



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Eficacia de la intervención cognitivo conductual en el trabajo de duelo en adultos

Tipo de investigación: Empírica, estudio de caso

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MIRELY LUNA CONTRERAS

DIRECTOR: MTRA. CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA

VOCAL: LIC. CRISTINA GONZÁLEZ MÉNDEZ



Los Reyes Iztacala Tlalneantla, Estado De México, 17 de febrero de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Cuando pienso en agradecer, vienen a mi mente varias personas que de una u otra manera contribuyeron en la redacción de este manuscrito.

Mi primer agradecimiento es a mis hijos, Mar y Adrián, porque entiendo que todas aquellas tardes que estuve sentada frente a la computadora realizando tareas e investigaciones, representan mi ausencia en sus vidas, por éso, agradezco su comprensión y valoro muchísimo su apoyo incondicional en la realización de mis sueños.

A mis padres, porque hoy que soy madre puedo entender lo difícil que es formar a un hijo, gracias, porque estoy segura de que la educación que me dieron, hoy me permite concluir mi segunda carrera profesional.

También agradezco a mis hermanos Yely y Silver, porque la vida siempre es mejor con Ustedes a mi lado. A mis queridos sobrinos, porque estoy segura de que siguen nuestros pasos, así que sin duda son mi inspiración para seguirme cultivando.

Un inmenso agradecimiento a ti Ximena (su pseudónimo), mi primer paciente. Gracias por creer en mi y por darme la oportunidad de contribuir con un granito de arena en tu bienestar.

Concluyo con mi más profunda gratitud a mi asesora, gracias Mtra. Christian Sandoval Espinoza, por su asesoramiento y acompañamiento a lo largo del manuscrito, sin duda la calidez y profesionalidad en su forma de trabajo, me hizo sentir segura y aprender muchísimo.

INDICE

Justificación	8
Planteamiento del problema	10
Pregunta de investigación	10
Objetivos	
Objetivo general	10
Objetivos específicos	11
Hipótesis	11
Marco Teórico	
CAPÍTULO I. El duelo y su abordaje	
1.1. Antecedentes del duelo	12
1.2. Definición de duelo	13
1.3. Conceptos básicos	14
1.4. Epidemiología y prevalencia	15
1.5. Tipologías de duelo	15
Duelo normal	16
Duelo anticipado	16
Duelo inhibido o negado	16
Duelo patológico	16
Duelo crónico	16
1.6. Sintomatología	17
Síntomas cognitivos	17
Síntomas emocionales	17
Síntomas de conducta	17
Síntomas orgánicos	17
1.7. Principales causas	17
1.8. Teorías explicativas sobre el duelo	18
El duelo desde una perspectiva Psicoanalítica	18
El duelo desde una perspectiva Humanista	19

El duelo desde una perspectiva Cognitivo-Conductual (TCC).....	20
Manejo e intervención del duelo	21
Modelo de Worden	22
Tratamiento de duelo complicado planteado por Katherine Shear	23
Orientación Cognitivo-Conductual	24
1.9. Evaluación del duelo	25
Inventario de duelo complicado (IDC)	25
Inventario de Experiencias en Duelo (IED)	25
Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC)	25
Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)	26
Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (VRCRD)	26
 CAPÍTULO II. La terapia Cognitivo Conductual (TCC)	
2.1 Antecedentes	27
Teoría Conductual	27
Terapia Cognitiva	30
2.2 Autores	
Jhon B. Watson	30
Iván Petrovich Pavlov	31
B. F. Skinner	31
E. L. Thorndike	31
Eduward Lee Thorndike	31
Carlk L-Hull	32
Jean Piaget	32
Jerome Bruner	32
David Paul Ausubel	33
Aaron Temkin Beck	33
Albert Ellis	34

George Kelly	34
Donald Meichembbaum	35
2.3 Premisas y principios de la TCC	
Premisas	35
Principios	35
2.4 Conceptos básicos	36
2.5 Técnicas de evaluación	37
2.6 Técnicas de intervención	37
Desensibilización sistemática (DS)	37
Técnica de moldeamiento	38
Entrenamiento en autoinstrucciones	38
Entrenamiento en resolución de problemas	39
Técnicas de autocontrol	39
Técnicas de relajación y respiración	39
Inoculación de estrés	40
Técnicas de exposición	40
2.7 Conexiones de la Terapia Cognitivo Conductual con el proceso de duelo	41
Método	
Escenario	42
Diseño de investigación	42
Variables	43
Participante	44
Ficha de identificación	44
Motivo de consulta	44
Instrumentos	45
Técnicas de recolección de información	46
Plan de tratamiento	46
Procedimiento de aplicación	50
Fase A (Pre-evaluación)	50
Fase B (Intervención).....	52

Fase A (Pos-evaluación)	54
Técnicas de análisis de información	54
Consideraciones éticas	55
Análisis y resultados	55
Técnicas de análisis de información empleadas	55
Instrumentos	56
Resultados de la evaluación psicológica.	
Autobiografía	56
Inventario de duelo complicado (IDC)	56
Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	57
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	58
Escala de ideación suicida de Beck (ISB)	59
Test de inteligencia factor “g” de Catell. Escala 3	59
Test de personalidad 16 Factores (16PF)	59
Categorías de análisis	61
Análisis del discurso	61
Hipótesis emergentes	64
Categorías de análisis subsecuentes	65
Hipótesis emergentes formuladas tras meta análisis	65
Discusión	66
Limitaciones teóricas y metodológica	67
Fortalezas y debilidades de la intervención	68
Líneas futuras de investigación	68
Conclusiones	69
Competencias profesionales alcanzadas	71
Referencias bibliográficas	72
Anexos	75

Eficacia de la intervención cognitivo conductual en el trabajo de duelo en adultos.

Resumen

El DSM-5 define al duelo como un cuadro clínico representado por sentimientos de tristeza, aflicción o sufrimiento considerados "reacciones normales"; siempre y cuando no sea persistente y la persona lo haya superado en un máximo de 12 meses, los estudios indican que se deben considerar en un duelo patológico. En estos casos la intervención psicológica busca lograr una respuesta adaptativa y recuperar el bienestar general en los pacientes. En este trabajo se analizó la eficacia de la intervención cognitivo conductual en el trabajo de duelo con una mujer de 39 años de edad, quien transita por una serie de pérdidas que produjeron un duelo patológico. Se empleó un diseño ABA, puesto que permite hacer una primera evaluación que permite identificar el tipo de duelo por el que transita la paciente, se ejecutó el tratamiento y se realizó una post-evaluación para verificar la eficacia del tratamiento. Los resultados arrojados en la post evaluación comprueban la efectividad del tratamiento a través de las técnicas de terapia de exposición, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y Terapia racional emotiva conductual.

Palabras clave: Duelo, pérdida, ansiedad, depresión, estudio de caso.

Abstract

The DSM-5 defines grief as a clinical picture represented by feelings of sadness, grief or suffering treated "normal reactions"; As long as it is not persistent and the person has overcome it in a maximum of 12 months, studies indicate that they should be considered in a pathological grief. In these cases the psychological intervention seeks to achieve an adaptive response and recover the general well-being in the patients. In this work, the efficacy of cognitive-behavioral intervention in grief work was analyzed with a 39-year-old woman, who is experiencing a series of losses that produced pathological grief. An ABA design was used, since it allows to make a first evaluation that allows identifying the type of grief the patient is experiencing, the treatment was carried out and a post-evaluation

was carried out to verify the efficacy of the treatment. The results obtained in the subsequent evaluation prove the effectiveness of the treatment through exposure therapy techniques, cognitive restructuring, relaxation techniques and rational emotional-behavioral therapy.

Keywords: Grief, loss, anxiety, depression, case study.



Justificación

En nuestra sociedad, la muerte es vista como un acto doloroso que comúnmente es acompañado de ritos que permiten que el proceso que atraviesan los dolientes sea menos complicado; sin embargo, para muchas personas la idea de muerte aún no es asumida como un proceso natural que forma parte de la vida y que tarde o temprano tenemos que enfrentar, lo que hace que las personas que atraviesan por este hecho, presenten dificultades para entenderlo, resignarlo y continuar con una vida de calidad.

A lo largo de mi vida, he podido observar como familiares cercanos, amigos o conocidos, han disminuido su calidad de vida de manera excesiva después de haber enfrentado alguna pérdida significativa en sus vidas puesto que, a pesar del tiempo, el sufrimiento continúa sin que lo puedan superar. En algunos casos las personas presentan cambios en su actuar cotidiano, sin notarlo, únicamente pierden el deseo o sentido por hacer las cosas, por lo que no consideran necesario pedir ayuda de un profesional de la salud o apoyo psicológico para superarlo. Ésto me lleva a pensar que, como sociedad, aún no estamos educados para buscar ayuda profesional y así poder enfrentar de mejor manera situaciones dolorosas como es el duelo.

Por otro lado, es importante mencionar que el proceso de duelo no solamente se encuentra implicado en el fallecimiento de un familiar o conocido, ya que la separación de un ser querido por factores como cambio de residencia, separación de la pareja o afrontar una enfermedad degenerativa, entre otros, también se viven como duelo, debido a que tienen un impacto emocional negativo en las personas obstaculizando asumir esa pérdida, por lo tanto es importante en esos casos intervenir con un tratamiento terapéutico que permita sacar a flote al paciente que lo vive.

Las personas que están pasando por un duelo, se enfrentan no sólo a la ausencia de su ser querido, sino a un sinfín de situaciones como son la pérdida de satisfacción, la seguridad que la persona ausente les proporcionaba, la estabilidad económica o un sentimiento de culpa entre otros factores que debe reestructurar para poder salir adelante antes de que se convierta en una patología. Vivir el duelo es un proceso necesario ya

que, de lo contrario, puede provocar problemas para realizar las actividades cotidianas, depresión, tristeza profunda o incluso deseos de morir o haber muerto junto con el ser querido.

Lo anterior nos permite inferir que todos desarrollamos diferentes formas para encarar el proceso de duelo, por lo que me veo en la necesidad de analizar y concebir un método terapéutico idóneo para ayudar a los pacientes que lo enfrentan, además de poder valorar si la persona que está viviendo el proceso requiere apoyo especializado o buscar la ayuda profesional que sea pertinente de acuerdo a sus necesidades.

De ahí que cada persona va a asumir el duelo de manera diferente ya que influirán factores como la edad en que le tocó vivirlo, los vínculos que lo unían, los intereses religiosos, su nivel de conocimientos o estabilidad emocional, entre otros, pero esas diferencias no impiden que sea doloroso y los vuelva vulnerables frente a la situación.

En los manuales diagnósticos, como el DSM-5, se afirma que transitar por un proceso normal de duelo, tiene un estimado de un año para que la persona pueda adaptarse a sus nuevas circunstancias de vida, aceptar la pérdida y resolver cada etapa del duelo, de otra manera se puede considerar patológica y será necesario la intervención profesional para evitar que esto afecte su estabilidad emocional.

Ahora bien, existen diferentes teorías dentro del área de la Psicología que abordan el proceso de duelo; de tal suerte que, en esta ocasión, se realiza un estudio, de diferentes Modelos como son el Psicoanálisis, Humanista, Psicodinámico o el Cognitivo-conductual para conocer la manera en que cada corriente aborda el tema de duelo y la metodología empleada para su tratamiento.

Finalmente, es necesario mencionar que este trabajo se centrará en realizar una búsqueda detallada en diferentes fuentes de información, para analizar el método utilizado en el campo cognitivo-conductual para acompañar el proceso de duelo de manera efectiva en la población adulta.

Planteamiento del problema

Es común que cuando nos enfrentamos a algún padecimiento, normalmente acudimos al médico, dentista u otro profesionalista, para atender nuestra molestia; sin embargo, cuando se trata de un malestar relacionado con nuestras emociones, solemos ignorar los síntomas que se presentan y en la mayoría de ocasiones, ni siquiera los identificamos.

De acuerdo con Meza, García, Torres, Castillo y Martínez (2008), la intensidad del duelo puede provocar en el 16% de las personas una depresión durante un año, ésto si las etapas de duelo normal se han completado, permitiendo que la persona pueda volver a invertir sus emociones en su propia vida. De no afrontar la pérdida de manera normal, existe la posibilidad de resultar el llamado “duelo patológico”, apareciendo complicaciones que pueden provocar la probabilidad de padecer trastornos físicos o conductas suicidas, por lo que considero importante profundizar en el proceso de intervención y apoyo a las personas de duelo, a partir de la Teoría Cognitivo-Conductual.

Pregunta de investigación.

¿Qué elementos debe contener una intervención cognitivo conductual para atender el proceso de duelo con una mujer adulta que ha experimentado varias pérdidas de seres queridos?

Objetivos.

Objetivo general

Construir un tratamiento cognitivo-conductual a partir del trabajo clínico de un adulto que transita por el proceso de duelo patológico.

Objetivos específicos

- Comprender los factores y las variables que frenan el proceso de duelo.
- Aplicar las estrategias de intervención cognitivo-conductual en un caso de duelo patológico con una usuaria adulta.
- Analizar el proceso psicoterapéutico de un caso único respecto a la elaboración del duelo.

Hipótesis

La intervención cognitivo-conductual es eficaz en el abordaje de duelo con adultos.



MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. El duelo y su abordaje.

1.1 Antecedentes del duelo

Es importante formarnos una idea acerca del modo en que se ha concebido socialmente la muerte a lo largo de la historia de la humanidad y la manera en que se ha rendido culto a los muertos, ya que esto nos permite entender la manera en cómo vivimos el duelo frente a distintas circunstancias como pueden ser la pérdida de familiares como nuestros padres, hermanos, pareja, hijos o amigos; la pérdida de cosas materiales, el trabajo, algún órgano de nuestro cuerpo, etc.

Sabemos que el tema de la muerte no es algo nuevo, sino existente desde la época prehistórica, para muestra, Pacheco. (2003) explica que el ser humano, siempre se ha preocupado por la forma en que había de tratar a sus cuerpos, el lugar para depositarlos y los ritos que se habían de celebrar, todo ello pensando en la continuidad de la existencia en una dimensión diferente. Ejemplo de ello, es la explicación que hace de los egipcios quienes creían que el cuerpo denominado Ka, debía cuidarse ya que su espíritu (Akh), lo dejaba temporalmente y rencarnaba en un ave y después de un tiempo volvería al cuerpo y si no lo encontraba el Ka o cuerpo se extinguiría, situación que explica todo el proceso de embalsamamiento que llevaban a cabo. De igual manera, Rodríguez, (2012), investiga sobre el pensamiento de los pueblos náhuatl, que explica que al morir una persona su ánima (alma), seguirá un camino dependiendo del comportamiento que haya tenido en vida, de esta manera las ánimas de las personas con conductas adecuadas irán al cielo para descansar sin pena, sin embargo, las ánimas con una conducta contraria se dirigirán al Mikltan, el infierno, en donde pagarán una condena por sus malos actos.

Una noción más, la conseguimos gracias a la investigación realizada por Villaseñor-Bayardo & Aceves. (2013), nos hablan de los antiguos mexicanos quienes no temían la muerte, ya que no era vista con angustia ni atemorizante, para ellos el más allá no significaba sufrimiento por lo tanto no había que temerle, lo que si era digno de considerar

eran las circunstancias que provocaban la muerte, dado que a través a través de los ritos funerarios y de duelo podían realizar la catarsis que dejaba la ausencia y poder volver a la normalidad. Estas formas de ver la muerte nos permiten entender la representación de culto que se vive en México como parte de las tradiciones conocidas como Día de Muertos, que enmarca un complejo simbolismo sobre la vida en relación con la muerte y que es acompañado de una gran diversidad de ritos funerarios que reflejan las tradiciones y costumbres de los pueblos facilitando a las personas el hacerle frente a todo el proceso de duelo que conlleva la pérdida.

1.2 Definición de duelo

El término “duelo” se puede emplear cuando una persona enfrenta la pérdida de algo que había tenido, por lo tanto, es necesario conocer algunas definiciones:

La etimología de la palabra duelo proviene del latín dolus que significa dolor, lástima o aflicción por la muerte de alguien.

