

**EVALUACION E INTERVENCION EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DUELO
NO COMPLICADO**

SERGIO ANDRES MENESES SUAREZ

ASESORA:

MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

2018

Tabla de Contenidos

<u>Resumen</u>	4
<u>Introduccion</u>	6
<u>Metodo</u>	13
<u>Población</u>	13
<u>Muestra</u>	13
<u>Instrumentos</u>	14
<u>Procedimiento</u>	15
<u>Resultados</u>	16
<u>Población</u>	25
<u>Muestra</u>	25
<u>Discusión</u>	26
<u>Conclusiones</u>	30
<u>Recomendaciones</u>	30
<u>Referencias</u>	31
<u>Anexos</u>	35
<u>Anexo 1. Consentimiento informado</u>	35
<u>Anexo 2. Historia clínica</u>	37
<u>Anexo 3. Prueba IDER</u>	45
<u>Anexo 4. Ficha prueba IDER</u>	47
<u>Anexo 5. Formulación de caso</u>	48
<u>Anexo 6. Evaluación Multimodal</u>	63

Lista de tablas

<u>Tabla 1. Proceso de intervención.....</u>	19
<u>Tabla 2 Resultados cuantitativos aplicación uno IDER caso MTP.....</u>	22
<u>Tabla 3 Integración de resultados aplicación uno IDER caso MTP.....</u>	23
<u>Tabla 4 Resultados cuantitativos aplicación dos IDER caso MTP.....</u>	23
<u>Tabla 5 Integración de resultados aplicación dos IDER caso MTP.....</u>	24

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACION E INTERVENCION EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DUELO NO COMPLICADO

AUTOR(ES): Psic. SERGIO ANDRES MENESES SUAREZ

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Mg. MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

RESUMEN

El presente trabajo muestra el proceso de evaluación e intervención realizado durante la práctica de la especialización en psicología clínica, realizado en consultorio, cuyo objetivo principal, es la realización de procesos de intervención individual dividido principalmente en dos momentos: la evaluación y la intervención, basado en el modelo cognitivo conductual. Durante la práctica se atendieron 11 pacientes, de los cuales el 45% (n=5) fueron mujeres y el 54% (n=6) hombres, la edad de las personas atendidas oscila entre los 3 y los 72, el 45% de los pacientes llegaban por sus medios al Instituto de Familia y Vida, el 27 % de los pacientes procedían remitidos de alguna comunidad religiosa, el 18 % de los pacientes procedían remitidos de Fiscalía, el 10 % de los pacientes procedían remitidos de instituciones educativas. Siendo Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario el motivo de consulta más frecuente 63% (n=7). El proceso de atención realizado está organizado de la siguiente manera: apertura de la historia clínica, evaluación inicial, formulación de caso y diseño de intervención e intervención clínica. De los casos atendidos se eligió un paciente con Duelo no Complicado, cuyos criterios de inclusión son, cumplimiento y adherencia al proceso terapéutico, número de sesiones realizadas y que al momento de iniciar el proceso de psicoterapia y durante este, se encontraba sin tratamiento farmacológico y solo llevó a cabo proceso psicoterapéutico. En los resultados obtenidos se evidencia una disminución en la severidad de los síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, y una reducción significativa de las creencias irracionales que mantienen el trastorno; además de mejoría en el puntaje de evaluación de la actividad global y en los auto registros diligenciados por el paciente en cuanto a niveles de malestar y retraimiento social.

PALABRAS CLAVE:

Terapia cognitivo conductual, duelo no complicado, intervención

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: EVALUATION AND INTERVENTION IN AN ADULT PATIENT WITH NO COMPLICATED DUEL

AUTHOR(S): Psic. SERGIO ANDRES MENESES SUAREZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Mg. MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

ABSTRACT

This work shows the evaluation and intervention process carried out during the practice of the specialization in clinical psychology, performed in the clinic, whose main objective is the realization of individual intervention processes divided mainly in two moments: the evaluation and the intervention, based on in the cognitive behavioral model. During the practice 11 patients were attended, of which 45% (n = 5) were women and 54% (n = 6) men, the age of the people served ranges from 3 to 72, 45% the patients came by their means to the Family and Life Institute, 27% of the patients were referred from a religious community, 18% of the patients were referred by the Prosecutor's Office, 10% of the patients were referred from educational institutions. Other problems related to the primary support group being the most frequent reason for consultation 63% (n = 7). The care process carried out is organized as follows: opening of the clinical history, initial evaluation, case formulation and intervention design and clinical intervention. Of the cases treated, a patient with Non Complicated Grief was chosen, whose inclusion criteria are compliance and adherence to the therapeutic process, number of sessions performed and that at the time of initiating the psychotherapy process and during this, he was without pharmacological treatment and he only carried out a psychotherapeutic process. The results obtained show a decrease in the severity of the symptoms characteristic of an episode of major depression, and a significant reduction in the irrational beliefs that maintain the disorder; as well as an improvement in the evaluation score of the global activity and in the self-records completed by the patient in terms of levels of discomfort and social withdrawal.

KEYWORDS:

Cognitive behavioral therapy, uncomplicated grief, intervention

Introducción

Los Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario son descritos en el DSM-V dentro del apartado de otros problemas que pueden ser objetos de la atención clínica Y lo identifica Como otras afecciones y problemas, merecedores de atención clínica o que pueden afectar de alguna otra forma al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente. Estas afecciones se presentan con sus correspondientes códigos CIE-9-CM (habitualmente códigos V) y CIE-10-CM (habitualmente códigos Z). Se puede codificar una afección clínica o problema en este capítulo si es el motivo de la visita que se está realizando o ayuda a explicar la necesidad de una prueba, un procedimiento o un tratamiento. Las afecciones y problemas de este capítulo se pueden incluir en el historial médico si aportan información útil en circunstancias que pueda afectar al cuidado del paciente, independientemente de la relevancia con respecto a la visita en curso. Las afecciones clínicas y problemas que se citan en este capítulo no son trastornos mentales. Se incluyen en el DSM-V para llamar la atención sobre la diversidad de problemas adicionales que se pueden encontrar en la práctica clínica rutinaria y para ofrecer un listado sistemático que sirva a los clínicos para documentarlas.

Se inicia evocando este fragmento DEL DSM-V debido a su contenido auto-critico de lo que es el modo de proceder, de lo que se presenta en algunas culturas del mundo y lo que se seguirá presentando durante esta primera veintena del siglo en curso, toda vez que se están generando nuevos retos en la forma de ver las patologías mentales y derivado de ello, se ha establecido una nueva exigencia a la atención que se debe dar para estos nuevos problemas que afectan la salud mental y más allá la salud pública. Cabe destacar, que este escrito del DSM-V presenta la hipótesis de que muchas de las patologías mentales tienden a presentar variaciones según los componentes y circunstancias sociales en donde se generen lo cual dificulta su atención, sin embargo, también se deben establecer las herramientas necesarias para su estudio, diagnóstico y atención. Dando luces de lo que hoy en día se encuentra en los centros de atención IPS y entidades de atención primaria en general y hacia dónde va dirigido este informe de monografía. Debido a que estos problemas antes mencionados se conciben como las afecciones que han venido tomando mayor fuerza como motivo de consulta y que ya en el 2013 el DSM-V propone como Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.

Según informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (2015) para los colombianos de 12 años y más, los sucesos provocadores de sufrimiento emocional en el mismo lapso temporal, han estado ligados con la enfermedad o muerte de alguien muy cercano, una modificación vital significativa, un problema familiar grave, dificultades económicas serias, y un inconveniente de salud o un accidente, Así mismo los adultos mayores de 45 años que tienen 5 o más síntomas de ansiedad son el 9,6 % , por otra parte el 8,9 % puntúan con 7 o más síntomas de depresión; el 1,2 % poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 6,7 % síntomas sugestivos de posible psicosis.

Al observar detalladamente esta información se puede establecer que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los examinados en población adulta es de 9,1 %, para los últimos 12 meses es de 4,0 % para los últimos 30 días de 1,6 % . Lo que establece el siguiente campo de atención y sobre el cual se desarrolló este estudio de monografía toda vez que en Colombia para los últimos 12 meses 1 de cada 25 personas mayores de 18 años ha tenido un trastorno mental de los medidos (trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social). (OMS, 2015)

Adicional a esto desde hace un cuarto de siglo se reconoce una asociación entre el comportamiento suicida, la melancolía y otros trastornos mentales severos; en efecto se acepta que alrededor de 90% de los suicidios están relacionados con un diagnóstico psiquiátrico o abuso de sustancias o con la presencia de ambos, donde cerca de 60% está asociado con un trastorno afectivo. (OMS. (2001). Posterior a esto la misma entidad en el 2015 determina, que de los trastornos mentales estudiados en adultos los más prevalentes son los afectivos, cuya prevalencia de vida es del 6,7 % y en los últimos 12 meses es de 2,4 %.

Entonces con relación a estas cifras mencionadas se habla de la atención en la psicología clínica, definida en términos generales, como un campo de especialización de la psicología, la cual se basa en la aplicación de leyes y principios científicos desarrollados sobre el comportamiento humano en función de la evaluación, diagnóstico, explicación, tratamiento y prevención de los denominados trastorno mentales los cuales define El DSM V como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el

comportamiento del individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen a la función mental” (p.4); definición que es bastante completa y que en lo que va del presente siglo se ha transformado y derivado de ello redefinido la labor del psicólogo clínico como ente que promueve y apoya procesos terapéuticos que permiten el mantenimiento de la salud y el bienestar por medio de la prevención, promoción y educación en salud como elemento que debe aportar a disminuir y atender estos motivos de consulta en primer lugar.

Otro elemento que se requiere definir y que está directamente asociado al concepto de atención en salud es la diferenciación entre salud física y salud mental en el cual se ha requerido ahondar esfuerzos en el reconocimiento desde la interdependencia de los factores psicológicos, físico/biológicos y contextuales en la constitución del concepto de salud en general; entonces la psicología propone a través de métodos científicos directrices o modelos de explicación para el comportamiento humano y los factores que lo influyen y determinan como por ejemplo la cognición (Carbonero y Fernández, 1995).

Determinando estos dos elementos como marco podemos ver Entonces, como el rol del psicólogo clínico, parte de un papel predominantemente científico-explicativo, desde donde se dieron origen a algunas leyes o teorías del cómo funciona el comportamiento humano; para que posteriormente asuma un papel orientado a ser de carácter asistencial en la atención de los afectados en las guerras mundiales y finalmente adquirir la identidad del psicoterapeuta; realizando entonces estudios de la psicopatología sin dejar de lado los problemas de salud que hoy en día le dan identidad a lo que se conoce como psicología clínica.

Existen diversas definiciones en cuanto a la psicología clínica, por una parte, López (2013, citado en Moreno, 2014) afirma que “es una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia, que proporciona modelos conceptuales explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento, así como las estrategias complementarias o alternativas para la prevención, la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de esos trastornos” (p. 44). O también, la definición de Trull y Phares 2003, citado en Moreno 2014, quienes conciben a la Psicología Clínica como el “campo de la Psicología que intenta aplicar los principios psicológicos con un apoyo empírico a

los problemas de adaptación y conducta anormal, que reduce la desadaptación o disfunción de los clientes” (p.7); más allá de las diferencias conceptuales prevalece el objetivo de lograr una mayor funcionalidad para el consultante.

La cual, para efectos del ámbito local, La ley 1090 del 2006 para Colombia establece en el título 1, artículo 1 que la psicología clínica se entiende como:

“Una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida”. (p.1). Para el caso particular de este trabajo, se centrará la atención en función de la evaluación, diagnóstico, explicación, tratamiento y prevención de los denominados trastornos mentales.

