5. La mayor parte verdadero de mí
6. Me describe perfectamente

1. Me siento desamparado cuando estoy solo	1 2 3 4 5 6
2. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja	1 2 3 4 5 6
3. Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla	1 2 3 4 5 6
4. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja	1 2 3 4 5 6
5. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja	1 2 3 4 5 6
6. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo	1 2 3 4 5 6
7. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado	1 2 3 4 5 6
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme	1 2 3 4 5 6
9. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje	1 2 3 4 5 6
10. Soy alguien necesitado y débil	1 2 3 4 5 6
11. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo	1 2 3 4 5 6
12. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás	1 2 3 4 5 6
13. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío	1 2 3 4 5 6
14. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto	1 2 3 4 5 6
15. Siento temor a que mi pareja me abandone	1 2 3 4 5 6
16. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella	1 2 3 4 5 6

17. Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo	1 2 3 4 5 6
18. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo	1 2 3 4 5 6
19. No tolero la soledad	1 2 3 4 5 6
20. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro	1 2 3 4 5 6
21. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella	1 2 3 4 5 6
22. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja	1 2 3 4 5 6
23. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja	1 2 3 4 5 6