Para García, Grau Abalo & Pedreira (2014), el duelo es un período de crisis que puede dar lugar a complicaciones psiquiátricas y a alteraciones físicas, que en algunos casos puede tratarse de trastornos que surgen como descomposiciones crónicas o conductas de riesgo.

Por otra parte, para Ana Freud (citada en Guillén; Gordillo, Gordillo, Ruiz & Gordillo (2013), definió el duelo sano como “el esfuerzo exitoso de un individuo por aceptar que se ha producido un cambio en su mundo externo y también que él debe realizar los cambios correspondientes en su mundo interno, representacional y reorganizar en consecuencia su conducta de apego”.

Una definición más, es la que hace Caruso, 1975, citado por Lira Elizabeth (2010), quien menciona que el duelo implica iniciar un proceso de elaboración que promueve una desidentificación con lo amado o perdido. Diferenciando entre aquello que ha muerto, que se ha perdido con la vida del sobreviviente.

Galindo (2014, Citado en Carmona & Brancho De López, 2014), define el duelo como una reacción psicosomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo significativo para nosotros, un sufrimiento moral causado por una pérdida significativa que alimentaba la autoestima de una persona y trae el deterioro de su dignidad humana.

El DSM-5, en su reciente publicación, lo sigue enmarcando dentro del código V62.82, como aquellos problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no atribuible a trastorno mental, que a su vez podría ocasionar síntomas similares a la depresión mayor, estrés postraumático, insomnio y anorexia, siendo la evolución crónica (Romero, 2013).

Estas acepciones nos permiten visualizar el duelo como un hecho ineludible en la vida del ser humano, que genera sentimientos de depresión, estrés, ansiedad y frustración, afectando aspectos sociales, físicos, afectivos, emotivos, etc., por esta razón, es necesario que las personas que lo viven transiten por un proceso que sirve para acompañar al doliente en ese trance difícil de la vida.

1.3 Conceptos básicos

Duelo: en palabras de López (2011), es una reacción y adaptación psicológica ante la pérdida de algo apreciado, vinculado al individuo: personas, objetos, mascotas, ilusiones, proyectos, etc.

Muerte: Carmona et al. (2014), define la muerte como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, con ella concluye todo proceso biológico y las relaciones sociales.

Dependencia emocional: Muchos autores la definen como un rasgo de la personalidad que consiste en la necesidad extrema de orden efectiva que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones.

Apego: se entiende por cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona retenga la proximidad de otro individuo diferenciado o preferido, que suele

concebirse como más fuerte o más sabio Bowlby, (1973, citado en González, & Ysern; y Matéu, & Barreto, 2010).

Depresión: conjunto de criterios o síntomas que se presentan en un período de tiempo (DSM-5, 2013; citado en Moscoso, 2014).

Angustia: neuro-fisiológicamente se define como un estado generalizado de excitación, psicológicamente traducido como un sentimiento de amenaza o peligro, al que el ser humano se siente existencialmente expuesto, vivenciando la falta de protección (Längle, 2005).

Sentimiento de pérdida: hace referencia al sentimiento de dolor ante la privación de algo que es muy querido.

1.4 Epidemiología y prevalencia.

El número de adultos o personas de la tercera edad que han sufrido un duelo es alto especialmente porque enfrentan la pérdida del conyugue, o los amigos de generación, la independencia una vez que los hijos se han casado, la jubilación que implica la separación de las actividades laborales desencadenando depresión en un 20 % de ellos. García, et al, Indica que alrededor del 20 % de pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos, tienen un duelo no resuelto, mientras que el INEGI en 2015, registró 655 mil 688 defunciones.

1.5 Tipologías del duelo.

Como se ha mencionado anteriormente, el duelo forma parte de cualquier sociedad, y cada persona lo vive de manera distinta, por lo tanto, existen diferentes procesos para enfrentar el duelo, Gómez, Castillo, Sauri & Martínez (2008) mencionan los siguientes:

Duelo normal. Es el más frecuente, ya que la conducta y comportamiento de la persona afectada son considerados como una reacción humana natural independientemente de las circunstancias que acompañan la pérdida.

Duelo Anticipado. Este tipo de duelo no inicia con la pérdida del objeto amado, sino mucho antes, cuando se ha pronosticado la posible pérdida; paralelamente, se produce tristeza en el familiar, pero aunada a una adaptación a la nueva situación que se acaba de recrear preparándose para la despedida.

Duelo inhibido o negado. Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida.

Duelo Patológico. También llamado no resuelto, complicado o retrasado, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución.

Se considera cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo, se presenta un cambio en la conducta del sujeto o invalida su vida, aumentando su ocupación en la pérdida.

El DSM-5, presenta criterios para un Trastorno por duelo complicado y persistente, indicando que el sufrimiento por la pérdida de alguien con quien se mantenía una relación cercana, con presencia de sintomatología la mayor parte de los días, clínicamente significativa, y que persiste al menos 12 meses para los adultos y 6 meses al menos para los niños (Rodríguez & Perona, 2014, p.6).

Duelo crónico. Es de duración excesiva sin llegar a una conclusión satisfactoria, se puede alargar toda la vida.

1.6 Sintomatología.

Sin duda los signos y síntomas del duelo, pueden variar de una persona a otra; sin embargo, es frecuente que el doliente presente la siguiente sintomatología que se ha identificado como propia del duelo:

Síntomas cognitivos: se refieren al estado mental del doliente, pueden presentarse como alteraciones en la concentración, negación, incredulidad, pensamientos o imágenes recurrentes, sentido de presencia, distorsiones cognitivas, confusión, falta de interés, preocupación, alucinaciones auditivas o visuales.

Síntomas emocionales: en esta dimensión se consideran todos los sentimientos que el doliente presenta en su interior, se ven reflejados en su estado de ánimo y pueden ser principalmente los siguientes: tristeza, angustia, apatía, impotencia, enfado, rabia, culpa, remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga, insensibilidad, indiferencia, desamparo, anhelo, liberación, alivio o extrañeza tanto en lo individual como ante el mundo habitual.

Síntomas de conducta: referido a cualquier cambio que presenta la persona en su comportamiento con respecto a un patrón previo en la conducta, como trastorno del sueño, alimentación, conducta distraída, aislamiento social, conductas de evitación, suspirar, buscar el sujeto u objeto perdido, hiperactividad o agitación, visitar lugares significativos, atesorar pertenencias o llorar excesivamente.

Síntomas orgánicos: son todas aquellas molestias físicas que pueden aparecer en el doliente, como dolor en el pecho, vacío en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, tensión muscular, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad en la boca, palpitaciones, etc.

1.7 Principales causas.

Lo expuesto en el presente trabajo nos permite entender que la manera en que se vive el duelo se encuentra relacionado con el entorno, la personalidad y los rasgos sociales

que nos has sido heredados; sin embargo, es importante mencionar que existen una serie de causas que provocan que una persona adulta transite por el proceso del duelo son:

- Muerte repentina o violenta del conyugue, familiares o amigos de generación, causada por accidentes o suicidios.
- La separación de la pareja al presentar problemas conyugales que aparentemente ya no pueden solucionar y tolerar.
- La jubilación después de haber cumplido los años o edad en el servicio prestado.
- Separación de los hijos por contraer matrimonio o alejarse del núcleo familiar por una mejor oferta laboral.
- Aislamiento social o separación de los amigos.
- Factores de tipo orgánico como la pérdida de algún órgano del cuerpo, enfrentar alguna enfermedad degenerativa, etc.

1.8 Teorías explicativas sobre el duelo

a) El duelo desde una perspectiva Psicoanalítica.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el duelo es considerado un proceso doloroso que resulta al retirar la carga libidinal de su objeto asignado, generando en el sujeto una experiencia de pérdida, de empobrecimiento de su yo y reconfiguración de la realidad. El duelo adquiere una percepción subjetiva relacionada entre la cantidad de carga libidinal y el sentimiento doloroso.

De esta manera, el proceso de duelo se encuentra presente en el sujeto mientras la carga libidinal es retirada del objeto perdido, sin desaparecer y es redireccionada hacia otro objeto, lo que implica un desafío a la estructura subjetiva para producir un nuevo significativo a nivel simbólico. Así, el trabajo de duelo permite establecer una relación

distinta con el ser amado, sin renunciar a dicha relación, pero reconociendo su ausencia y representación simbólica.

Para el Dr. Freud (citado en Herrera y Nobles y Acuña, 2011), el duelo es por lo general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la Patria, la libertad, un ideal, etc.

El duelo se encuentra íntimamente relacionado con los estados depresivos, la melancolía y las relaciones objetales provocando la fractura del yo a consecuencia de la pérdida por lo tanto puede llegar a afectar el cuerpo.

Sigmund Freud plantea que el sujeto puede saber qué o a quién perdió, pero no lo que perdió en él, es decir, los atributos que depositó en ese objeto, por lo tanto, el duelo vence poco a poco la pérdida del objeto, puesto que mientras existe absorberá todas las energías del yo implicando un trabajo lento y doloroso para lograr separar la libido del objeto, de esta manera el sujeto pierde todo interés por lo exterior y por la intención de amar.

En el texto de duelo y melancolía (1917), Freud explica que el proceso “normal” del duelo consiste en: 1) Se da la pérdida, 2) Se vive la pérdida de energía psíquica, 3) Se elabora paulatinamente conforme se le retira dicha libido, 4) La energía pulsional regresa al yo y 5) La pulsión se puede redirigir a otros objetos, proyectos o actividades.

La teoría Psicoanalítica ha permitido abordar el duelo desde una perspectiva Intrapsíquica, abordar aspectos inconscientes y los sentimientos que van más allá de un dolor de orden psíquico, mayor al desconsuelo o el pesar. La elaboración del duelo permite al yo la liberación del dolor en la medida que la libido inviste nuevos objetos Herrera et al. (2011).

b) El duelo desde una perspectiva Humanista

El duelo lo concibe como un proceso normal en la vida de cualquier persona; sin embargo, es causante de dolor y este dolor es causado por un vínculo de apego construido entre

el sujeto y el objeto perdido, de esta manera el duelo inicia con la ruptura de ese vínculo y la vivencia dolorosa depende del valor dado a ese objeto perdido.

El humanismo concibe al sujeto como un ser que tiene la capacidad de aceptar las pérdidas y lograr trascender a partir de ello, para Víctor Frankl (2004, citado en Orejuela & García, 2011), el duelo es un proceso que se lleva a cabo a partir de vivencias traumáticas que afecta a la persona. En su experiencia, el duelo es un proceso que se vive por situaciones extremas afectando anímica, psíquica, física y espiritualmente al sujeto.

Para el humanismo el duelo son las reacciones que suscita la pérdida de algo que realmente tenga valor para el sujeto que lo experimenta. Ese evento doloroso permite al sujeto reconocer en sí mismo la fortaleza interna y sus capacidades para superar el duelo e iniciar la búsqueda en ese sentido. (Orejuelas et al., 2011).

Al igual que la corriente psicoanalítica, el humanismo atribuye una percepción dolorosa distinta a cada situación, ya que dependiendo del valor que se le atribuya al objeto perdido dependerá la percepción que el sujeto elabora durante el duelo para reorganizar sus actividades cotidianas.

En esta corriente teórica el sujeto debe evaluar su realidad y percibir que el objeto perdido ya no volverá, de esta manera podrá buscarle sentido a su propia vida. La forma en que se viva este proceso, dependerá de la capacidad que tenga el sujeto para elaborar una nueva relación con el objeto ausente.

c) El duelo desde una perspectiva Cognitivo-conductual (TCC)

Desde el punto de vista conductual, el duelo es un patrón de respuestas psicológicas y fisiológicas que continúan luego de vivir la pérdida de un objeto o sujeto con alto valor afectivo y funcional (Carmona, 2009).

Romero (2013), menciona que la conceptualización cognitiva conductual considera tres variables fundamentales en la aparición y mantenimiento del duelo complicado:

- a) Una mala elaboración e integración de la pérdida realizada por la persona.
- b) Presencia de creencias globales o negativas e inadecuada interpretación de las reacciones y manifestaciones que se producen.
- c) Desarrollo de estrategias de afrontamiento ansioso-depresivas al abordar lo sucedido.

Para esta autora, la experiencia traumática es provocada por los factores de vulnerabilidad personal del doliente, las características que rodearon el suceso y las características de la pérdida, por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en:

Realizar un procesamiento adecuado de lo sucedido e integrar la pérdida en la autobiografía existente, identificar y cambiar las creencias e interpretaciones problemáticas y reemplazar las estrategias ansioso depresivas de evitación.

1.9 Manejo e intervención del duelo.

Es fundamental que una persona que transita por el duelo recurra al asesoramiento psicológico, sobre todo cuando existe la posibilidad de padecer un duelo complicado. Las personas que transitan por el proceso de duelo deben atravesar por diferentes momentos cada uno con sus particularidades y características socioafectivas con la finalidad reconstruir un nuevo significado en sus vidas.

Salgado-Ruiz, Nobles-Montoya & Ruiz-Arias (2011) plantea como primer momento del duelo la negación de lo ocurrido, indicando que no existe claridad de lo sucedido ni aceptación; un segundo momento es la confrontación con la pérdida, implicando una confrontación con lo que ya no está provocando en la persona sentimientos de culpa, angustia y desesperanza; un tercer momento es la asimilación de la nueva situación, surgen nuevas motivaciones, una nueva dinámica de vida y la posibilidad de ligarse afectivamente a otros objetos, lugares, personas y situaciones.

Mesa (2001 citado en Salgado-Ruiz, Nobles-Montoya, & Ruiz-Arias, 2011), explica que durante el proceso de elaboración del duelo se vuelven necesarias las prácticas culturales como rituales, las terapias, el perdón, el olvido, la venganza, además de los recursos psicológicos del doliente ya que será el medio a través del cual el sujeto de otro significado a la muerte en relación con la vida.

Romero (2013) Menciona que actualmente se encuentra una variedad de modelos con bastante aceptación para el tratamiento del duelo, algunos de ellos se mencionan a continuación.

Modelo de Worden

Consiste en la intervención por fases y por tareas básicas en la elaboración del proceso.

- a) **Aceptación de la realidad de la pérdida.** Consiste en superar la negación inicial en que se encuentra la persona, intentando que entienda que el objeto perdido ya no estará más, hablar de los rituales funerarios, las circunstancias que rodearon la muerte o pérdida, hablar del objeto perdido en pasado.
- b) **Identificar y expresar sentimientos.** Se trata de encauzar y expresar las emociones, permitir su expresión y normalizarlas, puede ser de manera escrita, por dibujos, fotos, hablar del fallecido, estructurar pensamientos erróneos que puedan surgir.
- c) **Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está.** Consiste en guiar al paciente para que resuelva los problemas que se le presentan y generar estrategias y herramientas que lo ayuden a afrontar y responde a las nuevas demandas que enfrenta.
- d) **Facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo.** No implica olvidar sino recordarla sin dolor, entablar nuevas relaciones, transformar las emociones.

Tratamiento de duelo complicado planteado por Katherine Shear

El tratamiento es indicado para las personas que transitan por un duelo complicado, se enmarca en la teoría del apego y utiliza técnicas de la terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual e intervención motivacional. La metodología se estructura en tres bloques:

El primer bloque: la fase introductoria del tratamiento. Abarca tres sesiones centradas en obtener la historia clínica completa de las relaciones interpersonales que tiene el paciente con su familia y se lleva un registro de las circunstancias que rodearon la muerte del ser querido. Se recoge información de muertes anteriores. Se explora cómo son las relaciones sociales actuales, situaciones de estrés presentes y recursos de afrontamiento con que cuenta el paciente.