El establecer estos conceptos permite determinar que la herramienta de la psicoterapia para efectos de la intervención del caso descrito en la monografía, se concibe como medio para generar el bienestar de la salud mental de quien consulta o se acerca a consulta y así mismo debe estar mediada a partir de leyes y teoría desde donde se propone entonces que Existen dos momentos: a) La evaluación, entendida como la determinación de las dimensiones y de la naturaleza de un trastorno mental o problema; utilizando para ello la observación del comportamiento, registros y la medición por aplicación de test, como manera de recopilar información importante acerca de la situación o síntomas, dándole paso así a el establecimiento de objetivos/metas de trabajo y medidas de avance durante todo el proceso. Esto implica que el proceso de evaluación es transversal a toda la interacción terapéutica, ya que marca el panorama de las modificaciones a realizar y la parte b) la intervención, que es la razón de ser del encuentro terapéutico, por medio del cual se utilizan técnicas y herramientas de determinadas corrientes o enfoques para darle solución a la problemática de quien asiste a consulta; es un intercambio en el cual a partir del conocimiento de la situación y del análisis de la misma se desarrollan estrategias para la modificación de dichas situaciones no solo frente a lo que las desencadena, sino además hacia lo que las mantiene; siendo encaminadas a que el cliente las aprenda y las incorpore a su actuar, para de esta manera también lograr prevenir la aparición de futuras situaciones similares Alvarez (2016)

Se evalúa a partir de lo propuesto en el texto de Díaz Martínez y Nuñez Perez (2010) donde se mencionan como pasos importantes de esta primera parte del proceso, el establecimiento de preguntas, generación de objetivos y obtención de datos relevantes, utilizando para esto diversos métodos como: entrevistas, pruebas y observaciones directas. Herramientas diagnósticas que ayudaran a construir un mejor plan de intervención que dé respuesta a nuestro motivo de consulta y ayude al consultante para que pueda encontrar la solución a su conducta problema.

Es así como la segunda fase la de intervención, esta comprendida como aquel momento en el cual se generan procesos de aprendizaje por parte del cliente, y la aplicación de técnicas por parte del terapeuta con el fin de lograr modificación en el comportamiento, pensamiento o emoción en una persona, y de esta forma dar herramientas que permitan generar, solucionar un problema o mejorar la capacidad del individuo para enfrentar situaciones, sentimientos o pensamientos (Moreno, 2014).

Llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, requiere que el psicólogo clínico tenga definido un marco conceptual fuente de teorías, técnicas y directrices para su accionar en terapia. En el caso particular de la intervención en este trabajo descrita, se toma como punto de partida la psicología cognitiva/conductual, no solo por el respaldo científico con el que cuenta para el tratamiento de Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario. sino por la capacidad de brindar herramientas que puedan ser llevadas más allá del consultorio por el mismo paciente, generando en él, la capacidad para manejar o solucionar la situación actual, desarrollando además estrategias a largo plazo que garanticen la prevención de recaídas a futuro.

La terapia cognitivo conductual parte como afirma Skinner (1948, Citado en Diaz y Nuñez, 2010), de la observación y la experimentación de relaciones funcionales aprendidas, que brindan una imagen de desarrollo, mantenimiento y alteración del comportamiento humano (Citado en Díaz & Nuñez, 2010). Se pueden identificar en la psicoterapia cognitivo-conductual algunas características importantes como son: a) la responsabilidad del paciente en la definición, evaluación e intervención sobre el problema, b) la importancia del análisis funcional, como explicación en términos operativos y de aprendizaje del origen, desarrollo y mantenimiento del problema y c) el establecimiento de objetivos terapéuticos consensuados y objetivos que pueden

ser cambiantes a lo largo del tratamiento, en función de una comprensión más detallada de lo que está ocurriendo. Todo esto para desarrollar un tratamiento a partir de un programa relativamente estructurado y flexible que permita modificar conductas y pensamientos que son relevantes para el mantenimiento del problema (Carbonero y Fernández, 1995).

Se tendrá entonces, una terapia inicialmente directiva, que siempre involucra de forma repetida al cliente y se adapta a sus capacidades y limitaciones, tomando como punto de partida la percepción, experiencia y comprensión que tenga el paciente de su problema. La eficacia de la intervención depende entonces, del conocimiento claro y objetivo de la conducta problema para la construcción de un análisis funcional que evidencia las consecuencias y desencadenantes que rigen dicha conducta problemática. Lo que le ha permitido al modelo desarrollar estrategias efectivas para el manejo de fobias, obsesiones, trastornos alimenticios, de ansiedad o depresión (Castro y De Greif, 2002).

Para el caso objeto de la monografía el DSM-V lo define más específicamente bajo el código V62.82 (Z63.4) **Duelo no complicado** Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como “normal”, si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados tales como insomnio o anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. En los criterios de un episodio depresivo mayor se ofrece más información para distinguirlo del duelo y hablar sobre las características de la patología.

Adicional a esto y considerando algunos estudios que permiten establecer la existencia de un componente a nivel neurobiológico visto desde una hiperactivación de los circuitos amigdalinos ante estímulos emocionales (Davidson, Pizzagalli, Nitschke y Putnam, 2002), los cuales están ligados a procesos de atención selectiva hacia estímulos amenazantes, y una actividad reducida de las regiones prefrontales (córtex prefrontal dorso lateral, ventromedial, y córtex

cingulado anterior) que están implicadas en la regulación de la respuesta emocional (Duque, A 2015) lo que indica un componente biológico fuerte ligado a la manifestación de la patología y por lo tanto susceptible de ser modificada desde la psicoterapia conductual y mantenida por las modificaciones cognitivas en el consultante. Toda vez que desde la terapia cognitiva conductual ve la patología desde la terapia centrada en soluciones como el trastorno que obedece a un círculo vicioso que se genera entre la resolución de problemas y nuestro estado de ánimo así cuando no resolvemos un problema afecta nuestro estado de ánimo y si estamos con el ánimo decaído nuestra capacidad de resolver problemas de la vida cotidiana disminuye llevando a al individuo hacia un espiral que como lo mencionaba al inicio de este escrito puede estar asociado a la muerte o a la conducta auto lítica del consultante y que hoy en día se presenta con mayor frecuencia en la población abordada (Vázquez, 2015).

Por tanto se hace valido plantear el abordaje del duelo no complicado desde las técnicas del modelo cognitivo conductual y realizar la aplicación desde las terapias de primera y segunda generación tales como exposiciones controladas, técnicas de modelamiento, técnica de auto instrucciones detección del pensamiento contra condicionamientos y técnicas de descentramiento lo cual permitirá establecer un plan de trabajo con el consultante que le permita mejorar su repertorio conductual y su calidad de vida.

Método

Población

La práctica de especialización en psicología clínica, se realizó en la IPS – UPB en la cual se ofrece la atención psicoterapéutica. Durante el proceso de prácticas se atendieron un total de 11 pacientes, realizando principalmente terapia individual.

De la población atendida, el 45% (n=5) fueron mujeres y el 54% (n=6) hombres, la edad de las personas atendidas oscila entre los 3 y los 72, con una edad promedio de 44.5 años, De la población atendida, el 36.4% (n=4) son solteros, el 54.5 % (n= 6) son casados y el 9.1% (n= 1) es viudo. En cuanto a los estudios realizados, el 9.1% (n=1) no se encuentra estudiando, el 18.2 (n=2) ha cursado primaria, aproximadamente el 9.1% (n= 1) se encuentra estudiando bachillerato o ya ha terminado estos estudios, el 36.4% (n= 4) ha finalizado o se encuentra estudiando una carrera profesional o técnica y el 18.2% (n=2) ha finalizado una especialización o maestría.

El 45% de los pacientes llegaban por voluntad propia a la IPS - UPB y vida, el 27 % de los pacientes procedían remitidos de alguna comunidad religiosa, el 18 % de los pacientes procedían remitidos de Fiscalía, el 10 % de los pacientes procedían remitidos de la institución educativa, Siendo Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario el motivo de consulta más frecuente 63% (n=7).

La población cumplió los criterios de diligenciamiento de consentimiento informado, brindado por la institución y el diligenciamiento de la historia clínica.

Muestra

De la totalidad de pacientes atendidos en terapia individual, se selecciona uno de ellos para la formulación de un estudio de caso, para tal selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección: cumplimiento y adherencia al proceso terapéutico, número de sesiones realizadas y finalmente que al momento de iniciar el proceso de psicoterapia y durante este, se encontraban sin tratamiento farmacológico y solo se llevó a cabo proceso psicoterapéutico.

El caso hace referencia a un paciente de 74 años, viudo con nueve hijos de los cuales fallecen dos durante la primera infancia de estos, sin diagnóstico; el paciente decide, debido a la

presencia de signos y síntomas iniciar proceso de psicoterapia. Síntomas presentes dos meses atrás de la consulta inicial desde el fallecimiento de su esposa, única pareja y con quien compartió cerca de cincuenta años. Dentro de los signos y síntomas se caracterizan por pensamientos recurrentes sobre la idea o culpa de la muerte de su esposa, insomnio y dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito y pérdida de peso, sentimientos de tristeza, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones

Instrumentos

Para el desarrollo del proceso de evaluación e intervención del caso se establecieron los siguientes instrumentos

Consentimiento informado:

Documento en el que se le informa al paciente las condiciones de la atención psicológica y los aspectos éticos de la utilización de la información obtenida en consulta (Anexo 1).

Historia clínica:

Documento en el que queda registrada la información obtenida durante el proceso psicoterapéutico, incluyendo los datos sociodemográficos, información desde la recepción del caso y evolución a lo largo de las sesiones. (Anexo 2).

Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) elaborado por Spielberger y validado para Colombia por Buela-Casal y Agudelo (2008). (Anexo 3)

El Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) (Spielberger, Buela-Casal, & Agudelo, 2008). La prueba tiene como objetivo identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión. Consta de veinte ítems distribuidos en dos escalas: Rasgo y Estado, cada una con diez ítems, cinco para medir distimia y cinco para medir eutimia. Por distimia estado se entiende el grado en el que está presente en el momento de la evaluación la afectividad negativa. Eutimia estado se refiere al grado en el que está presente al momento de la evaluación la afectividad positiva (Spielberger, Buela-Casal & Agudelo, 2008).

Por su parte, distimia rasgo hace alusión a la frecuencia de la presencia de la afectividad negativa y eutimia rasgo se refiere a la frecuencia de la presencia de la afectividad positiva (Spielberger, Buela-Casal & Agudelo, 2008). Así, las opciones de respuesta para la escala de Estado miden intensidad, mientras que para la escala Rasgo, miden frecuencia. La puntuación total de cada escala se obtiene sumando los resultados de las dos sub-escalas (distimia y eutimia) y oscila entre 10 y 40. Spielberger, Buela-Casal y Agudelo (2008) reportan niveles adecuados de confiabilidad y validez en una muestra española. Para Colombia se han reportado niveles adecuados de confiabilidad y validez en muestra de adolescentes (alfa entre .60 y .91 para la escala estado y entre .64 y .83 para la escala rasgo) y universitarios (alfa entre .73 y .81 para la escala estado y .79 y .82 para la escala rasgo) (Agudelo, 2009).

PROCEDIMIENTO

Los pasos llevados a cabo para cada proceso de atención realizado se describen a continuación:

Apertura de la historia clínica

Se recibe el caso, se verifica motivo de remisión, se firma y explica el consentimiento informado, se procede por medio de entrevista a la obtención de datos acerca de la problemática y del contexto del paciente para el diligenciamiento de la historia clínica inicial.