El segundo bloque: fase intermedia del tratamiento. Consiste en aplicar técnicas que permitan al paciente revivir lo ocurrido, como ejercicios de exposición en imaginación, resaltar y recordar vivencias, esto, con la finalidad de que pueda expresar su dolor y exponerse a lugares y situaciones que suele evitar. La intervención se centra en recordar las características y situaciones positivas relacionadas con la persona querida. Se finaliza con una síntesis y valoración de los objetivos importantes que tenía en su vida, que no compartía con su ser querido integrando la capacidad de sentir satisfacción.

Tercer bloque: fase final del tratamiento. Consiste en hacer una revisión de los avances alcanzados y planificar lo que se necesite fortalecer para completar el tratamiento. Se relaciona con el cierre de la pérdida y la cercanía de su ser querido en relación con otras pérdidas.

Orientación Cognitivo – conductual

Fase 1. Describir la conceptualización y formulación de los problemas que tiene el paciente. Evaluación exhaustiva de las cogniciones, emociones y comportamientos del paciente. Se evalúa la problemática principal y se formula una hipótesis sobre aquellos factores que favorecen y desarrollan la interacción que se está dando. En esta fase se puede preguntar sobre pérdida, los recuerdos presentes, presencia de eventos

estresantes relacionados, cómo fue esa muerte, puede responder un cuestionario, etc. Se complementa con información que permita al paciente una comprensión general de lo que está viviendo sobre las manifestaciones y reacciones propias del duelo, cómo funcionan las emociones, cómo se encauzan y cuáles son los comportamientos habituales.

Fase 2. Fase intermedia de la terapia: el objetivo es el logro de un conocimiento real de lo que la pérdida ha significado en su vida, reconocer los sentimientos más dolorosos, vinculados con la pérdida. Se utilizan técnicas de inundación que permitan realizar una exposición en imaginación, que reviva la historia de manera graduada para realizar una transformación de los procesos que mantienen la complicación del duelo y transite a creencias favorables de adaptación.

A través del diálogo socrático, se identifican creencias que se van trabajando mediante la reestructuración cognitiva y experimentos adaptados al repertorio del paciente para desmontar cogniciones erróneas. Las técnicas de exposición permiten identificar pensamientos y creencias que evitan entender la pérdida.

Fase 3. Evaluar el curso del tratamiento y trabajar prevención de recaídas. Es necesario identificar si el desarrollo de la terapia se ha ajustado a los objetivos planteados inicialmente, si se observa mejoría clínica en el paciente favoreciendo el manejo de las emociones que interferían con la elaboración del duelo.

1.10 Evaluación del duelo.

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, el duelo abarca una amplia gama de síntomas que es necesario conocer y evaluar para ayudar al paciente a elaborar una adecuada adaptación de la pérdida. Para recabar la información el terapeuta puede hacer uso de entrevistas, autoregistro, observación directa, inventarios o cuestionarios que permitan valorar el tipo de duelo que está viviendo el paciente.

Algunos de los instrumentos empleados con mayor frecuencia para evaluar el duelo puedo mencionar los siguientes:

Inventario de duelo complicado (IDC) The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001. La adaptación al español ha sido llevada a cabo por García-García, Ñanda, Echeverría, Grandes, Mauriz y Andollo (2002). El objetivo de este instrumento es evaluar los síntomas asociados al duelo diferenciado entre casos normales y complicados. Consta de una única escala de 19 ítems tipo Likert, que evalúa exclusivamente por la presencia de los síntomas en el momento de la evaluación, con opciones de respuesta que van de 0 (nunca) a 4 (siempre), de esta manera permite establecer si las alteraciones normales persisten más tiempo del recomendable. Los puntajes mayores a 25 corresponden a duelo complicado. El instrumento cuenta con altos niveles de consistencia interna ($\alpha=.94$) y de fiabilidad test-retest ($r=.8$), buenos niveles de validez concurrente con el TRIG (Gamba-Collazos & Navia, 2017)

Inventario de Experiencias en Duelo (IED) The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985. Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001). Su objetivo es explorar las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas. Es un cuestionario auto administrado de 135 ítems dicotómicos.

Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC) (The Risk Index de Parkes y Weiss, 1983). Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002). Su objetivo es detectar el riesgo de duelo complicado, por lo tanto, se debe aplicar después de seis meses de haber enfrentado el fallecimiento. El cuestionario es autoadministrado con una duración de aproximadamente 10 minutos. Consta de 8 ítems, con 5 o 6 posibles respuestas tipo Likert puntuadas entre 0 a 6 puntos dependiendo de la pregunta. El punto de corte está establecido en los 15 puntos. La traducción de este cuestionario presenta una consistencia interna de un alfa de Cronbach adaptada al español de 0.74, test-retest, su validez estaba representada por el 94% de sensibilidad y 45 % en especificidad, presenta una fiabilidad de 0.81 y tiene una correlación con la escala de ansiedad de 0.24 y 0.43 con la depresión. Es considerado un instrumento sencillo para conocer sobre el riesgo de complicaciones en el duelo.

Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD), de Faschinbuer, Zisook y De Vul, 1987 y adaptado y validado al castellano. Su objetivo es agrupar dolientes en cuatro categorías: ausencia de duelo, duelo retardado, prolongado y agudo. Es un cuestionario autoadministrado que actualmente consta de 8 ítems relacionados con conductas y sentimientos del doliente en el momento inmediato tras el fallecimiento y 13 ítems sobre sentimientos actuales. Para su evaluación se suman las puntuaciones de cada ítem y se calculan los totales de cada una de las partes del cuestionario. Cuenta con estudios de fiabilidad y validez.

Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (VRCRD). (Soler, Barreto y Yi, 2002). Su objetivo es recoger factores predictores de riesgo de duelo complicado. Diseñado para ser cumplimentado por profesionales de cuidados paliativos. Consta de 19 ítems con respuesta tipo Likert.

Hasta aquí finalizamos la revisión sobre el proceso de duelo, su sintomatología, consecuencias, evaluación y tratamiento. Ahora abordaremos el tema de la terapia cognitiva conductual como abordaje en este tipo de casos.

CAPÍTULO II. La terapia Cognitivo Conductual (TCC)

2.1 Antecedentes

Este enfoque terapéutico se basa en un conjunto de técnicas conductuales, verbales y emocionales que intervienen en una modificación de pensamientos con la finalidad de promover estilos de cognición adaptativos.

La terapia cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes de pensamiento psicológico que son la Teoría conductual o del condicionamiento y la Teoría cognoscitiva, ambas se describen a continuación de manera breve.

Teoría Conductual

Esta Teoría se enfoca en estudiar la conducta observable, en términos de comportamiento observable, habitual y aprendizaje, de esta manera el aprendizaje es considerado un cambio de conducta, se fundamenta en que un estímulo está seguido de una respuesta.

Para el conductismo, el aprendizaje es un cambio permanente en el comportamiento que refleja los conocimientos aprendidos, se presenta de manera constante por lo tanto implica un cambio en las personas y es resultado de un sin número de experiencias, lo que se aprende se hará por medio del proceso estímulo respuesta y reforzamiento.

Esta teoría está representada por diferentes Psicólogos, que a continuación se abordan brevemente; **Iván Pavlov** inicia el conductismo al realizar experimentos con la salivación del perro, dando como resultado el condicionamiento clásico, cuyo principio es que las personas responden a una acción; **John B. Watson** denominado Padre del Conductismo, funda la escuela conductista, lleva la investigación hacia el laboratorio para producir resultados estadísticos significativos, lo que le permitió formular una teoría conocida como *estímulo-respuesta*, también afirmaba que la psicología no estaba interesada en estudiar la conciencia humana, sino la conducta; **B. F. Skinner**, psicólogo conductista representante también del conductismo, coincide con Watson acerca de que la psicología

se encargaba del estudio de conductas observables en los individuos, afirmando que los sujetos responden de acuerdo a la interacción con su ambiente, él agregó que éstas operan sobre el ambiente para producir ciertas consecuencias, por lo tanto el aprendizaje puede darse por medio de cuatro procesos que son la *contigüidad*, *el condicionamiento clásico*, *condicionamiento operante* y *el aprendizaje observacional*.

La *contigüidad* indica que el aprendizaje se presenta mediante asociaciones simples, establece que cuando dos sensaciones ocurren de manera simultánea, se asocian, posteriormente cuando una de las dos ocurra, la otra también presenta una respuesta.

El condicionamiento en Rusia y la psicología comparada en Inglaterra, Europa y América, representan avances independientes en la metodología y en las aplicaciones del enfoque científico al objeto de estudio de la psicología, además de establecer avances en el enfoque científico de la psicología.

Tras una revolución metodológica se lograron establecer las bases, y el objetivismo pasó a ser la modificación de la conducta, misma que buscó establecer la relación que tiene los seres vivos con la adaptación al medio ambiente. Algunos fisiólogos rusos: Iván M. Séchenov, Iván P. Pavlov y Vladimir M. Bechterev, aplicaron los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología y de esta manera desarrollaron los procedimientos de experimentación de la neurofisiología. Iván M. Séchenov (1829-1905), es considerado como el padre de la fisiología rusa ya que introdujo los métodos experimentales. Séchenov descartó totalmente la distinción entre conducta voluntaria e involuntaria, y entre procesos mentales y procesos físicos, argumentaba que los fenómenos psíquicos podían explicarse por entidades concretas, tales como los reflejos, y que podían abordarse con el método científico. Consideraba que el único campo de estudio de la psicología eran los reflejos y los métodos adecuados eran los que empleaba el fisiólogo.

Sus tipos de aprendizaje son el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

Condicionamiento clásico consiste en el aprendizaje por asociación entre dos estímulos, las personas responden de manera automática a estímulos que antes no tenían efecto o presentaban uno distinto, esta respuesta puede presentarse como dolor, placer, miedo o

algún tipo de respuesta fisiológica, este tipo de respuestas involuntarias pueden ser condicionadas o aprendidas para su ocurrencia automática frente a situaciones particulares.

El condicionamiento operante se enfoca en el control de las consecuencias, ya que estas determinan si una persona repetirá o no una acción en el futuro, es decir la frecuencia con que ocurra una conducta dependerá de sus consecuencias, si la conducta presenta consecuencias agradables para el sujeto seguramente se repetirá, pero si las consecuencias son desagradables entonces se debilita o desaparece. Gracias a este condicionamiento, un comportamiento ideal, puede fortalecerse si esta seguido de respuestas favorables por lo tanto tiene a repetirse.

Algunos de sus postulados son:

La conducta está regida por leyes y sujeta a las variables ambientales.

La conducta es un fenómeno observable e identificable.

La conducta es un concepto que incluye todas las relaciones corporales que puedan medirse, aunque no se observen a simple vista.

El lugar ideal para experimentar es el laboratorio.

Las conductas mal adaptadas son adquiridas a través del aprendizaje y pueden ser modificadas por los principios del aprendizaje

Las metas conductuales han de ser específicas, discretas e individualizadas.

La teoría conductual se focaliza en el aquí y el ahora.

Conocer en que consiste esta teoría me ha permitido entender los diferentes procesos que se involucran en el procesamiento de la información, por lo tanto, para que se repita determinado comportamiento, es importante reforzarlo de manera positiva, sin embargo, si considero que es un comportamiento inadecuado, debe aplicarse un castigo para que desaparezca.

La terapia cognitivo-conductual es un enfoque que ha demostrado bastante eficacia en el tratamiento de un amplio espectro de trastornos psicológicos como la depresión, las

fobias y la ansiedad, se centra en reducir los síntomas y aumentar el bienestar lo más rápido posible.

Terapia Cognitiva

Este enfoque teórico se ocupa de estudiar procesos relacionados directamente con el aprendizaje, por lo tanto, numerosos psicólogos han aportado distintas teorías en la materia.

Cada teoría ha contribuido en la elaboración de estrategias de aprendizaje y han tratado de explicar cómo cada sujeto construye su propio aprendizaje. Así mismo, este enfoque cognitivo se presenta como una teoría que sustituye a las perspectivas conductistas.

La Teoría cognoscitiva cuenta con las propuestas de Jerome Bruner, Paul Ausubel y Jean Piaget quienes consideraban como objeto de estudio las representaciones mentales como parte fundamental en las producciones de las acciones humanas.

Para esta teoría, los procesos cognitivos básicos como la sensación, la percepción, la atención y concentración y la memoria son parte fundamental en el aprendizaje por lo tanto se enfoca en estudiar aquellos procesos que se presentan en el sujeto cuando aprende, la forma en cómo interioriza la información para utilizarla en su vida diaria.

Se emplea en identificar los pensamientos negativos que nos hacen daño y luego trabajar en su sustitución por otros que sean más adecuados y útiles, promoviendo sentimientos y comportamientos positivos.

2.2 Autores representativos.

El enfoque conductista clásico o respondiente se representa por las aportaciones de:

John B. Watson (1879-1958). Realizó trabajos sobre el origen de las emociones encontrando que existen tres de ellas que son básicas: el miedo, la rabia y el amor, de estas se derivan las demás. Su más conocido experimento es el de “El pequeño Albert” a quién le produjo una fobia intencionalmente hacia las ratas; realizó su publicación

llamada “Psychology as the Behaviorist Views it” conocida como el “manifiesto conductual”.

Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936). Realizó estudios sobre las glándulas digestivas en los que su método incluía mediciones repetidas de un proceso fisiológico en una preparación crónica. Debido a estos experimentos logró descubrir los reflejos condicionados a los que les dedicó su estudio, en especial al *condicionamiento clásico*.

Pavlov observó que al presentar la comida a un perro por primera vez el perro salivaba cuando la comida llegaba a su boca, sin embargo, los animales que habían sido expuestos a varios ensayos con comida comenzaban a salivar antes del contacto directo con ella. El condicionamiento clásico corresponde al modelo de estímulo-respuesta (E-R).

El enfoque conductista instrumental y neo-conductista es representado por los trabajos de:

B. F. Skinner (1904-1990). Realizó estudios sobre el condicionamiento operante, por ejemplo, la “caja de Skinner” en el que motivaba a una rata a que jalara de una palanca reforzándola con bolitas de comida. Mediante estos trabajos buscaba estudiar el aprendizaje de una conducta a base de estímulos conocidos como *reforzadores*. El condicionamiento operante corresponde al modelo R-E.

Eduward Lee Thorndike (1847-1949). Introduce los métodos de investigación de laboratorio. Centra su investigación sobre la adquisición de respuestas no existentes en el principio del repertorio del organismo, bajo condiciones estimulares específicas e invariables, de igual manera, marca la transición entre la escuela del funcionamiento y del conductismo. Al realizar una investigación con animales concluye que el aprendizaje ocurre gradualmente, independiente de la conciencia, y es el mismo para todos los mamíferos. Su teoría final del aprendizaje fue que la práctica sola no tiene efecto en la asociación (enlace neuronal) y que las consecuencias positivas fortalecen la asociación, pero las negativas las debilitan.

También trabajo sobre el condicionamiento operante, experimentando con la “caja problema de Thorndike” con gatos. Proponía que la conducta era provocada de forma refleja por los cambios estímulares. Creía que la fuerza de los estímulos para actuar como reforzadores procedía de su capacidad para producir placer o dolor.

Clark L- Hull (1884-1952). Determina las leyes científicas que explican la conducta centrándose en el aprendizaje y la motivación. Fue el primero en estudiar los fenómenos de la sugestión y la hipnosis empleando la metodología experimental de tipo cuantitativo. En 1993 publicó su libro “Hipnosis y sugestionabilidad” considerándolos fundamentales para comprender a profundidad la psicología. Planteó que el aprendizaje es un modo de adaptación a los retos del medio, por lo tanto, favorece la supervivencia de los seres vivos, esos hábitos como el hambre, la diversión, la relajación o la sexualidad pueden ser básicos o adquiridos por condicionamiento.

Por último, el enfoque cognoscitivo tiene sus fundamentos en los escritos de:

Jean Piaget (1920). Descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: como las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. Crea la teoría psicogenética del aprendizaje que consiste en una descripción sistemática del desarrollo cognitivo humano y el desarrollo intelectual a partir del funcionamiento biológico del bebé hasta las formas de razonamiento abstracto en la edad adulta.

Sugiere que el desarrollo cognitivo depende de las acciones y concibe los **períodos de desarrollo** de manera rígida y define inteligencia como un proceso vital que permite a un organismo a adaptarse a su ambiente y conforme crece adquiere estructuras cognitivas más complejas.

Jerome Bruner (1960). Fundador de la Teoría del aprendizaje por descubrimiento, esta se basa en propiciar la participación activa del alumno durante el proceso de enseñanza-aprendizaje para la construcción de conocimiento. Considerando que un aprendizaje

efectivo depende, básicamente, de que un problema real se presente como un reto para la inteligencia del alumno motivándolo a enfrentar su solución, con la finalidad que aprenda descubriendo.

David Paul Ausubel (1963). Distingue tres tipos fundamentales de aprendizaje significativo:

- **Aprendizaje representacional:** Se asignan significados a determinados símbolos (palabras) se identifican los símbolos con sus referentes.
- **Aprendizaje de conceptos:** los conceptos representan regularidades de eventos u objetos, y son representados también por símbolos particulares o categorías y representan abstracciones de atributos esenciales de los referentes.
- **Aprendizaje proposicional:** En este tipo de aprendizaje la tarea no es aprender un significado aislado de los diferentes conceptos que constituyen una proposición, sino el significado de ella como un todo.

Señala el aprendizaje significativo, como un mecanismo humano por excelencia para adquirir los nuevos conocimientos que se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del aprendiz. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

Aaron Temkin Beck (1921). Tenía especial interés por desarrollar una forma de psicoterapia más breve y efectiva utilizando técnicas de evaluación. En su obra “Terapia Cognitiva de la Depresión”, cuenta como cuestiona algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, sus propias investigaciones, los pocos éxitos que encontraba con largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, situación que lo lleva a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y la estructura del psicoanálisis. Así que, en su libro, desarrolla una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la depresión dando a conocer técnicas de abordaje terapéutico.

Identifica las distorsiones cognitivas, generalizaciones excesivas, el pensamiento de todo o nada, la minimización y magnificación generada por emociones y conductas negativas.

Construye el primer modelo cognitivo de depresión llamado “la tríada cognitiva”, incorporando tres conceptos que son la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Diseña el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck para medir sentimientos subjetivos de depresión de una persona.

Albert Ellis (1913 – 2007). Desarrolló lo que se conoce como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que trabaja sobre la base de los acontecimientos (A), las creencias (B) y las consecuencias (C), emotivo o conductuales encadenadas para gobernar nuestra conducta. Creador del Modelo ABC. Sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas. Distingue entre ideas irracionales que obstruyen la consecución de nuestras metas al ser absolutistas y las ideas racionales que nos ayudan en la consecución de nuestras metas y objetivos.

A sus 34 años, realiza su formación en psicoanálisis, aplicándolo por aproximadamente seis años, posteriormente presenta la terapia cognitiva y desarrolla lo que se conoce como Terapia Racional Emotiva Conductual, considerado su mayor aporte.

George Kelly (1905 – 1967). Es el primer teórico cognitivo. Presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo.

Usó el entrenamiento Freudiano, utilizó las técnicas de asociación libre e interpretación de los sueños, aunque las consideraba fuera de tiempo y lugar. Crea la Teoría de los constructos personales, indicando que los procesos de una persona son canalizados en formas psicológicas por las formas en que anticipa los eventos.

Su teoría se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle significación a la realidad y su terapia en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales para el individuo. Afirma que existe un número infinito de construcciones alternativas, si una no nos funciona podemos tomar otra. Desarrolla el Constructivismo alternativo que sostiene que, si existe una sola realidad verdadera, la realidad siempre se experimenta desde una u otra perspectiva o construcción alternativa. Precursores, pero se retiran por la falta de evidencia empírica relevante.

Donald Meichenbaum. Considerado uno de los fundadores de la Modificación Cognitiva de la Conducta. Aporta la estrategia de la inoculación de estrés, el tratamiento de la ira y de la violencia, además de valiosas contribuciones al tratamiento del estrés postraumático.

2.3 Premisas y principios de la TCC.

Premisa

Es una forma de terapia que incluye el componente cognitivo señalando que los problemas psicológicos se derivan de patrones distorsionados del pensamiento, influyendo en el estado de ánimo y en la conducta haciendo más significativos los problemas. Nuestros pensamientos, sentimientos y conductas están íntimamente relacionados (Gillihan, 2018).

Principios

Algunos de los principios básicos de la TCC, mencionados por Gillihan, et al. (2018) en su libro “Terapia Cognitivo Conductual Fácil” son los siguientes:

- La TCC enfatiza la colaboración y la participación activa. Permite la colaboración con la finalidad de definir los objetivos del tratamiento y decidir cómo avanzar hacia ellos.
- La TCC está dirigida por objetivos y se concentra en problemas específicos. Se centra en definir el problema, definir objetivos claros estrechamente relacionados con el tratamiento.
- La TCC está enraizada en el aquí y el ahora. Se centra en cómo los pensamientos y las propias acciones en el presente pueden ser parte de luchas constantes y cómo cambiar esos patrones resulta útil.

- La TCC enfatiza la prevención de la recaída. Comprender los factores que contribuyen a tu problema, identificar signos que indiquen una posible recaída.
- La TCC es un proceso limitado en el tiempo. Permite proporcionar alivio en un período relativamente breve.
- La TCC es estructurada. Presenta un orden predecible, las sesiones se basan en las anteriores.
- La TCC ayuda a hacer frente a los pensamientos automáticos negativos. Ayuda a aprender a identificar pensamientos automáticos negativos, aprender qué nos dice nuestra mente y desarrollar modos más útiles de pensamiento.
- La TCC implica variedad de técnicas. Elección de las técnicas más útiles para cada persona.

2.4 Conceptos básicos

Reforzamiento: Aumento que se produce en la frecuencia de una respuesta a la que le siga inmediatamente ciertas consecuencias. **Pueden ser positivos** (aumento de frecuencia de la conducta) **o negativos** (extinción de la conducta).

Castigo: Presentación o retirada de un acontecimiento contingente a una respuesta, disminuyendo la respuesta. Implica la administración de consecuencias contingentes a una respuesta que reduce la frecuencia de esa respuesta.

Extinción: Implica la suspensión de un reforzador después de una respuesta.

Control del estímulo: Es el resultado de la asociación de consecuencias diferentes de una respuesta concreta en presencia de estímulos diferentes.

La conducta de evitación: Es el aplazamiento o prevención de la aplicación de acontecimientos aversivos.

Operantes ocurrentes: Término utilizado para designar el condicionamiento simultáneo de dos o más respuestas que puede estar controlado por distintas contingencias.

Conductas supersticiosas: Son los cambios resultantes de la presentación de un reforzador poco después de una conducta.

La farmacología de la conducta: Permite evaluar los efectos de la droga sobre una conducta.

Psicología: su objeto de estudio es la conducta humana, estudia la estructura, la conciencia, la mente, los procesos cognitivos y la interacción humana.

Psicodiagnóstico: su objetivo es el diagnóstico psicopatológico, establece la clasificación del sujeto en estudio con fines clínicos.

Test psicológicos: aplicación de tests, técnicas o métodos de evaluación.

Evaluación psicológica: proceso de recogida de información a través de tests, implica la integración y valoración de la información recogida. Se dirige al estudio de las características psicológicas del sujeto a evaluar.

2.5 Técnicas de evaluación.

La evaluación psicológica cognitivo-conductual implica realizar actividades de exploración que consisten en indagar sobre el motivo de ingreso, aplicar una serie de test, entrevistas u otras técnicas de medida que permitan examinar algunas características psicológicas, una vez que se cuenta con la información se debe realizar un análisis de los datos recogidos para emitir un diagnóstico y con base en él recomendar un tratamiento y finalmente realizar una evaluación de los cambios producidos durante el proceso.

2.6 Técnicas de intervención.

Desensibilización sistemática (DS). Es desarrollada por Joseph Wolpe en 1958, basándose en una generalización del concepto fisiológico de inhibición recíproca.

Consiste en emparejar la relajación con la imaginación de una serie jerárquica de situaciones ansiosas, por lo que busca acabar con la ansiedad y las conductas de evitación propias de la ansiedad. Se aplica principalmente en el tratamiento de trastorno de ansiedad y es un excelente tratamiento para fobias específicas (social, a estímulos sonoros, intervenciones dentales, exámenes médicos, a volar en avión o infantiles).

Técnicas de moldeamiento. Se utiliza para formar una determinada conducta, sirve para aprender nuevas conductas, que no son fáciles de aprender por lo que se van desarrollando paulatinamente, en donde se refuerza cada avance, dirigido a lograr la conducta meta. Es necesario utilizar un refuerzo, para incrementar la probabilidad de la conducta que lo precede, para fortalecer la conducta.

En primer lugar, se empezarán a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen a la que se pretende conseguir, después, el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta. Así que el moldeamiento es un proceso dinámico en el que se van transformando simultáneamente la conducta y sus consecuencias, es decir la acción selectiva de las consecuencias transforma la conducta, la moldea.

Entrenamiento en autoinstrucciones. Esta técnica enseña a la persona a hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones que le ayudarán a cambiar su conducta. El paciente es capaz de dirigir la propia conducta mediante autoverbalizaciones. Se ha utilizado con éxito en la reducción de la ansiedad, ha mejorado el rendimiento de pacientes psiquiátricos en tareas con la que se evalúa la capacidad de percepción y abstracción y el habla racional.

El paciente es capaz de dirigir la propia conducta mediante la autoverbalizaciones que incluyan:

- Definición del problema
- Aproximación del problema
- Focalización de la atención
- Auto-refuerzo
- Verbalizaciones para hacer frente a los errores

- Autoevaluación
- Autor refuerzo

Entrenamiento en resolución de problemas. Se ha investigado en laboratorios tanto con animales como con humanos. Es una técnica de modificación cognitiva que se dirige a enseñar al cliente formas de reacción ante distintos problemas, en lugar de centrarse en las conductas manifiestas específicas. El terapeuta ayuda al cliente a elaborar una lista de soluciones posibles y seleccionar la mejor para enfrentar el problema en cuestión.

El tratamiento consta de cinco pasos: El paciente reconoce la situación problemática y sus reacciones frente a ella, explicándole que puede solucionarse en cualquier momento; descompone en unidades más pequeña fácil de abordare; plantea alternativas de acción; de manera que elige entre las posibles soluciones y las pone en práctica.

Técnicas de autocontrol. Es la habilidad susceptible de aprendizaje, abarcando cualquier conducta controlada por variables autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas) que traten de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta, cuyas consecuencias, pueden ser aversivas para el individuo.

- El propio cliente puede detectar el acontecimiento encubierto perturbador y el que puede modificarlo, ha fomentado una serie de aplicaciones clínicas.
- El cliente tiene necesidad de controlar su conducta por lo que trasciende a la modificación de procesos encubiertos.
- Compromete en el programa terapéutico a familiares y amigos.
- Implica un cambio en la probabilidad de la ocurrencia de respuestas que tienen consecuencias reforzantes inmediatas.

Se inicia con un análisis de la conducta a cambiar, las condiciones estímulares en que es implementará la nueva conducta y las consecuencias que podían aplicarse para mejorar la ejecución.

Técnicas de relajación y respiración. Actualmente, la relajación es considerada una herramienta de gran utilidad para controlar los estados de ansiedad y estrés, de esta

manera se ha convertido en un procedimiento válido de intervención psicológica para la modificación de la conducta.

La técnica de relajación es un procedimiento terapéutico bien definido que trata de obtener en el individuo una distensión muscular psíquica, con la ayuda de ejercicios apropiados, sus beneficios son a nivel fisiológico, aparato circulatorio, respiratorio, digestivo y una recuperación pronta del organismo después de cualquier esfuerzo, lesión o enfermedad, acelerando su proceso metabólico y la oxigenación a través de respiraciones profundas y pausadas.

Una ventaja es que favorece la disposición mental para vencer la fatiga de origen nervioso Mosconi, Correche, Rivarola, & Penna, (2007). Lo que se busca es que el paciente emplee un procedimiento de relajación que combata su ansiedad.

Otras técnicas que favorecen la reducción de ansiedad y estrés son:

Inoculación de estrés. Consiste en preparar al sujeto para hacer frente a posibles situaciones de estrés. Su objetivo es ayudar al paciente a afrontar situaciones de estrés de manera racional sin quedar bloqueada por sus emociones. Se le ayuda a entender de qué manera le afecta estresarse y cómo puede hacer frente a ese tipo de situaciones permitiendo adoptar un patrón de comportamiento más adecuado. Se enseña diferentes técnicas cognitivas y conductuales para que aprenda a tener mejor control de su vida cotidiana.

Técnicas de exposición. En esta técnica, el paciente es puesto gradualmente en contacto frente a la situación que genera el conflicto o los estímulos desencadenantes con la finalidad de que vaya reduciendo el temor o la angustia generada.

Exposición en vivo. Esta técnica ha demostrado ser el procedimiento más eficaz y efectivo para el abordaje de algunos trastornos de ansiedad, como pueden ser las fobias específicas. El grado de malestar que puede experimentar el paciente es intenso.

Consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, de forma gradual o entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina inundación.

El procedimiento es: Mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta reducir la ansiedad a la mitad, o hasta alcanzar un nivel 2 en escala subjetiva de ansiedad de 0 a 8. La duración de la sesión es de una hora o más. Si se produce un aumento de ansiedad importante durante la exposición es útil utilizar una estrategia moduladora de la ansiedad, pueden ser estrategias de relajación como la respiración diafragmática, auto-instrucciones, un proceso cognitivo breve de retribución de sensaciones, o la distracción.

Exposición Simulada. Utiliza ensayos conductuales, donde participan varias personas, para representar la situación temida. Se utiliza sobre todo en problemas de ansiedad social en donde resulta aconsejable ensayar en un ambiente controlado las conductas de acercamiento social que deberán ponerse después en marcha en el contexto natural del Individuo.

Exposición simbólica. En esta técnica el contacto con el estímulo o situación temida es a través de representaciones mentales (imaginación), visuales (dibujos, fotografías, películas), estímulos físicos auditivos (grabaciones de sonido) o mediante programas informativos de generación de realidad virtual. Esta es la primera opción en caso de que el paciente no se atreva a enfrentarse con la situación real.

2.7 Conexión de la Terapia Cognitivo-Conductual con el proceso de duelo.

Como ya se mencionó a lo largo del capítulo 1, las personas establecemos vínculos afectivos con otras personas, haciéndonos sentir seguridad, pero cuando se rompen la persona se ve afectada en diferentes dimensiones como son la física, emocional, cognitiva, social, espiritual y sin duda la conductual, de tal manera que puede llegar a sentirse incapaz de superar el duelo. En casos así, la TCC, ofrece la oportunidad de apoyar a la persona a través de la intervención de un profesional de la salud para dirigirla hacia su recuperación.

MÉTODO

Escenario

La presente investigación se realiza en la Ciudad de Zacatlán. Ubicada en la Sierra Norte del Estado de Puebla, en los meses de noviembre de 2020 a enero de 2021.

Diseño de investigación

Para la presente investigación, se emplea un diseño experimental con fases A-B-A, utilizado en intervenciones de Psicología Clínica, que consta de tres etapas con la finalidad de analizar la efectividad del tratamiento.

La fase inicial de línea base A (Fase A) consiste en aplicar una evaluación previa sobre el proceso de duelo, con la finalidad de recoger datos que permitan elaborar un plan de tratamiento. Fase B. Consiste en la introducción del tratamiento de intervención. Fase A. Retirada del tratamiento y se realiza una post- evaluación que permita analizar el efecto del tratamiento (Salinas, 2015).

Así mismo, comprenderá un estudio descriptivo ya que no existirá ningún tipo de manipulación de variables, ni comparación de grupos.

Variables.