Evaluación inicial

Se lleva a cabo en aproximadamente 2 sesiones, en las cuales se obtiene información que permita generar una formulación del caso, lo más completa posible, además de la selección y aplicación de pruebas según las características del caso que servirán como estándar de medida de la evolución del paciente a lo largo del proceso de intervención. Se complementa con auto registros de observación de la conducta por parte del paciente y la entrevista clínica.

Formulación del caso y diseño de la intervención:

Se consolida la información recopilada, calificando pruebas y analizando los datos recogidos, con el fin de organizarla y construir una formulación del caso que permita una comprensión más detallada de los aspectos y problemas relacionados con el motivo de consulta, así como de antecedentes, determinantes y factores de mantenimiento de esta, que van a orientar el proceso de intervención. Finalmente, luego de este proceso, en función de los objetivos y de los problemas identificados se procede a establecer un plan de acción o intervención estructurado.

Intervención clínica

Se lleva a cabo el plan de intervención establecido de una manera flexible dada la asistencia del paciente, el cumplimiento de actividades y el ritmo de las sesiones, realizando en promedio cada 3 sesiones una evaluación de control para observar cumplimiento de objetivos y explorar dificultades en el proceso.

Muestra

Presentación del caso

MTP consultante masculino de 74 años, es de aspecto agradable, viste acorde al contexto orientado en persona tiempo y espacio, no presenta signos de maltrato alguno, presenta signos de bajo estado de ánimo e introversión, manifiesta dificultad para conciliar el sueño, para dormir de forma continua y disfrutar de las situaciones cotidianas, no presenta alteraciones cognitivas, con evocación adecuada de la memoria a corto mediano y largo plazo, con estados de atención en actividad estructurada y no estructurada superior a 20 minutos, realiza la lectura de las emociones en el otro pero con dificultad logra adaptar su conducta frente a los estímulos que percibe, realiza una lectura adecuada del contexto y elabora una respuesta acorde a los estímulos del medio.

Describe recuerdos recurrentes con respecto a la persona y el último momento en que vio consciente a su esposa, presenta dificultad con el desplazamiento al cementerio el cual se evidencia a través del llanto continuo, describiendo que cada vez que observa objetos de ella se desata el episodio de llanto.

Accede al párroco de la iglesia en busca de ayuda y argumenta que su sentimiento de culpa es porque “él fue quien llevo a su esposa a que la mataran” concepto que el consultante

atribuye al haber llevado a su pareja a que fuera atendida en la clínica por una complicación de salud y que como resultado de esta atención se dio el fallecimiento de la señora, cuenta con vivienda propia estrato 2 con primaria aprobada y de ocupación se dedicó a los oficios varios en un centro recreativo, pero en la actualidad esta pensionado, con afiliación a sistema de salud, una red de apoyo familiar primaria, comunidad religiosa a la que asiste, y comunidad de pensionados del sitio de trabajo.

Acude porque a partir del fallecimiento de su esposa cerca de 2 meses atrás del día que acude a primera consulta viene presentando la sintomatología descrita. Se presenta con su acudiente quien en este caso es uno de sus hijos de 41 años, soltero y quien comparte el cuarto con MTP, afirma que se siente culpable por la muerte de su esposa ya que él fue quien la interno en la clínica y posterior a esto se dio el fallecimiento de la señora.

Proviene de núcleo familiar conformado por padres fallecidos al igual que presenta dos hermanos menores, su hogar está conformado por su esposa (fallecida) y nueve hijos de los cuales fallecieron dos productos de enfermedades gastrointestinales otro de sus hijos presenta trastorno de epilepsia y actualmente en su casa habitan con cuatro hijos toda vez que tres de ellos ya conformaron otros grupos familiares, pero mantienen contacto con MTP los fines de semana. Respecto al nivel educativo que alcanzaron sus hijos encontramos que 5 de ellos alcanzaron solo la primaria uno es bachiller y uno estudió una carrera universitaria

Dentro del estado de salud de MTP le han realizado dos intervenciones quirúrgicas en la próstata, dos por hernias inguinales, controles por hipertensión y cuenta con antecedentes de afecciones cardiacas por parte de su progenitora, solo presenta consumo social de alcohol. Dentro del área social durante su matrimonio muy pocas veces frecuentó grupos sociales y actividades porque a su esposa no le gustaban solo tuvo una sola pareja durante lo que va de su vida y fue con quien se casó.

Durante las fases iniciales de evaluación se identifican las siguientes problemáticas principales: a) ideas recurrentes de culpa con respecto a la muerte de su esposa. b) aislamiento

social. C) llanto frecuente. d) incapacidad para referirse al tema de la muerte de su esposa. e) distorsiones cognitivas sobre la muerte y el alma. f) disminución de las actividades cotidianas

Todo el proceso de intervención se llevó a cabo en un total de 7 sesiones, donde se realizó la aplicación de la prueba IDER en la segunda sesión y aproximadamente (e iniciando de la sesión 5), sesión se realiza un proceso de evaluación y control para verificar el cumplimiento de objetivos al igual que las sesiones 6 y 7 fueron distanciadas para favorecer el seguimiento al caso. Todo el proceso desde la formulación del caso, evaluación y tratamiento, se realizó según las directrices del enfoque cognitivo conductual, centrado en la identificación y modificación tanto de comportamientos como de pensamientos y contingencias ambientales que dan origen al problema o lo mantienen. En función de estos los objetivos terapéuticos estaban orientados a:

- Evaluación de posible diagnóstico depresivo
- Activación de las redes de apoyo
- Reconceptualización de las distorsiones cognitivas referentes a la muerte de su esposa y aspectos religiosos
- Disminuir la aparición de las ideas recurrentes de culpa con respecto a la muerte de su esposa
- Aumento de la participación de las actividades de la vida cotidiana
- Aumentar la capacidad en conversación de referirse a temas relacionados con su esposa
- Aumentar la capacidad para concentrarse y tomar decisiones.

Impresión diagnóstica

Consultante masculino de 74 años a quien se le fue sugerido asistir a la IPS- UPB por el padre de la comunidad religiosa donde se encuentra asistiendo a causa del fallecimiento de su esposa dos meses atrás y quien presenta evolución de dos meses, con sintomatología de pensamientos recurrentes sobre la idea o culpa de la muerte de su esposa, insomnio y dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito y pérdida de peso, sentimientos de tristeza, disminución

importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.

Respecto a la evaluación multimodal, en el eje I de trastornos clínicos, se ubica el diagnóstico de remisión: duelo no complicado código V62.82 (Z63.4) eje II: no aplica; eje III problemas de hipertensión; eje IV Problemas relativos al ambiente social, por tanto, la evaluación de la actividad global es de 75, lo que hace referencia a unos síntomas moderados, con dificultades moderadas en la actividad social (Anexo 5).

Proceso de intervención

El proceso se llevó a cabo partiendo de los objetivos de intervención previamente mencionados en el numeral anterior, estableciendo técnicas específicas para cada objetivo de intervención.

Se llevaron a cabo un total de 7 sesiones con una duración de 60 minutos por sesión, a pesar de que inicialmente la intervención fue estructurada para un total de 8 – 10 sesiones con seguimiento como lo establece la terapia basada en soluciones, pero por motivos de la evolución del paciente se desarrolló hasta la sesión 7. Las sesiones estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 1.
Proceso de intervención

Número de sesión	Actividad
1	<ul style="list-style-type: none">• Recepción de caso y diligenciamiento de historia clínica.
2	<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de la prueba IDER• Diligenciamiento de historia clínica• Se trabaja sobre la idea de activar la red de apoyo del consultante con actividades y creación de un cronograma para que pueda participar y programar lo que se necesita.• Mediante la técnica de auto instrucciones se propone realizar una foto de la esposa con un mensaje de gratitud la cual utilizaría en los momentos en que este triste.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se propone escoger de una actividad de las que rutinariamente realiza como fortalecimiento espiritual (lectura de la biblia) acompañado de su hijo y acudiente dos veces a la semana buscando resificar los pensamientos melancólicos por los pensamientos de agradecimiento.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de los resultados de la prueba IDARE • Diligenciamiento de historia clínica • Se realiza exposiciones controladas en las cuales se induce el consultante a tratar el tema de la muerte de su esposa durante 5 minutos.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza entrenamiento en la atribución de pensamientos de gratitud a cinco objetos representativos de la esposa para que el consultante los instale en su casa en cinco puntos donde recuerde a su esposa con frecuencia • Se realiza exposiciones controladas en las cuales se induce el consultante a tratar el tema de la muerte de su esposa durante 10 minutos. • Se realiza descentramiento y re significación sobre la idea recurrente de culpa con respecto a la muerte de su esposa.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la prueba IDER • Se realiza exposiciones controladas en las cuales se induce el consultante a tratar el tema de la muerte de su esposa durante 15 minutos. • Se trabaja sobre la idea de gratitud para recordar y no de perdida con respecto a las visitas al cementerio y rituales propios de sus prácticas espirituales. • Se propone realizar auto registros sobre el estado de ánimo diarios
6	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión control a 20 días • Se realiza devolución de los resultados de la prueba IDARE • Se realiza exposiciones controladas en las cuales se induce el consultante a tratar el tema de la muerte de su esposa durante 20 minutos. • se revisan los auto registros del estado de animo • se propone recopilar un registro de los cambios en el consultante observados desde los familiares • se propone la identificación y apropiación de su proceso a partir de las imágenes con las tareas.

7

- Sesión control a un mes
 - Se realiza revisión de auto registro
 - Se realiza la construcción final del relato de la muerte de la señora con los significados de los diversos rituales espirituales.
 - Se realiza revisión y asignación del significado de la información obtenida de los familiares y las fotos con las tareas.
-

Resultados de los instrumentos estandarizados y seguimiento clínico

INVENTARIO DE DEPRESION ESTADO RASGO- IDER

Primera aplicación (segunda sesión)

Objetivo de la prueba

Evaluar el componente afectivo de la depresión mediante dos escalas estado rasgo y las cuatro subescalas distimia-estado, eutimia-estado, distimia- rasgo, distimia- rasgo toda vez que se requiere establecer la posibilidad de un trastorno depresivo.

Conducta ante la exploración

El consultante se mantiene en estado de alerta continua permanece estable pero con estado de ánimo decaído y retraído, sin embargo mantiene postura adecuada sin mostrar índices de tensión corporal mientras desarrolla el test, orientado en persona tiempo y espacio, sin presentar conductas estereotipadas, requiere que le refuerce o aclare en más de un ítem toda vez que el lenguaje de la prueba es poco usado por él y en ocasiones pierde los estados de atención la cual se encuentra de forma intermitente alrededor de 7 minutos en actividad estructurada, responde el test en un tiempo de 15 minutos

Técnicas y procedimientos

Tabla 2

Resultados cuantitativos aplicación uno IDER caso MTP

<i>ITEM</i>	PD	PD	PD	PC	PC	PC
	EUTIMIA	DISTIMIA	TOTAL	EUTIMIA	DISTIMIA	TOTAL
<i>ESTADO</i>	12	10	22	24	4	85
<i>RASGO</i>	12	10	22	0	9	80

Tabla 3

Integración de resultados aplicación uno IDER caso MTP

<i>ITEM</i>	PC	PC	PC	Interpretación cualitativa
	EUTIMIA	DISTIMIA	TOTAL	
<i>ESTADO</i>	24	4	85	<i>El consultante presenta índices significativos para un posible trastorno depresivo toda vez que sobrepasa la media estándar y se encuentra dentro de los parámetros de para una posible patología al pasar el percentil 70</i>
<i>RASGO</i>	0	9	80	

Conclusiones y recomendaciones

El consultante presenta indicadores clínicamente significativos al sobrepasar el percentil 70 sin embargo tras cruzar los indicadores y resultados de la prueba con la historia clínica tomada del consultante Se descarta la presencia de trastorno depresivo aunque los signos y síntomas son significativos toda vez que según el DSM V Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor por lo tanto prima el diagnóstico de duelo no complicado.