Definición conceptual

Duelo. La etimología de la palabra duelo proviene del bajo latín duellum que significa combate y en latín tardío dolus que quiere decir dolor, lástima o aflicción por la muerte de alguien. Luna, A., Pérez, E., Domínguez Ma. F. & García M. (2017).

Definición operacional

El duelo se aborda desde una perspectiva psicológica, desde el impacto que tiene sobre el comportamiento del doliente y las medidas de orientación correctas al entorno familiar para superarlo, por lo tanto, se utilizarán el inventario de Duelo Complicado y una autobiografía.

Definición conceptual

Depresión. Conjunto de criterios o síntomas que se presentan en un período de tiempo (DSM-5, 2013; citado en Moscoso, 2014).

Definición operacional

La depresión son sentimientos que puede presentar el paciente por lo tanto se utiliza la Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), para medirla y la Escala de ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).

Definición conceptual

Ansiedad. Se define como una función emocional mental específica que está relacionada con sentimientos y componentes afectivos de los procesos mentales y como un aspecto de la emoción que produce todo un rango de experiencias que están vinculadas con la presencia del afecto o de los sentimientos (OMS-OPS, 2010). Esta preocupación generalizada no es producto de una droga, sustancia o afección médica, ni se explica por un trastorno mental, sólo está asociada con sentimientos y componentes afectivos (DSM-5: APA, 2014) que se presentan de forma recidivante e inesperada.

Definición operacional

La ansiedad se puede presentar en función de los sentimientos y comportamientos que enfrenta el paciente por lo que se aplica el inventario sobre de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA.

Participante.

En el estudio participa una mujer, ama de casa de 39 años de edad, que atraviesa por un duelo. Vive con sus dos hijos, de 13 y 15 años respectivamente y su esposo que es camionero.

Ficha de identificación

Fecha de elaboracion: 25 de noviembre de 2020		
Nombre del usuario: Ximena García Velázquez	Genero: Femenino	Edad: 39 años
Fecha de nacimiento: 15 de junio de 1981	Ocupación: ama de casa	
Estado civil: unión libre	Grado de estudios: Licenciatura	
Nacionalidad: mexicana	Localidad: Zacatlán, Puebla	
Religión: católica	Teléfono: 797116 50 01	
Domicilio: Av. Chapultepec No. 9 Col. El Progreso		

La usuaria vive en Zacatlán, Puebla, su familia nuclear se conforma por su esposo y sus dos hijos, un varón de trece años y una señorita de 15 años, con quienes lleva buena relación, existe confianza, respeto y cariño. Comenta que con su hijo algunas veces la relación es complicada argumentando que su hijo está pasando por la adolescencia.

Motivo de consulta

La señora Ximena, solicita consulta psicológica ya que indica que hasta el momento no ha podido aceptar el fallecimiento de familiares cercanos como su madre y hermana mayor, por lo tanto se siente muy triste, deprimida y con pocas ganas de hacer las cosas.

Narra la pérdida de varios miembros cercanos a ella, principalmente la muerte de su hermana que no ha podido aceptar.

Instrumentos.

Como parte de los instrumentos se consideran los siguientes:

Inventario de Experiencias en Duelo (IED) The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong, 1985. Adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001). **Su objetivo es explorar las áreas somática, emocional y relacional del doliente a través de 18 escalas.** Es un cuestionario auto administrado de 135 ítems dicotómicos.

Inventario de Duelo Complicado (IDC). El proceso de duelo como se menciona anteriormente puede prolongarse provocando sufrimiento excesivo en el doliente por lo que el objetivo de este inventario es diagnosticar el duelo patológico. Este inventario muestra un alfa de Cronbach del IDC adaptado al castellano de 0,88 y una fiabilidad test-retest de 0,81. Es un instrumento sencillo que consta de 19 ítems con cinco categorías de respuesta tipo Likert (nunca, raramente, algunas veces, a menudo y siempre) que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para nunca, hasta 4 para siempre.

Escala de evaluación “Depresión de Montgomery-Asberg” (MADRS). Consta de ítems que se evalúan del 0 al 7 relacionados con el estado de ánimo, concentración, ansiedad, pensamientos pesimistas y síntomas somáticos.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Este inventario está diseñado para evaluar el nivel general de ansiedad (rasgo general), los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) por separado y los cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad de evaluación interpersonal, situaciones fóbicas, situaciones de vida cotidiana). Se presenta en un formato S-R respuestas de

ansiedad (R) ante situaciones potencialmente ansiógenas (S), con 22 situaciones, 24 respuestas y 224 ítems. Su duración es de aproximadamente 50 minutos.

Escala de ideación suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia de pensamientos suicidas, consta de 19 reactivos que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de tres opciones con un rango de 0 a 2. La puntuación se suma para obtener el puntaje global en un rango de 0 a 38.

Técnicas de recolección de información.

Entrevista semiestructurada. Es una técnica de recogida de información en la que se indaga sobre la vida del usuario con la finalidad de realizar un análisis conductual.

Autobiografía. Es un método autobiográfico empleado en psicología clínica con el objetivo de analizar diferentes patrones centrales relacionados con el narrador-cliente a partir de su relato biográfico.

La observación. Es una técnica utilizada para evaluar la conducta de un individuo a partir del estudio de su conducta o comportamiento observable.

Plan de tratamiento

Técnicas y estrategias implementadas.

Terapia de exposición. El objetivo fue que la paciente es puesta gradualmente en contacto frente a la situación que genera el conflicto o los estímulos desencadenantes con la finalidad de que vaya reduciendo el temor o la angustia generada.

Las terapias de exposición difieren en cuanto a estos parámetros:

- La forma de presentación del estímulo temido: real o simbólica.

- Intensidad de la presentación: Inundación frente a exposición gradual.
- Duración de la presentación.
- Frecuencia de las presentaciones: masiva o espaciada.
- Ayuda o apoyo para la presentación del estímulo temido.

Procedimiento de aplicación:

Estructura de una sesión de exposición:

1. Revisión de las tareas fuera de sesión, realizadas la semana anterior.
2. Trabajo de exposición.
 - a) preparar la exposición:
 - Elegir la situación a exponer y comentar brevemente los detalles de la exposición.
 - Suscitar los pensamientos automáticos que origina esa situación.
 - Reestructurar con el paciente uno o dos pensamientos automáticos
 - El paciente desarrolla una respuesta racional para esos pensamientos.
 - El paciente establece con ayuda del terapeuta, metas conductuales no perfeccionistas.
 - b) Completar el role-playing de aproximadamente 10 minutos
 - Valorar la ansiedad subjetiva cada cierto tiempo
 - Monitorizar la consecución de las metas conductuales establecidas.
 - c) Revisar los resultados y el proceso de la exposición.
 - Revisar si se obtuvieron las metas conductuales

- Discutir hasta qué punto fue útil la respuesta racional elegida para los pensamientos automáticos.
- Discutir pensamientos automáticos nuevos o no esperados
- Proporcionar feedback de la ejecución.
- Poner en un gráfico e interpretar los cambios en la ansiedad subjetiva
- Preguntar al paciente qué ha aprendido de la exposición.

3. Asignación de tareas entre sesiones:

- Planear exposiciones en vivo relacionadas con el role-playing realizado con reestructuración cognitiva.
- Ofrecer otras indicaciones o pautas tareas que resulten oportunas.

Reestructuración cognitiva.

Consiste en que el cliente con ayuda del terapeuta descubra cuáles son sus pensamientos desadaptativos y los reemplace por unos más adecuados, con la finalidad de eliminar o modificar la perturbación emocional.

Es denominada también como modelo A-B-C

- 1- A se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.
- 2- B se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A.
- 3- C se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B.

Consiste en Identificar las cogniciones pertinentes, comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales, conductuales y considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba.

Relajación pasiva.

Creada por Shwartz y Haynes en 1974, es un método de relajación que no utiliza métodos de tensión-distensión muscular. Su objetivo es relajar cada grupo muscular de manera progresiva a través de una serie de instrucciones.

Terapia racional-emotiva.

Fue creada por Albert Ellis, sigue un esquema ABC, A se refiere a los acontecimientos, B se refiere a las conductas y C se refiere a las conductas de los individuos. Su objetivo es alterar el sistema de creencias del sujeto para ayudarlo a formar uno nuevo. Consta de cuatro fases para su aplicación.

1. Evaluación de los problemas.
2. Detección de ideas irracionales e identificar su papel en los trastornos emocionales y conductuales. Método socrático.
3. Debate y cambio de ideas irracionales.
4. Aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

Técnica de respiración consciente

La respiración consciente se pone en práctica adquiriendo el conocimiento de respiración y adoptando la respiración adecuada, en pacientes esta práctica debe ser sugerida por el terapeuta de acuerdo a sus necesidades. El tipo de respiración consciente debe contrarrestar el ritmo rápido, profundo e irregular con el que los pacientes respiran, especialmente cuando presentan síntomas de estrés o ansiedad. Su objetivo es lograr un mejor proceso de respiración brinda beneficios cognitivos, mejorando la memoria, el pensamiento, la concentración y la resolución de problemas. Beneficia el aspecto emocional, reduciendo la ansiedad, el manejo de estrés, la ira, la fatiga e incrementa el estado de alerta y la destreza.

Beneficia la salud reduciendo la tensión muscular y el dolor físico, facilita la relajación, favorece la adherencia terapéutica, facilita el éxito en intervenciones y reduce el uso de medicamentos.

Procedimiento de aplicación.

Fase A (Pre-evaluación)

En primer lugar, se dará a conocer a la usuaria el objetivo de la investigación y se solicitará su colaboración a través de un consentimiento informado. (anexo 1), para la aplicación de la entrevista inicial y los instrumentos. Esto permite el primer acercamiento formal con la paciente para realizar el encuadre clínico, establecer la alianza terapéutica, conocer el motivo de consulta e información relevante para elaborar su historial clínico. Una vez recabada la información, se diseña un programa específico de intervención que abarca las siguientes sesiones: Se realiza una entrevista inicial y se solicita una autobiografía, con el objetivo de recolectar información sobre la sintomatología y estructurar su historia clínica.

Fase B (Intervención)

Sesión 1. Identificar factores críticos y variables externas que estén retrasando el proceso normal de duelo.

Se estableció comunicación en la fecha y hora acordada anteriormente, se realizó la entrevista semiestructurada con la que se recolectó información sobre la sintomatología y se estructuró su historia clínica. (anexo 2)

Sesión 2. Aplicación de instrumentos.

Consistió en aplicar cuatro instrumentos: Inventario de Duelo Complicado (IDC), Escala de evaluación "Depresión de Montgomery-Asberg" (MADRS), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Escala de ideación suicida de Beck (ISB). Y dos test como medio para explorar las áreas somática, emocional y relacional del doliente, que están retrasando el proceso normal de duelo.

Con base en los resultados se realizaron los ajustes necesarios en el planteamiento de la intervención.

De tarea se le pidió que redactara una carta a la persona fallecida.

Sesión 3. Trabajar con una estrategia terapéutica para aceptar la realidad de la pérdida.

Se identificaron factores críticos y variables externas que estaban retrasando el proceso normal de duelo, así que se confrontó a la paciente con su negación a la pérdida.

Con el objetivo de trabajar la aceptación, se trabajó **con la Terapia de exposición**, se pidió a la paciente que hablara sobre las emociones que experimentó al redactar su carta, logrando que gradualmente se pusiera en contacto con la situación que generaba el conflicto y fuera reduciendo la angustia generada.

Para finalizar la sesión se enseñó a la paciente la técnica de respiración pasiva, de esta manera se expuso gradualmente en contacto con su situación que genera el conflicto y fuera reduciendo la angustia generada.

Su tarea fue encomendarle que hiciera una visita al panteón, para que llevara flores a su familiar fallecido.

Sesión 4. Trabajar sobre las cogniciones o pensamientos para modificar aquellas conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

Se informó a la paciente sobre los pensamientos saludables y dañinos, así como su relación con el estado de ánimo. Se le pidió identificar aquellos pensamientos que eran saludables y aquellos pensamientos que eran dañinos, los registró ubicando el suceso, la emoción y la conducta frente a ellos, de esta manera pudo identificar sus emociones y dar significado a dicha experiencia.

En ese primer momento se trabajó con la Técnica de relajación pasiva con la que la paciente adquirió el dominio de su propia respiración.

Con la finalidad de romper con los patrones de pensamiento negativo, se trabajó con la técnica de reestructuración cognitiva; la usuaria identificó cuáles eran los posibles errores

en su pensamiento, qué evidencias apoyaban esos pensamientos e identificó una mejor manera y útil de ver o actuar frente a la situación.

Realizó de tarea un registro de pensamientos automáticos negativos en relación con el fallecido, así como la mejor alternativa o la manera más adecuada de considerar la situación.

Sesión 5. Trabajar sobre las emociones y el dolor de la pérdida. (Autoafirmación de control de pensamientos y emociones)

Se utilizó la Técnica de reestructuración cognitiva, con la que se analizó el registro de pensamientos automáticos negativos que trabajó en su tarea y se reflexionó sobre ellos. A través de la escucha activa se conocieron las verbalizaciones utilizadas por la usuaria, se determinó cuáles fueron las más útiles y cuáles debió modificar. La paciente realizó un registro de pensamientos automáticos negativos.

Sesión 6. Continuar con la reestructuración de pensamientos desencadenantes de ansiedad.

Se trabajó la técnica racional emotiva y la técnica de respiración consciente, posteriormente, se explicó a la paciente en qué consiste la técnica, posteriormente se hizo un listado de aquellos pensamientos más recurrentes que le provocaban ansiedad con ello se dio cuenta de cómo estaban afectando sus emociones y su salud.

Se finalizó con una actividad de imaginación que consiste en pedir al paciente que visualice su futuro y cómo le gustaría vivir. De tarea se le pidió que hiciera una lista de acciones y pensamientos que debía practicar para alcanzar esa visualización que tiene sobre su futuro.

Tarea del paciente: Programó actividades que le permitieron ocupar su pensamiento e hizo lo posible por imaginar situaciones reales placenteras cuando existió un pensamiento irracional. De tarea se le encargó pensar en aquello que haría su vida más placentera.

Sesión 7. Reorganización de su vida, establecer nuevas actividades, roles y relaciones interpersonales.

A través de la Técnica de Reestructuración cognitiva, se logró resituar emocionalmente a la persona fallecida. La usuaria adquirió una nueva manera de asumir su vida.

Se trabajó con la actividad que se quedó de tarea la sesión anterior, se encaminó a la paciente a modificar las cogniciones inapropiadas sobre sus actos y los reemplazó por unos más adecuados. Eliminó la perturbación emocional, sentimientos de culpa y enojo.

Se le pidió recordar algunas actividades que hacía cuando aún vivía la persona fallecida, posteriormente identificó la manera de sustituirlas o modificarlas por otras que le sean gratificantes, al término de la sesión respondió a ¿Qué cosas quiero, tengo y debo hacer para sentirme bien?

De tarea se le pidió que redactara una lista de metas a corto, mediano y largo plazo.

Sesión 8. Planificación de actividades gratificantes y manejo de habilidades sociales.

Se inició la sesión pidiendo que comentara sobre aquellas situaciones agradables que ha realizado en los últimos días, los cambios que ha detectado en su persona y le pidió que describiera su estado de ánimo frente a ellas, si tuvo pensamientos negativos y de cómo actuó frente a ellos.

Se revisó la tarea, pidiéndole que hablara sobre la manera como visualiza a futuro, sobre la forma en que le gustaría estar y lo que debe o piensa hacer para lograrlo. Se le hizo saber sobre la importancia de establecer metas alcanzables.

En esta sesión se aplicó nuevamente el instrumento para medir el estado de duelo, el nivel de ansiedad y depresión para hacer la post-evaluación.

Sesión 9. No estoy solo, reafirmar lo aprendido y metas.

Fue importante que reconociera que unas personas se van, pero otras se quedan, de esta manera pudo dar un sentido distinto a la muerte para seguir construyendo su vida.

Con la Terapia racional emotiva, se realizó un análisis de las relaciones interpersonales, con lo que la paciente reconoció que aún cuenta con el apoyo y el cariño de otras personas, por lo tanto, mencionó a las personas que considera importantes en su vida y la manera en que la apoyan. Se le pidió que de tarea redactara una carta post-fecha en donde plasme cómo ha sido su experiencia con respecto al proceso, cómo se siente hasta ahora y qué aprendizaje tuvo durante el proceso.

Se aplicó un cuestionario de 10 preguntas de escala con el objetivo de que ella pudiera hacer una evaluación acerca del avance que percibió en cuanto a la tristeza y dolor que experimentaba al inicio y cómo se sintió hasta este momento.

Fase A (Pos- evaluación)

Sesión 10. Reafirmar lo aprendido y agradecer la participación.

Se inició la sesión con la lectura de su carta, con ello, la usuaria reafirmó la reestructuración de sus metas, posteriormente se le pidió que mencionara 10 cosas que considera valiosas sobre su persona para reafirmar su autoconcepto y finalmente se le dio a conocer a la usuaria los resultados obtenidos en los instrumentos de la post-evaluación para que pudiera notar su avance lo que permitió hacerle notar que los objetivos planteados al inicio del tratamiento fueron alcanzados.

Sugerir al paciente que siga practicando las técnicas de relajación y modificación de pensamientos negativos cuando sea necesario.

Técnicas de análisis de información

La información de la entrevista inicial se registrará en un video y será transcrita para analizarla; posteriormente se llevará un registro escrito sobre la información que arrojen

la aplicación de los instrumentos Cognitivo-conductuales, la técnica de observación y los autoregistros, para realizar un análisis de tipo cualitativo sobre los hallazgos encontrados.

Consideraciones éticas.

El trabajo se realiza garantizando el cuidado y bienestar de la paciente y el respeto a su dignidad a través de un consentimiento informado que establece las condiciones de confidencialidad y privacidad de la información que proporciona, según lo establece el Código de Ética del Psicólogo, Ley 1090 del 2006 y atendiendo a lo establecido en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, cuyo objetivo es establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. (SNDIF), así como lo establecido en la NORMA OFICIAL MEXICANA 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres promovida por de Consejo Nacional de Población.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Técnicas de análisis de información empleadas.

Entrevista semiestructurada. Es una técnica de recogida de información en la que se indaga sobre la vida del usuario con la finalidad de realizar un análisis conductual.

Autobiografía. Es un método autobiográfico empleado en psicología clínica con el objetivo de analizar diferentes patrones centrales relacionados con el narrador-cliente a partir de su relato biográfico.

La observación. Es una técnica utilizada para evaluar la conducta de un individuo a partir del estudio de su conducta o comportamiento observable.

Instrumentos.

Como parte de los instrumentos se consideran los siguientes:

Inventario de Duelo Complicado (IDC), la Escala de evaluación “Depresión de Montgomery-Asberg” (MADRS), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), la Escala de ideación suicida de Beck (ISB), el Inventario de personalidad 16-PF de Raymont Cattell y el Test de inteligencia factor “g” de Catell. Escala 3.

Resultados de la evaluación psicológica

1. Autobiografía

En primer lugar se solicita la redacción de una autobiografía que nos permite identificar la siguiente información relevante:

Su madre la dejó al cuidado de sus abuelos, trabajaba desde niña después de ir a la escuela, recuerda una infancia feliz pero con carencias económicas, era una niña insegura, siempre anheló vivir con su mamá y que la quisiera junto a ella, ya que nunca estuvo con ella.

En la casa de sus abuelos, quienes para ella fueron sus padres, refiere que obedecía a todos sus tíos que vivían ahí para que no se enojaran ya que algunas veces la hacían sentir como arrimada, recogida o con ciertas actitudes la humillaban.

Recuerda que sus abuelos superior del embarazo de su madre hasta que ya iba a nacer y en una discusión con su madre le dijo que se arrepentía de que ella hubiera nacido. Así que siente que nunca la quiso, incluso ya en su lecho de muerte no quiso tomarle la mano y a todos les dijo que los quería menos a ella. La muerte de su madre le es muy dolorosa. Con sus hermanos y padre tiene pocos recuerdos ya que convivieron poco, pero su hermana mayor Lolis, fue la única con quien se visitaba y ayudaban mutuamente, por lo que su muerte sorpresiva le duele mucho y hasta el momento no puede aceptar.

Con sus hijos, esposo, suegros y cuñados tiene una buena relación, aunque algunas veces le molesta que delegan en ella funciones que no le corresponden y eso la hace sentirse cansada. (anexo 3)

2. Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Para identificar el avance que presenta la paciente en relación a la primera evaluación de duelo normal o patológico, se aplicó IDC, cuyas puntuaciones totales en la evaluación inicial sumaron 52, indicando que la paciente transitaba por duelo complicado ya que se considera así al obtener una puntuación mayor a 25. Al comparar los resultados de la post-evaluación con una puntuación de 24, indica que se encuentra en los límites para llegar a presentar duelo complicado; sin embargo se puede notar una disminución significativa en la puntuación obtenida de 52 puntos a 24. Lo que significa que la usuaria ha mejorado en cuanto a su adaptación a su experiencia de muerte. La representación gráfica se presenta en la tabla 1.

Los ítems que se encuentran en calificación de 2 son:

- Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.
- Anhele a la persona que murió.
- Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.
- Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo algunos de los síntomas que sufría la persona que murió.
- Veo a la persona que murió de pie delante de mí. (anexo 4).

Tabla 1. Puntuación obtenida en el diagnóstico y post-evaluación del IDC

Puntuaciones totales	Evaluación inicial	Post-evaluación
0-76	52 – Duelo complicado	24

3. Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La gravedad de duelo en los niveles de escala 0, 2, 4, 6, de la Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), realizada durante la evaluación inicial, muestra un punto de corte 20-34 indicando la intensidad de depresión Moderada. Ver tabla 2.

Se puede identificar que los criterios operativos de valoración más altos son: tensión interna, dificultades para concentrarse y pensamientos pesimistas. Al hacer el comparativo con los resultados obtenidos al aplicar el instrumento, arroja un punto de corte de 7-19, indicando una intensidad de depresión leve, permitiendo concluir que disminuyeron los niveles operativos de valoración anteriormente mencionados de nivel 4 a nivel 2. (anexo 5)

Tabla 2. Comparación de resultados diagnósticos y post-evaluación de MADRS.

Evaluación inicial		Post-evaluación		
20- 34 Moderada		7-19 Leve		
Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA).

En la tabla 3, se presentan los resultados obtenidos en la evaluación inicial y la post-evaluación de ansiedad mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), se puede observar que los baremos en la evaluación inicial, arrojan resultados de ansiedad severa en las dimensiones cognitiva y fisiológica a diferencia de los resultados obtenidos en los baremos obtenidos en la post-evaluación que indican un nivel de ansiedad moderada a marcada que se puede observar en la hoja de perfil (sistema de respuestas). (anexo 6)

Tabla 3.

Resultados ISRA comparación entre la evaluación inicial y la post evaluación.

Situaciones	Evaluación	Evaluación	Post-evaluación	Post-evaluación
	inicial	inicial		
	PD	Percentil	PD	Percentil
Ansiedad	PRETEST		PRETEST	
Cognitiva	163	90	109	40
Fisiológica	159	99	112	83
Motora	140	93	86	58
Total	462	282	307	181

5. Escala de Ideación suicida de Beck (ISB)

Al aplicar la Escala de Ideación Suicida Beck, en la evaluación inicial, la puntuación de los ítems 4 (deseo de intentar activamente el suicidio) y 5 (deseo pasivo de suicidio), para ambos es 0, indicando la inexistencia de intencionalidad suicida, por lo que esta prueba no se aplica en la post-evaluación. (anexo 7)

6. Test de inteligencia factor “g” de Catell. Escala 3

La puntuación directa total obtenida de los 4 subtest fue de 16, al realizar la conversión a Cociente intelectual se obtiene un 72, indicando que la persona evaluada se ubica por debajo de su desempeño con respecto a su grupo de comparación. (anexo 8)

7. Test de personalidad 16 Factores (16PF)

Al evaluar los factores secundarios del 16-PF que se presenta en la tabla 2, se aprecia que los polos más altos que definen a la persona son: con valor de 9 en Abstracción (Factor M), 8 en Tensión (Factor Q4) y 7 en Dominancia (Factor E) y Apertura al cambio

(Factor Q1). Lo que indica que la usuaria tiende a Factor M. describe a una persona natural, adaptable en sus costumbres, afectuosa, interesada por la gente, sincera ,emotiva, expresiva, confiada ,generosa y cooperativa; en el Factor Q4, indica tensión, ansiedad manifestada en problemas de sueño, cavilaciones, agitaciones, impaciencia e irritabilidad. Resultado de demandas del entorno; Factor E, describe a una persona que le gusta dar a conocer sus opiniones a los demás, protege el dominio de su espacio personal, su trabajo y sus planes. No duda en expresar sus ideas y defender sus derechos o puntos de vista. Dentro de los grupos asume un papel destacado, tomando la iniciativa y definiendo planes de acción grupal. Una elevación importante puede reflejar tendencia a actuar agresivamente; Factor Q1, se encuentra orientada a intentar algo nuevo a ser flexible y adaptarse, a ser creativo e innovador.

Con respecto a a las puntuaciones más bajas se encuentra Razonamiento (Escala B), que indica pensamiento concreto, bajo nivel de instrucción o bien por una importante ansiedad; la Escala C, Estabilidad, que describe a una persona que siente que no ha logrado sus metas, que su vida es insatisfactoria, con una imagen pobre de sí misma y sentimientos de automenosprecio. La baja estabilidad emocional describe a una persona con sentimientos subjetivos de malestar psicológico, ansiedad y se asocia con una gran variedad de trastornos; Escala N, privacidad, relacionado con personas abiertas, espontáneas que cuanta su vida detalladamente a otras personas. (anexo 9)

Tabla 2.
Resultados 16 PF-5

Factor	/	Escala	Valor
1. Afabilidad		A	4
2. Razonamiento		B	1
3. Estabilidad		C	2
4. Dominancia		E	7
5. Animación		F	5
6. Atención normas		G	6
7. Atrevimiento		H	5
8. Sensibilidad		I	4
9. Vigilancia		L	4
10. Abstracción		M	9
11. Privacidad		N	2

12. Aprensión	O	6
13. Apertura cambio	Q1	7
14. Autosuficiencia	Q2	5
15. Perfeccionismo	Q3	6
16. Tensión	Q4	8

Categorías de análisis.

Evaluación psicológica del usuario.

- Motivo de consulta
- Ficha técnica
- Rasgos de personalidad
- Cociente intelectual en el que se ubica

Duelo: Identificar el tipo de duelo por el que transita la usuaria

Sintomatología

- **Depresión:** identificar la sintomatización relacionada con la depresión
- **Ansiedad:** ubicar a la usuaria la existencia de ansiedad y el grado en que se presenta.
- **Intencionalidad suicida:** Descartar o comprobarla.

Análisis del discurso.

Categoría de análisis inicial	Recorte de discurso
<p>Evaluación psicológica del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de identificación • Motivo de consulta • Rasgos de personalidad 	<p>Ficha de identificación</p> <p>“Mi nombre es Ximena García Velázquez, nací el 15 de junio de 1981 en Zacatlán, Puebla, 39 años, ama de casa, con</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Cociente intelectual en el que se ubica 	<p>escolaridad de licenciatura, vivo en unión libre y actualmente vivo con mi esposo y mis dos hijos”.</p> <p>Motivo de consulta</p> <p>“He tenido pérdidas muy grandes en mi vida, primero la de mis abuelos y luego la de mi mamá, pero hace un año perdí a mi hermana de manera muy sorpresiva y hasta el momento me está costando mucho trabajo superarlo o aceptarlo”</p> <p>Rasgos de personalidad</p> <p>En relación con sus rasgos de personalidad los resultados del test 16 PF, indican que es una persona orientada a intentar algo nuevo, a ser flexible al cambio o adaptarse, es generosa, emotiva, confiada, cooperativa, protege el dominio de su espacio personal, su trabajo y sus planes. No duda en expresar sus ideas y defender sus derechos o puntos de vista. Dentro de los grupos asume un papel destacado, tomando la iniciativa y definiendo planes de acción grupal.</p> <p>Cociente intelectual</p> <p>Se evalúa con el Test de inteligencia factor “g” de Catell. Escala 3, en donde la usuaria</p>
---	--

	<p>se ubica por debajo de su desempeño con respecto a su grupo de comparación</p>
<p>Duelo: Identificar el tipo de duelo por el que transita la usuaria</p>	<p>“Hace un año murió mi hermana de manera sorpresiva, no lo logro entender por que se fue, ni logro aceptar su muerte. A veces cuando salgo a la calle creo verla. Ella murió en una situación muy precaria y eso me duele mucho”</p> <p>“Un día discutí con mi mamá y me dijo que se arrepentía de que yo hubiera nacido, que ella no me quería tener... El día de su muerte le dijo a mi hermana que ya no podía más y a los minutos murió. Su muerte para mí fue muy dolorosa”</p> <p>Los datos obtenidos a través del inventario de Duelo Complicado (IDC), permite identificar que la usuaria transita por un duelo complicado al obtener una puntuación mayor a 25 en la aplicación del instrumento; sin embargo su estado depresivo es moderado identificando como criterios operativos altos tensión interna, dificultades para concentrarse y pensamientos pesimistas.</p>
<p>Sintomatología</p>	<p>Depresión</p> <p>“...algunas veces he sentido que me han dejado sola en ciertas cosas...”</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Depresión: identificar la sintomatización relacionada con la depresión • Ansiedad: ubicar a la usuaria la existencia de ansiedad y el grado en que se presenta. • Intencionalidad suicida: Descartar o comprobarla. 	<p>“Constantemente padezco insomnio y no puedo conciliar el sueño”</p> <p>“Constantemente me siento triste, lloro mucho, siento que esoy muiy vulnerable y no lo puedo controlar”</p> <p>Ansiedad</p> <p>“La familia delega en mi funciones que no me corresponden del todo y he llegado a sentirme cansada “:</p> <p>Intencionalidad suicida</p> <p>“La vez que intenté quitarme la vida, el doctor me dijo que tenía que llevar un tratamiento psiquiátrico”</p> <p>Situación por la que se considera una categoría a evaluar, descartando la existencia de intencionalidad suicida.</p>
--	---

Hipótesis emergentes:

- Las técnicas de relajación contribuyen a disminuir el nivel de ansiedad.
- A través de la Terapia de exposición la usuaria confronta su negación por la muerte de familiares.

- La Técnica de reestructuración cognitiva permite que la paciente modifique pensamientos de culpa o resentimiento hacia las personas fallecidas y las sustituya por pensamientos más favorables.

Categorías de análisis subsecuentes.

Efectividad del tratamiento y logros

- **Evolución de el nivel de ansiedad**, es decir si se observa disminución en el rango de ansiedad que presenta la usuaria.
- **Percepción de la usuaria en relación con la experiencia vivida durante la intervención.** Se refiere al conjunto de creencias, costumbres y actitudes que ha modificado la usuaria en relación con la pérdida de sus familiares durante la intervención psicológica.
- **Percepción con respecto a la vida.** La usuaria presenta mayor interés por realizar actividades que den sentido a su vida.
- **Uso adecuado de las Técnicas de relajación.** Uso que hace de ellas en momentos distintos a la intervención. Sabe realizarlas de manera adecuada. Le han sido útiles en el control de ansiedad.

Hipótesis emergentes formuladas tras metaanálisis.

- Disminuye el sentido de culpa al trabajar terapia de exposición a través de la redacción de una carta dirigida al familiar fallecido.
- El usuario aprende a identificar pensamientos irracionales al trabajar la técnica de reestructuración cognitiva.
- El usuario aprende a utilizar técnicas de relajación como un medio para controlar su nivel de ansiedad.