Segunda aplicación (sesión cinco)

Objetivo de la prueba

Evaluar el componente afectivo de la depresión mediante dos escalas estado rasgo y las cuatro subescalas distimia-estado, eutimia-estado, distimia- rasgo, distimia- rasgo toda vez que se requiere establecer el comportamiento de los componentes afectivos propios de la depresión ante la intervención terapéutica bajo la comprobación de la confiabilidad test re test.

Conducta ante la exploración

El consultante se mantiene en estado de alerta continua permanece tranquilo, adoptando postura adecuada sin mostrar índices de tensión corporal mientras desarrolla el test, orientado en persona tiempo y espacio, sin presentar conductas estereotipadas, requiere que le refuerce o aclare pocas veces en algunos de los ítems toda vez que el lenguaje de la prueba es poco usado por él, su niveles de atención se encuentran superiores a 10 minutos en actividad estructurada responde el test en un tiempo de 10 minutos

Técnicas y procedimientos

Inventario de depresión estado rasgo prueba de tipo cuantitativo que corresponde a estímulo del consultante cuenta con 20 ítems o reactivos para la evaluación del componente afectivo la aplicación se realiza de forma individual con el empleo de una hoja de respuestas original, lápiz negro y borrador se realiza una indicación previa para el diligenciamiento de la prueba se toma el tiempo de inicio y solo se interviene si el consultante lo indica dando una máximo dos instrucciones de apoyo para la comprensión del ítem.

Tabla 4

Resultados cuantitativos aplicación dos IDER caso MTP

<i>ITEM</i>	PD	PD	PD	PC	PC	PC
	EUTIMIA	DISTIMIA	TOTAL	EUTIMIA	DISTIMIA	TOTAL
<i>ESTADO</i>	6	5	11	15	1	15
<i>RASGO</i>	7	5	12	20	1	20

Tabla 5

Integración de resultados aplicación dos IDER caso MTP

ITEM	PC EUTIMIA	PC DISTIMIA	PC TOTAL	Interpretación cualitativa
ESTADO	15	1	15	<i>El consultante presenta índices NO significativos para un trastorno depresivo toda vez que no sobrepasa la media estándar y por el contrario están dentro de los resultados de la media poblacional</i>
RASGO	20	1	20	

Conclusiones y recomendaciones

El consultante no presenta indicadores clínicamente significativos al mantener sus puntuaciones dentro de la media poblacional sin embargo tras cruzar los indicadores y resultados de la prueba con la historia clínica tomada del consultante Se toma como un indicador de mejoría con respecto a la intervención realizada se requiere mantener monitoreo para evaluar la prevalencia del trastorno en el consultante después del tratamiento.

RESULTADOS

POBLACIÓN

Se encontró que el motivo de consulta para el 100% de los casos era Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica dentro de ellos se tiene la siguiente distribución:

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos 18% de los casos

V61.8 (Z62.891) Problema de relación con los hermanos 18% de las consultas,

V61.03 (Z63.5) Ruptura familiar por separación o divorcio 18%,

V62.82 (Z63.4) Duelo no complicado 9%,

V61.10 (Z63.0) Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja 18%

V61.1x (Z69.1x) Hallazgo ulterior Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada 18%,

Durante la atención se establece que 36% de los casos tenían relación directa con alguna patología como trastorno obsesivo compulsivo (300.3 (F42)) y trastorno por consumo de cannabis (305.20 (F12.10)).

Resultados intervención Caso MTP

Se encuentra que dentro de los signos y síntomas indicadores de cambio tales como los físicos en donde se evidencian cambios a nivel de postura corporal la cual paso de ser encorvada, cerrada y recogida a ser abierta y erguida proyectando una sensación de bienestar y no de melancolía aumento de la actividad motora así como del estado de ánimo el cual el consultante durante la sesión 4 se evidencian comentarios jocosos referentes a las situaciones de su diario vivir a diferencia de la primera sesión donde se evidenciaba un llanto constante durante la sesión y un aplanamiento afectivo.

A nivel psicológico se evidencia una activación de las redes de apoyo por parte del consultante el cual inicia a frecuentar grupos de la tercera edad en su caja de compensación familiar dos veces

por semana al igual que asiste a los eventos programados por la misma con apoyo de su núcleo familiar quienes lo motivan y le colaboran para poder realizar estas actividades

La re conceptualización de las distorsiones cognitivas referentes a la muerte de su esposa toda vez que identifica que ello no se encontraba bajo su efecto o dependiera directamente de su conducta y aspectos religiosos tales como la sustitución de rituales como agradecimiento por lo especial y buena persona que fue su pareja mas no para recordar su muerte y la falta de descanso del alma, la Disminución significativa de la aparición de las ideas recurrentes de culpa con respecto a la muerte de su esposa, el Aumento de la participación de las actividades de la vida cotidiana con su grupo familiar y comunitario, se Aumentar progresivamente la capacidad en conversación de Referirse a temas relacionados con su esposa de 5 min a tiempos superiores a 20min lo que le ha permitido a MTP Aumentar la capacidad para expresar sus sentimientos de forma adecuada al igual que para concentrarse y tomar decisiones.

Discusión

La presencia del duelo no complicado en la población colombiana es muy alta. Según informe emitido por la OMS (2015) para los colombianos adultos mayores de 45 años la tasa es del 9% que en comparación con otros trastornos mentales que puntúan dentro de una media enmarcada en el intervalo de 1 al 5% siempre puntúa 4 indicadores fuera de la media lo que indica que a pesar de ser considerado no un trastorno formal sino una patología objeto de estudio es una problemática grave en la salud mental de la población.

Por otra parte, el duelo no complicado presenta una alta comorbilidad con el trastorno depresivo mayor tal como lo anuncia el DSM-V se presentan conductas similares a el trastorno depresivo mayo pero Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Lo que se pudo corroborar a lo largo de la atención del caso toda vez que tras la aplicación de pruebas el consultante arrojó resultados que aplicaban para un trastorno depresivo mayor sin embargo el análisis de la historia clínica obtenida, indicó que existía esa condición de base que era la muerte del cónyuge.

Dentro de los factores contextuales involucrados en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, se encontró el impacto bidireccional, que este tiene directamente sobre el entorno familiar, donde para este caso de monografía la descarga de responsabilidades y la reafirmación que se presenta en la familia son producto de los síntomas y los intentos por detenerlos o mitigarlos; generando esto un impacto directo sobre el mantenimiento y normalización de los síntomas, involucrándolos en la cotidianidad del paciente y su familia; de ahí que la integración familiar dentro del proceso de intervención por medio de la psicoeducación sea tomado en cuenta como aspecto que influye sobre la mejoría del cliente (Martínez, 2002).

Mehta (1990), realizó un estudio donde encontró diferencias significativas a favor de la implicación de la familia, generando una reducción en los síntomas y mantenimiento de la mejoría a largo plazo. Aunque en otros estudios no se han demostrado resultados concluyentes al respecto, esto constituyó, un factor importante durante el proceso de intervención realizado, ya que inclusive al revisar los resultados (tanto de la EAG como de las pruebas estandarizadas) la mejoría más significativa se dio luego de la sesión 5, sesiones en las cuales (específicamente sesión 2 y 7) se incluyó a la familia en el proceso psicoterapéutico; que si bien, no puede ser determinado como una causa de la mejoría, puede ser considerado una variable importante al analizar los resultados.

A lo largo de la historia, se intentaron desarrollar diversas intervenciones entre los estudios que confirman su efectividad está el de Beyebach, Estrada y Herrero de Vega (2006), en el cual compilaron diversas investigaciones, encontrando avances importantes, por ejemplo en la investigación de los finlandeses Knekt y Lindfors (2004) con prisioneros de cárcel en la que se concluyó sobre la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones y la Psicoterapia Psicodinámica Breve, hasta por 12 meses en pacientes que tenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o de ansiedad según el DSM-IV. Otro estudio es el de Guajardo y Cavazos (2013), acerca de la intervención realizada con una mujer joven víctima de abuso sexual y violencia en su noviazgo, la cual experimentó síntomas depresivos; concluyendo que por medio de la integración de los Modelos de Terapia Breve Enfocado a Soluciones y Cognitivo Conductual, el tratamiento de mujeres con esta problemática resultó ser eficaz (Galdámez Velásquez, 2015).

Ramírez y Rodríguez, 2012 citado por Galdámez Velásquez, R. M. (2015). Afirman que la Terapia Breve lleva el menor número de sesiones, pero siempre las necesarias para tratar la demanda de los pacientes, se habla de diez sesiones o menos, con una duración de una hora aproximadamente y el apoyo a través de la supervisión del caso por un equipo de Co-terapeutas. Para el caso de la monografía se evidencian mejorías significativas en el consultante en las primeras sesiones lo cual se encuentra acorde a lo planteado por la teoría.

Para esta intervención, el lograr la eficacia en la terapia se requiere entonces que: El paciente aprenda a focalizar soluciones factibles desde su presente hacia el futuro, esto se resume en cuatro premisas básicas: 1) Los consultantes construyen su realidad, 2) Los consultantes tienen los recursos para resolver sus quejas, 3) Ver las situaciones desde un punto de vista sistémico y 4) El cambio es constante e inevitable (Beyeback, 2006). Lo que llevó a enfocar la intervención entonces a los factores personales del paciente que influyen en el correcto desarrollo de la intervención, que en este caso de monografía se requirió adaptar algunas técnicas tomando como base los rituales enmarcados en los componentes espirituales del consultante como es el caso de las técnicas de relajación y auto instrucciones llegando así a cumplir con mayor eficiencia las expectativas del cliente y su motivación frente al proceso.

Algunos aspectos de tipo metodológico y teóricos importantes en la terapia de exposición y prevención de respuesta son: a) *La extinción*: Evidenciado en los registros de ansiedad subjetiva realizados por la paciente, en los cuales luego de un proceso de prevención de respuesta o exposición se lograba la reducción progresiva de los niveles de ansiedad o molestia, y por ende la eliminación de la conducta compulsiva. En este caso, impidiendo la aparición de la consecuencia reforzante que brinda la realización del ritual, o en el caso de los pensamientos obsesivos donde por habituación y falta de reforzador la sensación de frustración se hacía más débil con cada exposición. (Caballo, 2008). b) *Resistencia a la extinción o recuperación espontánea*: Proceso esperado durante la eliminación de una respuesta, evidente en la Figura 6, donde luego de un periodo de reducción progresiva de los niveles de ansiedad se incrementan posteriormente de manera espontánea. c) *Generalización*: Este es el caso de MTP, donde luego de repetidos ejercicios de prevención de respuesta disminuyó también el impulso frente a otras situaciones,

razón por la cual se terminara realizando exposición y prevención de respuesta solo en algunas de ellas, ya que la paciente refería mejoría generalizada en otros lugares donde antes realizaba rituales.

Sobre los aspectos prácticos de la terapia de prevención y exposición de respuesta, es importante mencionar que: Kirk, 1983 encontró que la aplicación sistemática de tareas para la casa dadas al paciente es para el proceso en ocasiones inclusive más importantes que la presencia del psicoterapeuta. Para la implementación de tareas se hace importante la colaboración del cliente quien debe participar en su establecimiento ajustándolo a sus posibilidades. Viendo así se encuentra que a través de las tareas en casa el consultante pudo generar procesos de sensibilización sistemática, autocontrol y re significación conductual.