DISCUSIÓN

El enfoque Cognitivo-Conductual, permite que a través de una terapia breve los pacientes que enfrentan un proceso de duelo, puedan confrontarse con la pérdida y poco a poco asimilar que la vida en ellos continúa. Cada una de las sesiones permiten que el paciente exprese su dolor, sus sentimientos y pensamientos con el objetivo de analizar su situación, se cuestione sobre su actuar y reflexione sobre la manera en que quiere vivir en el futuro.

Los resultados obtenidos al realizar el análisis de los elementos planteados en la teoría, indican que el enfoque Cognitivo-Conductual permite identificar la problemática que presentan los usuarios, ya que a través del uso de instrumentos de evaluación como son el Inventario de Experiencias en Duelo (IED), La escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), La Escalas de ideación suicida de Beck (ISB), se pueden explorar todas aquellas distorsiones cognitivas como pensamientos, sentimientos y formas de actuar presentes en el paciente, con el objetivo de proponer una intervención sistemática que permita modificar los patrones de pensamiento y conducta. De igual manera es importante como la teoría lo indica hacer uso de técnicas de recolección de información como son la entrevista semiestructurada y la autobiografía ya que cumplen una función relevante en contrastar lo expresado por el usuario con respecto a los resultados que arrojan los instrumentos antes mencionados.

Gracias a esta recogida de información, se puede saber que lo planteado en el Marco Teórico con respecto al DSM-5, que indica que el duelo patológico podría ocasionar síntomas de depresión o insomnio, pudo ser identificado en la usuaria, además de un alto apego afectivo con la pérdida y la presencia de creencias negativas como lo indica la Terapia Cognitivo-Conductual.

De igual manera los resultados observados en cada una de las sesiones del tratamiento de intervención, nos permiten comprobar que se cumplen cada uno de los momentos del duelo, hasta llegar a una conclusión más normalizada, disminuyendo sentimientos de culpa, angustia y dolor en la paciente.

El plan de trabajo terapéutico estuvo basado en un modelo A-B-A, lo que permitió establecer acciones primero de evaluación a través de los instrumentos y técnicas antes mencionadas para elaborar un perfil de ingreso del paciente; conocer el problema y posteriormente como parte del tratamiento implementar el uso de técnicas y estrategias como la Terapia de exposición para encauzar al paciente a comprender de qué manera está viviendo la pérdida e identificar los vínculos que tenía con la persona muerta; posteriormente, realizar un análisis sobre las implicaciones que tiene el duelo así como la relación con su entorno a través de la Terapia racional-emotiva; se continúa trabajando las expectativas que tiene el usuario sobre su futuro para reestructurar sus pensamientos haciendo uso de la Reestructuración cognitiva que se combina con técnicas de relajación y finalmente realizar una post- evaluación para comparar el perfil inicial con uno de salida.

Esta planificación sistemática permite que el usuario visualice su problema desde otra perspectiva, valore nuevas alternativas que le permitan transitar por un proceso de duelo futuro.

En algunos momentos del tratamiento se pudo observar que a la paciente se le dificultaba establecer objetivos y plantear acciones que activaran su conducta, por lo tanto, sería útil abordar en una sesión los beneficios de tener objetivos atractivos, específicos, fáciles de realizar y la importancia de llevarlos a cabo, de igual manera abordar en una sesión la procrastinación, ya que la paciente manifestó en varios momentos que dejar las cosas para el último le provoca estrés y molestia.

Limitaciones teóricas y metodológicas

Con base al estudio, pienso que el uso de instrumentos de evaluación puede resultar un poco complejo ya que nos enfrentamos a su aplicación con conocimientos básicos, por lo tanto, antes de aplicar los instrumentos se debería tener un entrenamiento en aplicación e interpretación de instrumentos de evaluación en la Terapia Cognitivo-Conductual.

Considero que el tiempo es una de las limitaciones más importantes, aunque se trata de una terapia breve, el tiempo destinado para abordar el duelo es poco, lo que ocasiona que no se puedan abordar a profundidad otras variables relacionadas con el duelo, también considero que, al realizar el análisis, el tiempo se reduce más, por lo tanto, se hace de manera muy rápida y puede ser que se escapen elementos importantes a considerar en la evaluación final.

Fortalezas y debilidades de la intervención

Como parte de las fortalezas, la intervención terapéutica planteada, puede ser reproducida en la temática de duelo complicado ya que arrojó resultados favorables y su nivel de complejidad es bajo.

El enfoque cognitivo-conductual permite a los usuarios tener conocimiento sobre la forma en que pueden afrontar sus problemas y analizar sus pensamientos, sentimientos y acciones para modificarlos.

En cuanto a las debilidades, la aplicación de pruebas a distancia, se vuelve muy complicado, sobre todo la aplicación de pruebas que requieren el uso de cronómetro y visualización de cada uno de los ítems como es el caso del Test de inteligencia factor “g” de Catell. Escala 3.

Líneas futuras de investigación

Al tratarse de un enfoque cognitivo-conductual, sería necesario ahondar en el tema de análisis de pensamientos y su relación con la vida del paciente, la detección de pensamientos automáticos negativos en relación con su salud y la manera en como las distorsiones que presenta el paciente con respecto a su problemática, podrían profundizar en las creencias intermedias o inmediatas que requieran dar continuidad al trabajo terapéutico con el objetivo de lograr un cambio más profundo.

CONCLUSIONES

La evaluación cualitativa final, permite comparar los resultados obtenidos a través de la evaluación psicológica inicial, afirmando que el duelo complicado por el que transitaba la usuaria con una puntuación mayor a 25 en la aplicación del instrumento se vió disminuida en cuanto a su adaptación con la experiencia tras la muerte de su familiar resultando una puntuación de 24 puntos en la preevaluación. De igual manera se observa un cambio en cuanto a la valoración de duelo y ansiedad.

Con respecto al estado depresivo moderado que presentaba al inicio, se vió disminuido a nivel leve, identificando que los criterios operativos que se encontraban más altos mejoraran.

En cuanto a la valoración en el nivel de ansiedad, se observa disminución de ansiedad con un rasgo de 282 con clasificación de ansiedad severa a un rasgo de 181 con clasificación de ansiedad moderada a marcada, descartando la existencia de intencionalidad suicida.

En cuanto a la sintomatología referente al duelo, se nota que disminuyeron sentimientos de culpa y dolor, también se observa que la paciente reconoce la presencia de pensamientos negativos que ocupaban gran parte de su vida, obstaculizando el proceso de retomar nuevos caminos y sobrellevar la pérdida.

En cuanto a su nivel de CI, la usuaria se ubica por debajo de su desempeño con respecto a su grupo de comparación.

En relación con sus rasgos de personalidad los resultados positivos indican que es una persona orientada a intentar algo nuevo, a ser flexible al cambio o adaptarse, es generosa, emotiva, confiada, cooperativa, protege el dominio de su espacio personal, su trabajo y sus planes. No duda en expresar sus ideas y defender sus derechos o puntos de vista. Dentro de los grupos asume un papel destacado, tomando la iniciativa y definiendo planes de acción grupal.

Con respecto a las puntuaciones más bajas se la usuaria presenta bajo nivel de instrucción que puede estar presente por una importante ansiedad; los resultados indican que es una persona que siente que no ha logrado sus metas, que su vida es insatisfactoria, presenta una imagen pobre de sí misma y sentimientos de automenosprecio, malestar psicológico, presenta tensión, ansiedad manifestada en problemas de sueño, cavilaciones, agitaciones, impaciencia e irritabilidad.

Con lo anterior, puedo afirmar que la organización metodológica y las técnicas e instrumentos seleccionados, respondieron satisfactoriamente al cumplimiento del objetivo y la comprobación de las hipótesis planteadas, ya que el empleo de la técnica de reestructuración cognitiva, empleada en la primera y segunda sesión, sirvió para que la usuaria pudiera identificar las conductas y cogniciones que deben modificarse, así como presentar un cambio en las situaciones de conflicto que enfrentaba la usuaria. También se observa interés por la paciente al cumplir con las tareas asignadas, su presencia puntual en cada sesión, el interés por aprender a superar su problema y manejar sus pensamientos, sentimientos, conductas y distorsiones cognitivas.

A partir de la sesión tres, se puede notar un cambio en la apariencia física de la usuaria ya que al inicio se presentaba a las sesiones un poco desaliñada a diferencia de las sesiones tres y cuatro en las cuales se observa esmero en su arreglo personal; también comenta que ha puesto en práctica las técnicas de respiración en los momentos en que identifica la presencia de ansiedad y menciona que se siente motivada para hacer las cosas. La paciente menciona que ha aprendido a detectar pensamientos negativos que estaban afectando su estabilidad emocional, señalando que intenta distraerse haciendo cosas o pensando en algo distinto, lo que indica que la Técnica ha sido funcional hasta este momento.

A partir de la sesión cinco se observa un cambio en la reorganización de vida de la usuaria ya que ha establecido nuevas actividades que favorecen sus relaciones interpersonales y actuar cotidiano con la finalidad de seguir construyendo una vida más placentera.

Entre las sugerencias que se pueden obtener tenemos: No desviarse del objetivo terapéutico ya que el usuario puede expresar otros problemas que lo afectan durante su discurso; Mostrar empatía con el usuario, considerando que lo expresado por el paciente no remueva sentimientos no resueltos del terapeuta y Considerar que, dependiendo de la evolución del caso, pueden realizarse adaptaciones o cambios en el proceso terapéutico.

Competencias profesionales alcanzadas.

Esta investigación me permitió aprender a establecer el rapport, a desarrollar la empatía con los usuarios, establecer confianza, definir objetivos, identificar el motivo de consulta y determinar los instrumentos de evaluación adecuados al problema.

Realizar una investigación que involucre un análisis inicial comparado con otro de salida, para comprobar la eficacia de una intervención terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carmona, Z. E. & Brancho, C. E. (2014), La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, [S.l.], 12, (2). Disponible en: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7197>.

Carmona, P. C. (2009). Análisis de un caso de duelo patológico desde la Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de Psicología da IMED*, 1(2), Disponible en: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n2p231-242>

Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario, actualización 2019. Recuperado de <https://dle.rae.es/duelo>

Gamba-Collazos, H. A. & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1). Recuperado en: www.scielo.org.co/pdf/rcps/v26n1/0121-5469-rcps-26-01-00015.pdf

Meza, E., García, S., Torres A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47316103007>

García-Viniegras, C., Grau, J., & Pedreira, I. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000100012&lng=es&tlng=es.

Gil-Julia, B., Bellver, A. & Ballester, R. (2008), Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento, *Revista Psicooncología*, 5(1). Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A/15522>

Gómez, A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de*

Especialidades Médico-Quirúrgicas, 13 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47316103007>

González, R., Ysern, L., Martorell, C., Matéu, C. & Barreto, P. (2010). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1 (29). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459645441002>

Guillihan, S. (2018). *Terapia Cognitivo Conductual Fácil*, España. Ed. Sirio, pág 250.

Guillén, E., Gordillo, M.J., Gordillo, M.D., Ruiz, I., Gordillo, T. (2013), CRECER CON LA PÉRDIDA: EL DUELO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (2)1. Recuperado de <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2019/03/349852173033.pdf>

Herrera, K., Nobles, L. & Acuña, E. (2011). Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal. *Psicología desde el Caribe*, (28). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21320758009>

Kazdin, A. (1983) *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Pp. 51 -78.

Längle, A. (2005). La Búsqueda de Sostén. *Análisis Existencial de la Angustia. Terapia Psicológica*, 23(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78523206>

Lira, E. (2010). "Trauma, duelo, reparación y memoria". *Revista de Estudios Sociales*, (36). Disponible en: <http://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res36.2010.02>

López, G. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352011000100005&lng=es&tlng=es.

Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47316103007>

Moscoso, S. (2014). Psychometric measuring progress in depression. *Liberabit*, 20(1), 29-39. Recuperado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272014000100004&lng=es&tlng=en.

Pacheco, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados*, [S.l.], 14. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf

Pelegri M., & Romeu, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. *Desde el Jardín de Freud*, 0(11). Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228/39644>

Rodríguez, S. C. & Perona, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 14 (3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33731525008>

Rodríguez, M.T. (2012). RITUALES DE MUERTE Y PARENTESCO EN LA TRADICIÓN NAHUA DE LA SIERRA DE ZONGOLICA. *Diálogo Andino - Revista de Historia, Geografía y Cultura Andina*, (40). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3713/371336250009>

Salgado-Ruiz, D., Nobles-Montoya, D., & Ruiz-Arias, V. (2011). Indemnización del dolor y subjetivación del trauma en víctimas del conflicto armado. *Pensando Psicología*, 7(12). Recuperado de: <http://198.46.134.239/index.php/pe/article/view/400>

Villaseñor-Bayardo, S J., & Aceves, M. (2013). El concepto de la muerte en el imaginario mexicano. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036943003.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia
Carrera de Psicología

Formulario de consentimiento informado para entrevistado

Mi nombre es Mirely Luna Contreras, curso noveno semestre de la licenciatura en psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, semestre 2021-1, con número de cuenta 416075065.

Este documento es un CONSENTIMIENTO INFORMADO, a través del cual le hago una invitación para participar de manera voluntaria en una práctica académica de la asignatura 0908 Práctica Supervisada III Terapia Cognitivo Conductual: Aplicaciones, bajo la supervisión de la Mtra. Christian Sandoval Espinoza, tutora de esta licenciatura.

Este documento garantiza que Usted ha recibido la información pertinente para comprender los objetivos, beneficios, posibles riesgos o implicaciones de esta práctica.

La actividad tiene como propósito realizar una práctica de intervención desde un enfoque cognitivo-conductual, así como desarrollar mis habilidades en técnicas de evaluación psicológica como la entrevista y la aplicación de técnicas de intervención en el ámbito de la psicología clínica en adultos que transitan por el proceso de duelo.

Su participación consistiría en:
Responder una entrevista inicial para explorar puntos importantes para realizar la historia clínica, tiempo de duración 60 minutos máximo. (esta entrevista deberá ser grabada).
Participar en cada una de las sesiones que se realizarán semanalmente con una duración de máximo 60 minutos, hasta terminar el procedimiento de la práctica.

Su participación es completamente voluntaria, es su elección participar o no. La información que proporcione será resguardada y su identidad será protegida, sólo la Maestra de la asignatura y yo tendremos acceso a la información.
Es importante señalar que no se trata de un servicio de terapia, por lo que **no habrá remuneración alguna, ni lucro de ningún tipo, ya que se trata de un ejercicio académico.**



Como interventora de esta práctica me comprometo a trabajar de manera ética.

Al participar en esta práctica usted contribuirá en mi formación como profesional de la psicología. En esta actividad no se prevé ningún riesgo para su integridad física o psicológica, sin embargo, pudiera ser que se sienta incómodo con alguna pregunta. En cualquier caso, puede no responder a la pregunta, así como declinar su participación total en la práctica.

Consentimiento

He leído o se me ha leído la información sobre la práctica, por lo tanto, estoy informada sobre los pormenores de la actividad, además de la protección de mis datos. Consiento participar voluntariamente en esta práctica y doy autorización para que la entrevista sea grabada.

Si No

PARTICIPANTE:

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Luis", written over a horizontal line.

Firma de autorización del participante

05 de noviembre de 2020

Anexo. 2. Resumen de la entrevista inicial

Ximena vive en Zacatlán, Puebla, con su esposo y sus dos hijos, un varón de trece años y una señorita de 15 años, con quienes lleva buena relación, existe confianza, respeto y cariño. Comenta que con su hijo algunas veces la relación es complicada argumentando que su hijo está pasando por la adolescencia.