Se hace indispensable la intervención sobre los factores cognitivos, en el caso del consultante las ideas de culpa por la muerte de su esposa se constituyen en el eje central de la intervención dado que activa el esquema conductual de aislamiento y evitación mediado por la falacia de control, culpabilidad bloqueo cognitivo, manifestado en la teoría como por ejemplo la fusión que tiene el cliente entre pensamiento-acción que lleva a responsabilizarse erróneamente por la presencia de dichos pensamientos de culpa (Van Oppen, de Haan, van Balkom, A, Spinhoven, Hoogduin. y Van Dyck, 1995).

Para finalizar, es importante señalar que una de las principales ventajas de la intervención cognitivo conductual, es que tanto las estrategias de la terapia racional emotiva como de la terapia de exposición y prevención de respuesta puede ser auto aplicadas, generando no solo cambios, sino desarrollando en el paciente habilidades de afrontamiento adecuadas para situaciones futuras; como ocurre con la terapia cognitiva, donde se desarrolla en el paciente conocimiento acerca de la importancia de generar conciencia, sobre la tendencia automática a distorsionar las situaciones y a reevaluar la consistencia, coherencia y practicidad de esa interpretación. Esto permite trasladar dicho aprendizaje otra situaciones o creencias similares a lo largo de la vida, aplicando una intervención, no solo para solucionar el problema actual, sino además para desarrollar estrategias de prevención frente a futuras recaídas (Hiss, Foa y Kozak, 1994), razón por la cual la terapia cognitivo conductual, se considera útil a corto y largo plazo en el tratamiento de trastornos mentales y problemáticas circunstanciales en psicoterapia.

Conclusiones

La cantidad de consultas por otros problemas objeto de estudio como lo denomina el DSM V para esta práctica de especialización fue del 100% de estas se encuentra que solo el 36% de estos casos están asociados a patologías clínicas propias de base y el otro 64% se mantienen en otros problemas objeto de estudio.

Se encuentra como factor determinante en el progreso del consultante la adaptación de las técnicas de intervención a los recursos con los que cuenta el usuario toda vez que al desarrollar la técnica desde el usuario los niveles de adherencia al tratamiento son mayores.

El duelo no complicado como tal no se considera un trastorno por estar dentro de la categoría de otros problemas objeto de estudio sin embargo se encuentra una Comorbilidad alta con el duelo complicado y el trastorno de depresivo mayor siendo para estos la única forma de diferenciación solo una variable y el resto de signos y síntomas están presentes sin embargo a lo largo de la intervención se presentan diferencias en la prevalencia del trastorno y la respuesta del mismo ante el tratamiento.

Recomendaciones

Se requiere enfocar más los esfuerzos en el análisis de los otros problemas objeto de estudio así como darle un apartado más amplio desde los currículos de psicopatologías toda vez que la probabilidad de atención de estos casos frente a casos clínicos como tal es mayor a nivel de salud mental en la región.

Se requiere tener en el sitio de aplicación de la practica un banco de pruebas más amplio si bien la universidad cuenta con este en el sitio de prácticas no cuenta con pruebas que requieran ser pagadas haciendo que el estudiante tenga que desplazarse a la universidad para realizar la compra, e interpretación de resultados dificultando el proceso de atención los usuarios y el proceso de diagnóstico adecuado y oportuno para el diseño de la intervención.

REFERENCIAS

Agudelo Vélez, D. M., Gómez Maquet, Y., & López, P. L. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 71-84.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.

Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80.

Carbonero Rodríguez I, Fernandez Hermida, J (1995). EL perfil profesional del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del psicólogo*, N° 63. Recuperado el 6 de noviembre de 2015 de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=691>.

Castro Camacho, L., De Greif, E. (2002). Formulación clínica conductual. En Caballo, V. E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 4-79). España: Siglo XXI editores s.a.

Cerquera, A., Álvarez, J., & Saavedra, Á. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presente s en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychologia*, 4(1), 73-87.

Cerquera Córdoba, A. M., & Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2(45), 173-180.

COLPSIC: Colegio Colombiano de Psicólogos. (2000). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Editorial El Manual Moderno Colombia.

Córdoba, A. M. C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 63-71.

Córdoba, A. M. C., Aparicio, M. J. G., & Rueda, M. L. C. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(2), 73.

Córdoba, A. M. C., Aparicio, M. J. G., & Rueda, M. L. C. (2012). VEJEZ, AMOR, SEXUALIDAD Y NUEVAS RELACIONES TRAS LA VIUDEZ. *I COGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA: INVESTIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL—CIPIRS 2012*, 58.

Chaurand, A., Feixas, G., Neimeyer, R., Salla, M., & Trujillo, A. (2015). Historia de pérdidas y sintomatología depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 179-188.

Díaz Martínez I y Nuñez Perez R (2010). “*Psicología clínica: ¿Qué es?, ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace? Y ¿para qué sirve?*”. Módulo de historia y sociedad. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Duque, A., López-Gómez, I., Blanco, I., & Vázquez, C. (2015). Modificación de Sesgos Cognitivos (MSC) en depresión: Una revisión crítica de nuevos procedimientos para el cambio de sesgos cognitivos. *Terapia psicológica*, 33(2), 103-116.

Galdámez Velásquez, R. M. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad* (Doctoral dissertation, Facultad de Psicología).

Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M. P., Vitriol, V., & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia psicológica*, 33(3), 285-295.

Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodriguez, M. N., Rodriguez, V., Martínez, N. T., Matallana, D., & Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 2-8.

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana.

Herrera, R. R., Córdoba, A. M. C., Mejía, R. M., & Benavides, E. A. P. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas*, 7(2), 307-319.

Mora, M., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género ya la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 1(1).

Morales, A. C., Sánchez, J. A. Z., Benítez-Borrego, S., Nuñez-Quintero, L., & Feixas, G. (2016). PÉRDIDA, DEPRESIÓN Y DUELO COMPLICADO EN UNA MUESTRA MEXICANA. *Revista de Psicología*, 17(2), 42-55.

(OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS (Organización Mundial de la Salud).)

OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [cited 2014 Jun 3]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Poblete-Valderrama, F., Castillo, C. M., Sandoval, E. D., Silva, P. V., & García, M. A. (2016).
DEPRESIÓN, COGNICIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
ACTIVOS. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 16(2).

Sales, A., Atiénzar, A. P., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., & Meléndez, J. C. (2015). Efectos
de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores
institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.

Spielberger, C. D., Buena-Casal, G., & Agudelo, D. (2008). IDER, Inventario de Depresión
Estado/Rasgo.

Spielberger, C. D., Buena-Casal, G., & Agudelo, D. (2008). *IDER: inventario de depresión
estado-rasgo: manual*. TEA.

Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée De Brouwer.

ANEXOS

Anexo1.Consentimiento informado

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilia Huilacancón</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 02</p>
---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

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

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

- Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que

correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos_personales.bqa@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____

Nombre Usuario:	
Firma Usuario:	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2. Historia clínica

		FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO							
Nombres y Apellidos		Edad		Género		Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación					
Remitido por		Entidad (EPS)					
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y Apellidos			Parentesco		Edad	Estado Civil	
Dirección Residencia			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de Consulta							
3.2 Historial de la situación							

Folio No.

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)

Folio No.

12. IMPRESION DIAGNÓSTICA (DSM V)

13. PLAN DE TRATAMIENTO

Folio No.

Anexo 3. Prueba IDER

IDER

Nombre _____
 Profesión _____

Sexo **V** **M**

Edad **33**

Fecha **02 / 02 / 2012**

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4

Autor: Ch. D. Spielberger.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **DOSTINTAS**. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

1. En cada apartado (ESTADO y RASGO) sume los valores de las escalas Eutimia (EUT) y Distimia (DIS) y anote el total en la casilla correspondiente situada encima de las respuestas.
2. Sume las puntuaciones de las dos escalas (PD EUT + PD DIS) y anote el resultado en la casilla PD Total.
3. Consulte los baremos para hacer la transformación a percentiles de cada escala y el total (casillas Pc sombreadas).

VARONES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pc EUT		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		DIS	1	2
Pc DIS		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		DIS	1	2
Pc Total		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		EUT	4	3
		EUT	4	3

RASGO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pc EUT		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		EUT	4	3
		EUT	4	3
Pc DIS		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		DIS	1	2
Pc Total		DIS	1	2
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		EUT	4	3

MUJERES

ESTADO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pc EUT		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		DIS	1	2
Pc DIS		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		DIS	1	2
Pc Total		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		EUT	4	3
		EUT	4	3

RASGO

PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pc EUT		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		EUT	4	3
		EUT	4	3
Pc DIS		EUT	4	3
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		DIS	1	2
Pc Total		DIS	1	2
<input type="text"/>		DIS	1	2
		DIS	1	2
		EUT	4	3

Anexo 4. Ficha prueba IDER

IDENTIFICACIÓN

Nombre: IDER. Inventario de Depresión Estado/Rasgo

Autor: C. D. Spielberger. G. Buela-Casal y D. Agudelo.

Año: 2008

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Escala auto aplicado

Objetivos: Evaluación del componente afectivo de la depresión mediante dos escalas: Estado y Rasgo; y cuatro subescalas: Eutimia-E, Distimia-E, Eutimia-R y Distimia-R.

Población: Adolescentes, jóvenes y adultos.

Número de ítems: 20

Descripción:

El IDER es un inventario muy breve (20 elementos) destinado a evaluar por una parte el **grado de afectación** (Estado) y por otra la **frecuencia de ocurrencia** (Rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. Además, los elementos de la prueba están contruidos para apreciar tanto la presencia de depresión (**Distimia**) como la ausencia de ésta (**Eutimia**).

Criterios de calidad:

Confiabilidad: Para Colombia se han reportado niveles adecuados en muestra de adolescentes (alfa entre .60 y .91 para la escala estado y entre .64 y .83 para la escala rasgo) y universitarios (alfa entre .73 y .81 para la escala estado y 79 y .82 para la escala rasgo) (Agudelo, 2009).

Validez: Análisis Factorial Exploratorio(AFE). Una vez verificados los supuestos para la aplicación del AFE para la escala Rasgo mediante la prueba Keiser-Meyer-Olkin (KMO = .848) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 2871.893$ gl= 45 y $p < .001$) los resultados muestran que el análisis factorial de ejes principales, arrojó una estructura de dos componentes que explican el 51.57% de la varianza. En el primer componente saturaron la totalidad de los ítems con pesos factoriales superiores a .40 (ver tabla 3). La rotación Promax, seleccionada por tratarse de factores relacionados, confirmó la estructura bifactorial de la escala Rasgo diferenciando los ítems de eutimia y distimia. Los ítems se distribuyeron entre el primer y segundo factor según miden afectividad positiva y negativa (ver tabla 3). De manera similar el análisis factorial exploratorio para la escala Estado (KMO = .885 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3966.716$; gl= 45; $p < .001$) arrojó una estructura de dos componentes que explicó el 58.01% de la varianza y Para evaluar la validez por medio de la relación con otras variables (validez convergente y

discriminante) se analizaron las correlaciones del IDER con otras pruebas. Así para determinar la divergencia con pruebas que miden constructos diferentes como ansiedad e ira. Los resultados indicaron una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa con la prueba de depresión (CBD) (tabla 7). Es de indicar que las correlaciones del CBD fueron menores para la escala de estado del IDER. No obstante, las correlaciones con la subescala de distimia fueron más altas que las de eutimia tanto para rasgo como para estado. En resumen, se aportan evidencias sobre la validez convergente del IDER aunque los valores de los coeficientes son marginales. Este punto se retoma en la discusión a partir del constructo de afectividad negativa. (Agudelo. V.2014)

APLICACIÓN Tiempo de administración: Variable, entre 7-10 minutos.

Normas de aplicación: se dispone a la entrega del consultante prueba en su formato original se realizan las indicaciones generales del encabezado de la prueba haciendo énfasis en que las respuestas debe diligenciarlas acorde al género, al igual que se despejan dudas sobre el desarrollo de la misma se procede a la entrega de lápiz, borrador y sacapuntas se establece el tiempo al inicio de la actividad

Corrección e interpretación: La puntuación se obtiene sumando en cada apartado (estado rasgo) las puntuaciones de todos los ítems relacionados con eutimia y distimia de forma discriminada posterior se escribiendo cada uno de los resultados en el espacio establecido para el ponderado luego se suman los dos puntajes obtenidos de la escala eutimia y distimia para obtener el puntaje total luego se consultan los varemos para pasar a escala de percentiles.

Momento de aplicación: Evaluación pre, durante y post-tratamiento.

Anexo 5. Formulación del caso

FORMULACION DEL CASO

IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

Nombre: MTP

Edad: 74 años

Escolaridad: primaria incompleta

Ocupación: pensionado

Estado Civil: viudo

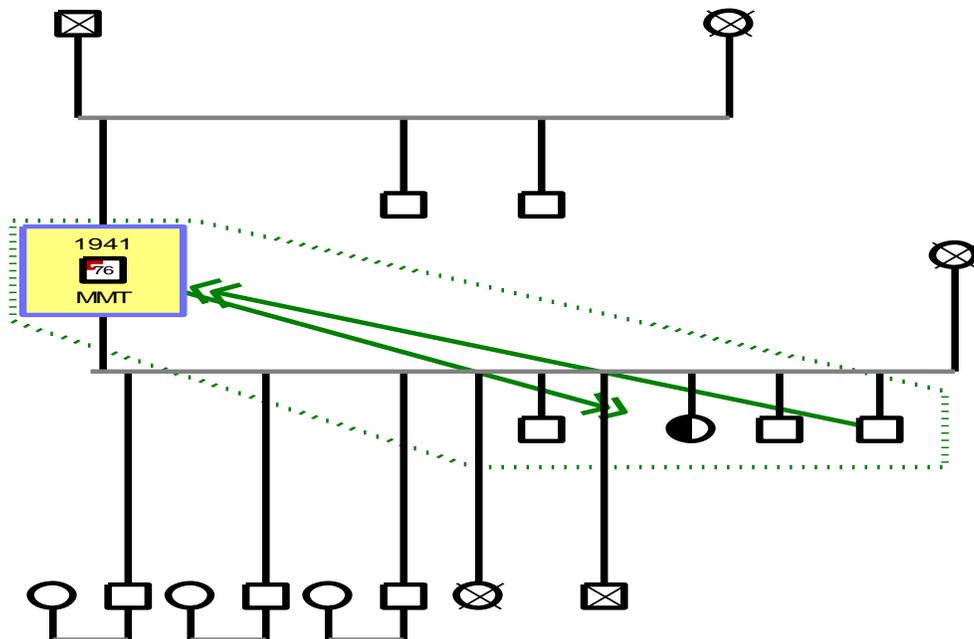
Estrato Socioeconomico:2

Lugar de Nacimiento: Bucaramanga

Lugar de Residencia: Bucaramanga

Diagnóstico de remisión: no presenta diagnostico medico

Genograma



MMT de 74 años vive con cuatro de sus nueve hijos en vivienda propia estrato dos, cuenta con primaria aprobada, y como ocupación es pensionado y con afiliación al sistema de salud quien es remitido a consulta por el párroco de su comunidad religiosa.

Motivo de consulta

Describe recuerdos recurrentes con respecto a la persona y el último momento en que vio consiente a su esposa, presenta dificultad con el desplazamiento al cementerio el cual se evidencia a través del llanto continuo, describiendo que cada vez que observa objetos de ella se desata el episodio de llanto. Argumenta que su sentimiento de culpa es porque **“él fue quien llevo a su esposa a que la mataran”**. Acude también porque a partir del fallecimiento de su esposa cerca de 2 meses atrás del día que acude a primera consulta viene presentando la sintomatología descrita como llanto frecuente, pérdida del apetito, pérdida para poder conciliar el sueño y mantenerlo, pérdida del disfrute de las actividades cotidianas. Se presenta con su acudiente quien en este caso es uno de sus hijos de 41 años soltero y quien comparte el cuarto con MMT afirma que su padre se siente culpable por la muerte de su esposa ya que él fue quien la interno en la clínica y posterior a esto se dio el fallecimiento de la señora.

Descripción de la historia de vida

Hijo de una familia monoparental MMT proviene de una familia del sector rural y muy humilde solo cuenta con la primaria aprobada por que no había más en ese entonces es el mayor de tres hermanos con quienes presenta buenas relaciones.

En la etapa adolescente

MMT se la pasaba trabajando como jornalero en las fincas del progenitor de quien ahora es su esposa tiempo durante el cual no presento afecciones similares al motivo de consulta actual no presento consumo de sustancias psicoactivas ilegales muy pocas veces ingirió alcohol y no presento problemas con la ley.

Años después contrajo matrimonio.

Dentro del área social durante su matrimonio muy pocas veces frecuento grupos sociales y actividades porque a su esposa no le gustaban solo tuvo una sola pareja durante lo que va de su vida y fue con quien se casó. Se dedicó a los oficios varios en un centro recreativo, pero en la actualidad esta pensionado Padre de nueve hijos de los cuales fallecieron dos productos de enfermedades gastrointestinales otro de sus hijos presenta trastorno de epilepsia y actualmente en su casa habitan con cuatro hijos toda vez que tres de ellos ya conformaron otros grupos familiares, pero mantienen contacto con MMT los fines de semana. Respecto al nivel educativo que alcanzaron sus hijos encontramos que 5 de ellos alcanzaron solo la primaria uno es bachiller y uno estudio una carrera universitaria.

Actualmente

MTP consultante masculino de 74 años, se encuentra en etapa de ciclo vital adultez con hijos adultos, es de aspecto agradable, viste acorde al contexto orientado en persona tiempo y espacio, no presenta signos de maltrato alguno, presenta signos de bajo estado de ánimo e introvertido, manifiesta dificultad para conciliar el sueño, para dormir de forma continua y disfrutar de las situaciones cotidianas, no presenta alteraciones cognitivas, con evocación adecuada de la memoria a corto mediano y largo plazo, con estados de atención en actividad estructurada y no estructurada superior a 20 minutos, realiza la lectura de las emociones en el otro pero con dificultad logra adaptar su conducta frente a los estímulos que percibe, realiza una lectura adecuada del contexto y elabora una respuesta acorde a los estímulos del medio. En términos generales refiere sentirse satisfecho con lo que ha alcanzado a lo largo de su vida y según refiere “los obstáculos que he podido superar con mi familia luchando”

CONTEXTO

Contexto	Descripción
Familiar	Viudo, tienen 9 hijos adecuada relación de pareja y cercanía con los hijos. Respecto a familia de origen, relación adecuada y estable emocionalmente.
Social	A nivel social, dificultad para frecuentar espacios de interacción social debido a la relación con su esposa pero no presenta dificultad para el establecimiento de interacción sin tendencia al aislamiento, se evidencia escasas de redes sociales de apoyo. A nivel de comunicación tiende a un estilo pasivo con dificultades para la expresión y defensa del propio punto de vista, por la tendencia a la evitación de conflictos.
Ocupacional	Manifiesta estar pensionado donde indica que sus relaciones con los compañeros de trabajo fueron muy buenas y no tuvo reportes negativos en su historial laboral.
Salud	le han realizado dos intervenciones quirúrgicas en la próstata, dos por hernias inguinales, controles por hipertensión y cuenta con antecedentes de afecciones cardiacas por parte de su progenitora, solo presenta consumo social de alcohol
Recreación	Poca realización de actividades de esparcimiento por la relación con su esposa sin embargo dentro de sus gustos están los deportes autóctonos de la región y viajar

ANALISIS FUNCIONAL

A continuación se encontraran con una serie de tablas por medio de las cuales se describe cada uno de los aspectos del análisis funcional de la situación problemática de la paciente. Información que es utilizada para establecer desde el *que hacer* de la intervención entendido como las conductas a intervenir, permitiendo una comprensión que posteriormente conduzca al establecimiento de metas y estrategias generando un plan o un *como hacer* la intervención.

Esta información proviene principalmente del reporte y registro del paciente durante el proceso de entrevista.

1. LISTADO DE PROBLEMAS Y OBJETIVOS TERMINALES

En la presente tabla se encontraran enlistadas las problemáticas identificadas, sus descriptores y los objetivos que pretenden alcanzarse frente a cada uno de ellos con sus respectivos indicadores de progreso.

Paciente: MTP

Motivo de Consulta: DUELO NO COMPLICADO				
Problemas	Descriptores	Objetivo General	Objetivos Específicos	Indicadores de Progreso
a) ideas recurrentes de culpa con respecto a la muerte de su esposa.	<p><u>A nivel fisiológico:</u> llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción</p> <p><u>A nivel cognitivo:</u> Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo</p> <p><u>A nivel afectivo:</u> Aplanamiento del estado de animo</p> <p><u>A nivel conductual:</u> Disminución de actividades físicas</p>	Reducir los niveles de afectación cognitiva presentes frente a la presencia de ideas recurrentes	<p>a. minimizar la activación fisiológica frente a la presencia de ideas recurrentes</p> <p>b. Modificar creencias irracionales acerca de la presencia de ideas recurrentes</p> <p>c. Minimizar comportamientos de evitación</p>	<p>a. Disminuir en un 60% los niveles de activación frente a la presencia de pensamientos obsesivos</p> <p>b. Reducir a menos del 10% las creencias irracionales sobre la muerte de su esposa.</p> <p>c. Reducir a 0% los comportamientos de evitación.</p>

<p>b) aislamiento social.</p>	<p><u>A nivel fisiológico:</u> Disminución de la locomoción</p> <p><u>A nivel cognitivo:</u> Falacia De Control Culpabilidad Los Deberías Pensamiento Polarizado</p> <p><u>A nivel afectivo:</u> Pérdida del disfrute de las actividades irritabilidad</p> <p><u>A nivel comportamental:</u> conductas de evitación y tendencia a la pasividad en la comunicación.</p>	<p>Mejorar las habilidades de comunicación para afrontar las situaciones problemáticas en la interacción con las demás personas</p>	<p>a. Disminuir activación fisiológica frente a situaciones problemáticas</p> <p>b. Modificar esquemas de adaptativos y pensamientos irracionales respecto a sí mismo frente a las demás personas</p> <p>c. Minimizar las conductas de evitación</p> <p>d. Implementar estrategias de comunicación asertiva</p>	<p>a. Disminuir en un 70% la activación fisiológica</p> <p>b. Modificar alrededor del 50 % de esquemas de adaptativos y pensamientos distorsionados</p> <p>c. Reducir a menos del 10% las conductas de evitación</p> <p>d. Desarrollar al menos 3 técnicas de comunicación asertiva para expresión de sentimientos.</p>
<p>C) llanto frecuente.</p>	<p><u>A nivel fisiológico:</u> Llanto espontáneo Llanto por tiempo prolongado</p> <p><u>A nivel cognitivo:</u> Falacia De Control Culpabilidad</p> <p><u>A nivel afectivo:</u> Pérdida del disfrute de las actividades Aplanamiento afectivo</p> <p><u>A nivel comportamental:</u> Disminución de actividades físicas conductas de evitación y tendencia a la pasividad en la comunicación</p>	<p>Mejorar las habilidades de comunicación para afrontar las situaciones problemáticas en la interacción con las demás personas</p>	<p>A. Identificar pensamientos que activan</p> <p>Falacia De Control Culpabilidad</p> <p>a. Identificar cuando ocurren comportamientos de llanto</p> <p>b. Aumentar la tolerancia a las situaciones que generan llanto</p>	<p>a. Disminuir en un 70% la activación fisiológica</p> <p>b. Modificar alrededor del 50 % de esquemas de adaptativos y pensamientos distorsionados</p> <p>c. Desarrollar al menos 3 técnicas de comunicación asertiva para expresión de sentimientos.</p>

<p>d) incapacidad para referirse al tema de la muerte de su esposa.</p>	<p><u>A nivel fisiológico:</u> llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción</p> <p><u>A nivel cognitivo:</u> Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo</p> <p><u>A nivel afectivo:</u> Aplanamiento del estado de animo</p> <p><u>A nivel comportamental:</u> Conductas de evitación y tendencia a la pasividad en la comunicación.</p>	<p>Mejorar las habilidades de comunicación para afrontar las situaciones</p>	<p>a. Identificar pensamientos Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo</p> <p>b. Aumentar la tolerancia a las situaciones</p>	<p>a. Modificar alrededor del 50 % de esquemas des adaptativos y pensamientos distorsionados</p>
<p>e) distorsiones cognitivas sobre la muerte y el alma.</p>	<p><u>A nivel fisiológico:</u> llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción</p> <p><u>A nivel cognitivo:</u> Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo Falacia De Recompensa Divina</p> <p><u>A nivel afectivo:</u> Aplanamiento del estado de animo</p> <p><u>A nivel comportamental:</u> Conductas de evitación y tendencia a la pasividad en la comunicación.</p>	<p>Mejorar las habilidades de comunicación para afrontar las situaciones</p>	<p>c. Identificar pensamientos Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo</p> <p>b. Aumentar la tolerancia a las situaciones</p>	<p>a. Modificar alrededor del 50 % de esquemas des adaptativos y pensamientos distorsionados</p>

2. ANÁLISIS FUNCIONAL – CLASES DE RESPUESTA

En esta tabla, para cada conducta problema se establece un análisis funcional donde: a) Se establecen antecedentes de la conducta problema, b) Se realiza una descripción del problema en el triple sistema de respuesta, c) se establecen consecuencias y relaciones contingenciales que mantienen la conducta, todo esto con el fin de obtener información sobre los principales aspectos a los cuales se va a orientar la intervención.

Conducta Problema: a) ideas recurrentes de culpa con respecto a la muerte de su esposa.						
Antecedentes		Relación	Respuestas			
Contexto	Evento					
Externo: Historia clínica de la pareja Ser el apoyo de la pareja No le dejan ingresar a urgencias con la pareja Interno: Considerarse el único apoyo de la pareja	Inducir al coma a la pareja cuando la llevan urgencias	Discriminativo El consultante evoca antecedentes como soporte y justificación de la conducta	() Fisiológico – Somático llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción			
			() Cognoscitivo – Verbal Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo	Relación	Consecuencias	
			() Motor – conductual Disminución de actividades físicas	R (+ / -) Realizar la conducta se constituye como una <u>refuerzo positivo</u> , toda vez que el consultante recibe a cambio una respuesta enmarcada dentro de las distorsión de culpa y falacia de control como compensación	El consultante adquiere una respuesta ante una carencia de explicación del evento El consultante adquiere la atención de la familia y de otros	Qué ocurre a largo plazo mientras se presente ese comportamiento Aumentan los signos negativos como el aplanamiento afectivo y el aislamiento
			Conducta Funcionalmente Opuesta	C (+ / -) Realizar la conducta se constituye como un <u>castigo positivo</u> , toda vez que el	El consultante adquiere una respuesta de una forma sana y resignificada que le	Qué pasaría a largo plazo si se establece la conducta funcionalmente opuesta

			Establecer que no estaba en sus manos la muerte de su esposa	consultante recibe a cambio una respuesta lógica que no esté enmarcada dentro de las distorsión de culpa y falacia de control que le permita ejecutar un reemplazo y se mantenga la compensación	permite ante una carencia de explicación del evento dar una respuesta libre de distorsión cognitiva alguna	El consultante bloquea los signos negativos y resignifica su historia de vida El consultante deja de acudir a la evocación de los antecedentes para iniciar la conducta por lo tanto realiza una extinción de la misma
--	--	--	--	--	--	---

Conducta Problema: incapacidad para referirse al tema de la muerte de su esposa.										
Antecedentes		Relación	Respuestas	Relación	Consecuencias					
Contexto	Evento				Inmediatas	Demoradas				
Externo: Reafirmación del medio familiar y social sobre la muerte de la esposa por llevarla a la clínica Interno: Sentimientos de culpa	Cuando está hablando a cerca de la muerte de su esposa el Establecer una relación entre la muerte de la señora y el hecho de haberla llevado a la clínica por parte del consultante y su familia	Es condicional toda vez que la conducta solo aparece mediante la asociación de los dos estímulos durante el evento.	<input type="checkbox"/> Fisiológico – Somático llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción							
			<input type="checkbox"/> Cognoscitivo – Verbal Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo				<input type="checkbox"/> Motor – conductual Conductas de evitación y tendencia a la pasividad en la comunicación.	R (+ / -) Realizar la conducta se constituye como una <u>refuerzo positivo</u> al ganar la atención de sus familiares	El consultante evita el tema de la muerte de la esposa El consultante llama la atención de la familia	Qué ocurre a largo plazo mientras se presente ese comportamiento Dificultad para la exteriorización de las situaciones
			Conducta Funcionalmente Opuesta				C (+ / -) Castigo negativo por que pierde la	El consultante resignifica la situación evitando los sesgos cognitivos	Qué pasaría a largo plazo si se establece la conducta	

			referirse al tema de la muerte de su esposa aceptando lo sucedido como una respuesta dentro del proceso evolutivo	atención de la familia		funcionalmente opuesta El usuario se prepara para la exteriorización de las situaciones de forma adecuada
--	--	--	---	------------------------	--	---

Conducta Problema: distorsiones cognitivas sobre la muerte y el alma						
Antecedentes		Relación	Respuestas	Relación	Consecuencias	
Contexto	Evento				Inmediatas	Demoradas
Externo: Adoctrinamiento religioso recibido Ideas de la comunidad religiosa que frecuente Interno: Búsqueda constante de explicaciones ante eventos que no son comprensibles para el usuario	Realización de rituales de carácter religioso como objeto para ayudar el alma a tener el descanso	Discriminativo El consultante evoca antecedentes como soporte y justificación de la conducta	<input type="checkbox"/> Fisiológico – Somático llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción			
			<input type="checkbox"/> Cognoscitivo – Verbal Falacia De Control Culpabilidad Bloqueo cognitivo Falacia De Recompensa Divina			
			<input type="checkbox"/> Motor – conductual Conductas de evitación y tendencia a la pasividad en la comunicación.	R (+ / -) Realizar la conducta se constituye como una <u>refuerzo positivo</u> , el usuario gana un apoyo moral con referente a ideas ayuda el alma de su esposa Mediada por una aceptación social	Aceptación e la comunidad religiosa Obtención de la atención Disminuye el señalamiento por parte de la comunidad por la muerte de la esposa	Qué ocurre a largo plazo mientras se presente ese comportamiento No elaboración adecuada del duelo y se convierte en un elemento mantenedor de la conductas de culpa
			Conducta Funcionalmente Opuesta	C (+ / -) Castigo positivos el usuario obtiene una re significación de la	Se Modificar los esquemas des adaptativos y	Qué pasaría a largo plazo si se establece la conducta

			Establecer ideas de orden religiosas en función del apoyo a la elaboración del duelo	situación problema a partir de la atribución más apropiada de los rituales religiosos	pensamientos distorsionados referentes a los rituales religiosos	funcionalmente opuesta Mejorar las habilidades de comunicación para afrontar las situaciones
--	--	--	--	---	--	--

3. COMUNALIDADES DEL ANÁLISIS FUNCIONAL – CLASES DE RESPUESTA

Se establecen comunalidades, es decir, se realiza un análisis funcional general de las diversas presentaciones de una conducta problemática que comparten determinantes y relaciones funcionales que mantienen la situación, dando información sobre las diversas presentaciones en las cuales se va a intervenir.

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS			
		Refuerzo -	Refuerzo +	Feedback	Castigo
Interoceptivos Taquicardia, tensión muscular, llanto continuo, debilidad muscular, opresión en el pecho, Disminución de la locomoción	Actuales Culpase con respecto a la muerte de su esposa.				
Exteroceptivos Historia clínica de la pareja Ser el apoyo de la pareja No le dejan ingresar a urgencias con la pareja Reafirmación del medio familiar y social sobre la muerte de la esposa por llevarla a la clínica. Adoctrinamiento religioso recibido y las Ideas de la comunidad religiosa que frecuente.	Incapacidad para referirse al tema de la muerte de su esposa. distorsiones cognitivas sobre la muerte y el alma en los rituales religiosos		porque le generan al consultante recibe una respuesta en compensación a algo que no entiende al ganar la atención de sus familiares y comunidad el usuario gana un apoyo moral con referente a ideas ayuda el alma de su esposa	Los comportamientos producen una retroalimentación positiva, ya que mantiene la reglas verbales que a su vez mantiene el comportamiento.	
Verbales “yo la mate por que la lleve a internarla en la clínica” “Su alma no puede descansar si yo no hago las misas y la visito en el cementerio”	Opuestas Entender y expresar que no pudo ser Culpa de el con respecto a la muerte de su esposa.				

“Los médicos no me dejaron decirles que no se podía”	Referirse al tema de la muerte de su esposa resignificando las ideas irracionales.				
“hay que hacer las misas para recordar su muerte”	Establecer ideas de orden religiosas en función del apoyo a la elaboración del duelo				

4. HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN

Frente a cada conducta se desglosan los aspectos que componen la construcción de una hipótesis de adquisición como: fecha de inicio, precipitantes, factores que hacen vulnerable la aparición del problema y por el contrario que factores pueden proteger el incremento o la cronicidad de la problemática.

Problemas	Fecha Inicio	Factores Precipitantes	Vulnerabilidades	Factores Protectores
Culparse con respecto a la muerte de su esposa.	Edad adulta posterior al fallecimiento de su esposa	Inducir al coma a la pareja cuando la llevan urgencias No le dejan ingresar a urgencias con la pareja	Biológica Psicológica Pensamientos distorsionados, esquemas des adaptativos y necesidad irracional de aprobación por parte de las demás personas. Pensamientos inadecuados de culpa respecto al bienestar y la tranquilidad de los demás, en especial de la pareja. Rasgos evitativos de personalidad y pasividad como patrón de comunicación.	Biológicos No existen reportes de malestar clínicamente significativo de su familia Psicológicos Capacidad de resiliencia frente a las dificultades de la vida cotidiana.
Incapacidad para referirse al tema de la muerte de su esposa.	Edad adulta posterior al fallecimiento de su esposa	Cuando está hablando a cerca de la muerte de su esposa el Establecer una relación entre la muerte de la señora y el hecho de haberla llevado a la clínica por parte del consultante y su familia	Ambiental/Contextual Permitirle por parte de la familia Ser el único apoyo de la pareja, No le dejan ingresar a urgencias con la pareja, Historia clínica de la pareja. Reafirmación del medio familiar y social sobre la muerte de la esposa por llevarla a la clínica Adoctrinamiento religioso recibido, Ideas de la comunidad religiosa que frecuente	Adecuado nivel de juicio y conciencia de la sintomatología. Motivación respecto a la reducción de los comportamientos. Ambientales Ocasionalmente hijo menor, evita que el consultante se aísle apoyo de la familia redes de apoyo del usuario y apoyo recibido por parte de su comunidad religiosa.
distorsiones cognitivas sobre la muerte y el alma en los rituales religiosos	Edad adulta	Realización de rituales de carácter religioso como objeto para ayudar el alma a tener el descanso		

5. HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

Se desglosan para cada conducta los factores que brindan información que permite desarrollar una hipótesis de mantenimiento, confirmada por la comprensión de factores contextuales y proceso causal.

Factores Contextuales	Proceso Causal	Hipótesis de Mantenimiento
<p>Permitirle por parte de la familia Ser el único apoyo de la pareja, No le dejan ingresar a urgencias con la pareja, Historia clínica de la pareja. Reafirmación del medio familiar y social sobre la muerte de la esposa por llevarla a la clínica</p>	<p>Aprendizaje/Condicionamiento Refuerzo positivo el consultante recibe a cambio una respuesta enmarcada dentro de la distorsión de culpa y falacia de control como compensación ante una situación que no logra comprender ni manejar.</p>	<p>El entorno permisivo refuerza positivamente al consultante en cuanto a utilizar las conductas como principal cuidador de su pareja a pesar de la edad como herramienta para afrontar la situación de salud de su esposa; adicionalmente para la familia esta permisividad se vuelve también reforzante negativamente pues la restricción de ciertos comportamientos disminuye carga a nivel de ocupaciones favoreciendo un entorno familiar tranquilo, pero perpetuando la problemática del consultante.</p>
<p>Rasgos evitativos de personalidad</p>	<p>Aprendizaje/Condicionamiento Tendencia a la evitación de sensaciones poco placenteras o eventos identificados como amenazantes</p>	<p>La evitación refuerza positivamente el no enfrentar la sensación de intranquilidad que producen situaciones molestas a nivel social y los pensamientos a nivel personal.</p>
<p>Pasividad como patrón de comunicación.</p>	<p>Aprendizaje/Condicionamiento Logra la evitación de situaciones conflictivas</p>	<p>La pasividad es un estilo de comunicación netamente evitativos respecto al mantenimiento del conflicto, pero ocasiona una retroalimentación en la cual se refuerzan los factores cognitivos de que es mejor evitar el conflicto (personas siempre a su disposición por ser “buena gente”)</p>
<p>Pensamientos distorsionados, esquemas des adaptativos y necesidad irracional de aprobación por parte de las demás personas.</p>	<p>Aprendizaje/Cognoscitivo Pensamientos que generan exceso de atención sobre la impresión en las demás personas y cualquier elemento que pueda modificarlo es catastro fizado. Falacia De Control, Culpabilidad, Bloqueo cognitivo Falacia De Recompensa Divina, Los Deberías, Pensamiento Polarizado</p>	<p>La acomodación de estos patrones de pensamiento a la realidad, favorece el mantenimiento de las conductas problemas, pues encuentra una explicación aparentemente “racional” a los comportamientos de culpa. Además que con su comportamiento de culpa se mantiene estas creencias por las respuestas positivas que suelen obtenerse al desarrollar un estilo pasivo de comunicación.</p>

Pensamientos inadecuados de culpa respecto al bienestar y la tranquilidad de los demás, en especial de la pareja.	Aprendizaje/Cognoscitivo Atribuciones inadecuadas de responsabilidad y autoverbalizaciones de culpa reforzadas por el entorno próximo (la familia y entorno religioso)	Estas autoverbalizaciones ocasionan un nivel de credibilidad alto sobre las distorsiones cognitivas y llevan por castigo positivo a incrementar las conductas de culpa, con el fin de disminuir este conjunto de autoverbalizaciones.
<p>Hipótesis de Mantenimiento: El entorno permisivo refuerza positivamente al consultante en cuanto a utilizar las conductas de culpa tras lo que él considera como haber fracasado como principal cuidador de su pareja a pesar de que por la edad no era muy indicado que lo hiciera toda vez que él lo toma como herramienta para afrontar la situación de salud que su esposa pasaba ; adicionalmente para la familia esta permisividad se vuelve también reforzante negativamente pues la restricción de ciertos comportamientos de ellos disminuye carga a nivel de ocupaciones al interior de la familia favoreciendo un entorno familiar tranquilo, pero perpetuando la problemática del consultante. Quien tras la pérdida de su pareja activa La evitación la cual lo refuerza positivamente, para no enfrentar la sensación de intranquilidad que producen situaciones molestas a nivel social y los pensamientos a nivel personal. La pasividad es un estilo de comunicación netamente evitativos respecto al mantenimiento del conflicto, pero ocasiona una retroalimentación en la cual se refuerzan los factores cognitivos que es mejor evitar el conflicto, La acomodación de estos patrones de pensamiento a la realidad, favorece el mantenimiento de las conductas problemas, pues encuentra una explicación aparentemente “racional” a los comportamientos de culpa. Además que con su comportamiento de culpa se mantiene estas creencias por las respuestas positivas que suelen obtenerse al desarrollar un estilo pasivo de comunicación Estas autoverbalizaciones ocasionan un nivel de credibilidad alto sobre las distorsiones cognitivas y llevan por castigo positivo a incrementar las conductas de aislamiento, con el fin de disminuir este conjunto de autoverbalizaciones.</p>		

6. METAS Y ACTIVIDADES CLÍNICAS

Una vez identificadas las conductas problemáticas, sus comunalidades e hipótesis de mantenimiento, se establecen metas generales y específicas indicando el como alcanzarlas por medio de actividades, generando así un plan de intervención estructurado y organizado frente al caso.

Hipótesis de Mantenimiento (¿Por qué?)	Metas Clínicas Generales y Específicas (¿Qué?)	Actividades (¿Cómo?)	Orden
1. Activación del sistema nervioso, respuesta física de ansiedad	1. implementar estrategias para el autocontrol frente a la respuesta de ansiedad 1.1. identificar la respuesta de ansiedad 1.2. conocer como la respiración actúa sobre la disminución de la respuesta de ansiedad 1.3. aprender y aplicar la respuesta de relajación en los momentos de ansiedad	a. Psi coeducación sobre respuesta física de ansiedad b. Técnica de respiración, visualización y auto afirmaciones positivas (tomando como base los rituales religiosos que practica todos los días)	1 2

<p>2. Permisividad por parte de la familia en el mantenimiento de las conductas de culpa y aislamiento, por imposición de la paciente.</p>	<p>2. Eliminar en el ambiente contingencias positivas respecto al mantenimiento de las conductas problema</p> <p>2.1. Identificar miembros de la familia que mantiene las conductas</p> <p>2.2. Explicar a la familia como esta pasividad mantiene la problemática</p> <p>2.3. Generar estrategias con los familiares para modificar estas contingencias.</p>	<p>c. Psi coeducación a la familia sobre trastorno del estado del animo</p> <p>d. Modificación de roles y activación de la red de apoyo familiar</p>	<p>7</p> <p>8</p>
<p>3. Conductas recurrentes de evitación respecto a las situaciones conflictivas para el consultante.</p>	<p>3. Eliminar conductas de evitación frente a situaciones conflictivas para el consultante</p> <p>3.1. Identificar situaciones que ocasionan la respuesta de evitación</p> <p>3.2. Identificar patrones adaptativos de comportamiento</p> <p>4. Llevar a la práctica los comportamientos aprendidos</p>	<p>e. Desensibilización sistemática</p> <p>f. Entrenamiento en auto instrucciones</p> <p>g. Exposición en imaginería</p>	<p>12</p> <p>3</p> <p>11</p>
<p>4. Estilo de comunicación pasivo, estilos de pensamiento inadecuados que mantiene la pasividad</p>	<p>5. Implantar estrategias de comunicación asertiva</p> <p>5.1. Identificar estilo de comunicación vigente</p> <p>5.2. Identificar bajo qué circunstancias se presenta este estilo de comunicación</p> <p>5.3. Identificar creencias y distorsiones cognitivas que mantiene la comunicación no asertiva.</p> <p>5.4. Trabajar sobre las distorsiones cognitivas</p> <p>5.5. Identificar en que momentos ha logrado un estilo de comunicación asertivo</p>	<p>h. Entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p>i. Reestructuración cognitiva (según distorsiones identificadas debate de pensamientos ej.</p> <p>j. Entrenamiento en auto instrucciones</p> <p>k. Desensibilización sistemática</p>	<p>9</p> <p>10</p> <p>4</p> <p>5</p>
<p>5. Pensamientos distorsionados que mantiene y refuerzan la presencia de pensamientos de culpa y evitación</p>	<p>6. Modificar distorsiones cognitivas y esquemas inadecuados que justifican o mantiene la creencia sobre los pensamientos culpa y evitación</p> <p>6.1. Identificar distorsiones cognitivas</p> <p>6.2. Modificar los pensamientos distorsionados</p>	<p>l. Reestructuración cognitiva</p>	<p>6</p>

Anexo 6. Evaluación multimodal

Eje I: Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención

CODIGO	NOMBRE
V62.82 (Z63.4)	Duelo no complicado

Eje II: Trastornos de la personalidad Y/O Retraso mental

CODIGO	NOMBRE
N/A	N/A

Eje III: Enfermedades médicas

CODIGO	NOMBRE
I10	Hipertensión hipertensivo(a) (acelerada) (benigna) (esencial) (idiopática) (maligna) (primaria) (sistémica)

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario	
Problemas relativos al ambiente social	Aislamiento social ocasionado por la no aceptación de la muerte de la pareja y conductas aprendidas durante el tiempo de matrimonio
Problemas relacionados con la enseñanza	
Problemas laborales/académicos	
Problemas de vivienda	
Problemas económicos	
Problemas relativos al acceso a servicios médicos	
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen	
Otros problemas psicosociales y ambientales	

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global Puntuación: 75

28/11/2016 Tareas para 03/12

- 1) Traer Deporte escrito de como se venía antes como lo ven ahora, que ven a mejorar si están contentos con los resultados
- 2) Sacar fotos de las actividades que se realizan durante la semana. Todas las lunas.

AH 

Fecha: 28/11/2016
Hora: 4:30 PM
Teléfono: 3216612016

28/11/2016 Tareas

- 1) Sacar 5 cosas de donde María Nilda participaba antes. Cada vez que entra a la casa.
- 2) Cada vez que me pregunta a que voy al Cementerio: Voy a visitarla y a darle cosas por lo que ella fue.
- 3) Albergar la Financiación del osario.

AH 

Fecha: 28/11/2016
Hora: 5:00 PM
Teléfono: 3216612016

28/11/2016 Tareas para la casa

- 1) Arreglar o cambiar el mensaje de foto María Nilda Foto de Basilio y Foto para la casa.
- 2) Con un calendario y escribir fechas de las actividades con la parroquia y los compañeros fallecidos.
- 3) Reunirse al Club de los Pensionados católicos.
- 4) Leer los salmos con Alvaro 2 veces a la semana. Terminar acordar algo bueno de María Nilda y a Gracias.

AH 

Fecha: 28/11/2016
Hora: 4:50 PM

Hoja	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Semana 1-5 Agosto	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana 8-13 Agosto	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana 15-20 Agosto	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana 22-27 Agosto	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana 29 Agosto al 03 Septiembre	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana 05 al 10 Septiembre	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana del 12 al 13 Septiembre	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana del 19 al 24 Septiembre	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen
Semana del 26 al 30 Septiembre	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen	Buen