Ha vivido pérdidas significativas como los abuelos, la madre, y la pérdida más reciente es la de su hermana, quien tuvo una muerte inesperada ya que unos días antes había tendido contacto con ella; situación que se le dificulta asimilar ya que comenta que siente tristeza, dolor, negación pensando que sigue viva, que no pasó, muchas ganas de llorar y se siente en deuda con ella, por lo tanto, considera que esta situación le está afectando mucho, ocasionado problemas de salud y emocionales como tristeza, enojo, rabia y odio con dios. Refiere que la muerte de su madre, le provoca sufrimiento ya que la forma en que murió, representó mucho dolor en su lecho de muerte,

Comenta que ha presentado padecimientos como infección de garganta y con mayor frecuencia colitis nerviosa aguda, cuando es más grave, tiene que tener tratamiento durante un mes. Los síntomas que presenta son inflamación en el estómago, inflamación de colon, dolor abdominal, estreñimiento y dolor principalmente en la zona del estómago. Constantemente padece de estrés porque refiere que es una persona muy preocupada y complicada.

Al pedirle que respondiera si o no a una serie de problemas respondió que sí presenta pérdida de control, repetir compulsivamente algo, arranques de rabia, llanto, tristeza y o depresión, no poder concentrarse, insomnio, no poder expresar lo que piensa o siente, no apetecer nada y hace 5 años pensó en quitarse la vida; por lo que el doctor que la asistía le recomendó internarla en un hospital psiquiátrico pero su pareja no quiso y se comprometió a cuidar de ella.

Nace de 9 meses, parto normal, caminó y habló al año, se considera gordita, enojona, responsable, solidaria, muy chillona, fue buen estudiante, tiene pocos amigos, no le gusta salir, no le agrada nada su físico y hace poca actividad física.

La usuaria atraviesa por un proceso de duelo, que podría estar provocando la colitis nerviosa y sus problemas emocionales, por lo tanto, sería necesario aplicar algunos

instrumentos, para identificar el tipo de duelo que enfrenta y con base en ello establecer un tratamiento que permita activar su vida y asimilar la muerte de sus familiares.

Anexo 3. Autobiografía

1

Mi nombre es Ximena García Velázquez, nací el 15 de Junio de 1981 en Zacatlán, Puebla. Crecí en una familia tradicional y llena de valores, desde pequeña mi mamá me dejó al cuidado de mis abuelos maternos, recuerdo que crecí con 7 primos pues como mis tios trabajaban los dejaban en casa de mis abuelos, realmente siempre nos hemos visto como hermanitas, desde que tengo uso de razón recuerdo ver a mis abuelitos trabajar para mantener a la familia, nosotros también trabajábamos, pelando papita, vendíamos leña por lo tanto nos tocaba descargar las mulas y acomodar la leña, y vendíamos combustibles que eran fabricados por nosotros, por los tardes al regresar de la escuela, solo comíamos y después nos poníamos a trabajar, al pasar de los años mis tios se fueron de la casa de los abuelos y solo nos quedamos mi abuelito Ismael, mi abue Jose, mi tía Elma que en ese tiempo era la única soltera y yo. Así que en ese momento mi familia se hizo muy pequeña mi abuelo Ismael o papá Ismael como yo le decía, era un gran hombre lleno de buenos sentimientos, a mi me quería mucho, me consentía, aunque siempre fue muy estricto, fue un hombre muy trabajador, siempre se esforzó, su partida de este mundo fue muy difícil para mí, cuando él murió sentí que me quedaba sola. Mi niñez fue feliz, con algunas carencias económicas, pero feliz, aunque siempre fui una niña muy insegura, me daba miedo enfrentar

2

cosas nuevas, en la escuela siempre fui muy aplicada y sacaba buenas calificaciones, cosa que siempre anhele que mi mamá estuviera conmigo, siempre sentí que no me quería, junto a ella y eso me dolía, cuando iba en el kinder recuerdo que ella vivía de codo en la actividades que me solicitaban y eso hacía que mis compañeras se burlaran de mí, me hacían sentir menos que ellas y eran groseras. Al hablar de mi abuelito a mamá Jose es hablar de bondad, cariño pero también disciplina, siempre trató de estar para mí, me cuidó, me alimentó siempre me defendió de todas aquellas que me hacían sentir mal, había algunas tías que no me querían mucho y me hacían sentir que ya no pertenecía a ese hogar y llegaron a decirme arrimada, recogida y con ciertas actitudes me humillaban. De niña y en mi adolescencia siempre hacía todo lo que la gente me pedía, aunque yo no quería hacerlo, pero lo hacía porque yo sentía que si los obedecía nunca me iban a tratar de apartar de mis abuelitos pues ellos eran mi razón de ser. Ahora voy hablar de mi tía Elma quien es fundamental en mi vida, aunque es mi tía siempre la he visto como hermana a veces peleamos o no estamos de acuerdo en algo pero siempre ha estado cuando la necesito, igual cuando no la necesito, ella es una bella herencia de mis abuelitos, crecí muy juntas, aunque me lleva 9 años me tocó crecer en su hogar y ella me aceptó como alguien muy importante en su vida.

Create something Beautiful everyday

3

Ahora voy a hablar de mis padres, de mi papá, pues no hay mucho que contar, siempre se ha mantenido al margen de mi vida de niña, casi nunca lo veía y cuando lo veía, siempre discutíamos, pues él quería hablar mal de mis abuelitos y yo los defendía y él se enojaba, recuerdo perfecto que un día habló mal de mi abuelito y yo lo defendí y él me dijo que yo no estaba en su corazón que ahí solo existían mi hermano Arturo y mi hermana Elvia, se tocó el corazón y me dijo lo aquí no estás, si me dolía porque siempre quise ser parte de ellos, pero nunca se dio esa oportunidad, nuestra relación nunca cambió a la fecha lo veo muy poco. Hablar de mi mamá, es hablar de la persona que yo creo me ha hecho más daño, hablar de ella me duele, su actitud la mayoría de veces fue de rechazo, nunca entendí por qué, desde pequeña me dejó fuera de su vida, cuando tenía más o menos un mes de nacido ella un buen día olvidó pasar a recogerme a la casa de mis abuelitos pues ellos al principio me cuidaban solo el tiempo en que mi mamá iba a trabajar, entonces desde ahí me quedé a vivir con ellos, de niña casi no tengo recuerdos con ella, bueno de grande tampoco, fue una persona que nunca se acordaba de mí para algo bueno, por lo regular cuando la veía era para que me regañara por algo, no había felicitaciones de su parte por mi cumpleaños, ni por algún logro que yo tuviera, siempre oíste una palabra de cursa y también quise vivir con ellos pero

4

nunca se pudo. Algo curioso en mi vida es que mis abuelitos nunca se dieron cuenta que mi mamá estaba embarazada hasta el día en que nació.

Un día en una discarica que tuve con ella me dijo que se arrepentía de que yo hubiera nacido, que ella no me quería tener, ahí entendí porque siempre me rechazó. Cuando ella enfermó gravemente a mis hermanos y a sus nietos les dijo que los amaba y a mí no, hasta en ese momento de su vida me dejó fuera, cuando ella estaba partiendo de este mundo en sus últimos momentos con su mano buscab algo y yo le di mi mano y cuando vio que era la mía me soltó y quitó su mano, al poco rato volvió a estirar su mano y mi hermana Elvia se la dio y a ella sí la agarró fuerte y le dijo que yo no podíamos y a los minutos murió. Su muerte para mí fue muy dolorosa, porque la forma en que murió fue muy fuerte. De mis hermanas son 4 dos de su primer matrimonio y tengo otras dos que tuvo con mi papá.

• Mi hermano Abdón para lo veo, lo quiero mucho, pero casi nunca e tenido mucha relación con él. De mi hermana Elvia y mi hermana Arturo, también tengo poca relación con ellas, no tenemos gustos afines y creamos con diferentes tipos de educación.

• Mi hermana Lolis es con la que mejor me lleve, siempre nos quisimos mucho, siempre tuvimos comunicación, me cuida, me protege, tenemos una relación de amigas y de hermanas.

Crearte un mundo bonito hoy



hermosa, aunque un tiempo vivió fuera de la ciudad manteníamos nuestra relación a distancia. hace casi un año que ella murió de una manera muy sorpresiva, no logre entender para que se fue, ni logre aceptar su muerte. A veces cuando salgo a la calle creo verlo. Ella murió en una situación muy precaria y eso me duele mucho.

Ahora voy hablar de una persona que ha sido hermosa en todos los sentidos, de mi novio que tengo desde que tenía 16 años, lo conocí cuando entre al bachiller, desde que lo empecé a tratar siempre fue muy respetuoso, muy dulce, caballeroso, durante 7 años de novios, después me embarazé y cuando nació mi hija comenzamos a vivir juntas, ha sido un excelente padre muy responsable y amoroso, después tuvimos otro hijo, hemos logrado tener una bonita familia, que es lo que siempre añore, quería una familia mía, que nadie me pudiera quitar. De novios disfrutamos mucho, salimos a viajes, íbamos a discos, bailes, compartimos muchos momentos. Mis abuelitos lo conocieron y ellos lo quisieron mucho. Como pareja ha sido muy bueno conmigo, yo siempre le digo que desde el primer día que me tomó de la mano nunca me ha soltado, es cierto que también hemos tenido malos momentos y algunas veces hemos pensado en separarnos pero al final logramos sobreponernos y decidimos seguir juntos y luchar por nuestra familia. A sido mi única pareja y en la inti-

midad es muy tierno y cariñoso. Nunca me ha maltratado físicamente, ni me habla con malas palabras. Lo amo con todo mi corazón y esta relación nos ha dado dos grandes seres humanos mi hija Naomi y mi hijo Marco. Naomi es una niña hermosa, siempre ha sido muy responsable, cariñosa, mi relación con ella es muy buena me tiene confianza y yo a ella. Somos grandes amigas sin olvidar el respeto que me tiene por ser su mamá. Su apoyo a mí es incondicional.

Marco es un niño travieso, lindo, cariñoso con el ando mas despierta, tengo que andar atrás de él para que haga cosas, pero es un buen niño. Mi relación con él también es buena, de confianza y de respeto. Marco hace ya unos años enfermo gravemente de los pulmones, fueron meses de lucha por su salud, de mucha angustia y tristeza pero al mismo tiempo de mucha fe, y de luchar contra algo que nos quería quitar algo muy valioso para nosotras, y de un diagnóstico muy desfavorable para nosotras como era el que ya no había nada que hacer por mi hijo después de mucho tiempo, tratamientos y una gran fe en dios, nos dieron al fin un diagnóstico favorable y hoy por hoy seguimos en tratamientos pero su salud de mi hijo hoy es buena.

Hablare de las personas que son cercanas a mí, veo casi del diario a mis suegros. Lleva una buena relación con los dos, nos queremos mucho, hay un respeto

Create something Beautiful everyday



mutuo, tratamos de apoyarnos siempre, aunque a veces he sentido que me han dejado sola en ciertas cosas, tambien a veces siento que la familia delega en mi funciones que no me corresponden del todo, y he llegado a sentirme cansada en que las situaciones se repitan.

Algo que me dolio mucho fue que mi suegra me haya dejado sola cuando mi mamá murio, ella siempre es muy colaboradora con todo y con todos y cuando yo la necesite y necesite su apoyo me dejo sola. Con mi suegra tengo mas conflictos en cuestion de que yo me preocupaba que si ya comia, que si se toma sus pastillas etc... pero eso a el de momento le molesta entonces tome la decision de no meterme en su vida y de entender que el no es mi responsabilidad.

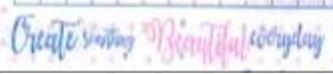
Tengo dos cuñadas a ellas las quiero mucho, mi relacion es de cariño y respeto con ellas, algo que si me dolio mucho una vez fue que mi cuñada chica por un malentendido le dijo a mi esposo que ella sola me toleraba para no tener problemas, y eso si fue bastante dificil para mi, pues de las dos con ella es la que mas me llevo, a la que mas confianza le tengo, ella si es una hermana para mi y por eso me dolio mucho ese comentario.

Tengo una gran amiga que se llama Laura ella siempre ha sido incondicional mio, nuestra relacion es de mucho companerismo, respeto y mucho cariño.



Ella es de esas personas que siempre va a estar ahí para mí y yo para ella. Con ella puedo hablar de cualquier tema sin conflicto, pues los dos siempre nos apoyamos.

Y bueno termine la Carrera de Lic en Derecho con una especialidad en Derecho Penal.



Anexo 4. Inventario de duelo complicado (IDC) Pre- evaluación.

24/NOV./2020

Inventory of Complicated Grief. Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Fue elaborado por Prigerson (24) con la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico.

El IDC tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): "nunca", "raramente", "algunas veces", "a menudo" y "siempre", que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para "nunca" hasta 4 para "siempre".

Para su corrección se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. La escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0,80. Según los autores originales una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. El IDC es un cuestionario auto-administrado y se cumple en 10 minutos aproximadamente

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL IDC

Los 19 ítems que forman parte de la escala IDC fueron traducidos del inglés al castellano por dos expertos bilingües. Posteriormente, dos psicólogos revisaron la traducción y se hicieron diversas correcciones hasta llegar a la versión definitiva a través del consenso con otros expertos en cuidados paliativos. Una vez definida la versión en castellano del cuestionario se procedió a su retro-traducción al inglés y a su comparación con la versión original, observándose una gran similitud, datos que apoyan la calidad de la traducción realizada (Fig. 1)

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar						
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre	
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2 X	3	4	2
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.				X3		3
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.			X2			2
4. Anhelo a la persona que murió.					X4	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.				X3		3
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.					X4	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.				X3		3
8. Me siento aturdido por lo sucedido.				X3		3
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.			X2			2
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaba.			X2			2
						<u>28</u>

11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él /ella falleció.				X ₃		3
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo algunos de los síntomas que sufría la persona que murió.				X ₃		3
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.			X ₂			2
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.				X ₃		3
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.				X ₃		3
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.				X ₃		3
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.			X ₂			2
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.				X ₃		3
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.			X ₂			2
Total						52

24
 + 28

 52

Puntuación
 Mayor a 25 es un indicador de duelo complicado.

Inventario de duelo complicado (IDC) Post-evaluación

Inventory of Complicated Grief. Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Fue elaborado por Prigerson (24) con la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico.

El IDC tiene 19 ítems con cinco categorías de respuesta (tipo Likert): "nunca", "raramente", "algunas veces", "a menudo" y "siempre", que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para "nunca" hasta 4 para "siempre".

Para su corrección se suman los puntos de cada ítem. De esta manera, las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 76, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. La escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0,80. Según los autores originales una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. El IDC es un cuestionario auto-administrado y se cumplimenta en 10 minutos aproximadamente.

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL IDC

Los 19 ítems que forman parte de la escala IDC fueron traducidos del inglés al castellano por dos expertos bilingües. Posteriormente, dos psicólogos revisaron la traducción y se hicieron diversas correcciones hasta llegar a la versión definitiva a través del consenso con otros expertos en cuidados paliativos. Una vez definida la versión en castellano del cuestionario se procedió a su retro-traducción al inglés y a su comparación con la versión original, observándose una gran similitud, datos que apoyan la calidad de la traducción realizada (Fig. 1)

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar						
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre	
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4	2
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastoran.		X				1
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.		X				1
4. Anhelo a la persona que murió.			X			2
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.			X			2
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.		X				1
7. No me puedo creer que haya sucedido.		X				1
8. Me siento aturdido por lo sucedido.		X				1
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.		X				1
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaba.		X				1

11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él /ella falleció.		X				1
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo algunos de los síntomas que sufría la persona que murió.			X			2
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.		X				1
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.		X				1
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.		X				1
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.			X			2
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.		X				1
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.		X				1
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.		X				1
Total						24

Anexo 5. Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) Pre- evaluación.

24-NOV-2020.

Ximena García Velázquez

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁰⁶

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza 1. <u>2.</u> Parece decaído/a pero se anima sin dificultad 3. 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo 5. 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias 1. <u>2.</u> Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas 5. 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera 1. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido 3. <u>4.</u> Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad 5. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre 1. <u>2.</u> Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado 3. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h 5. 6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p><u>0.</u> Apetito normal o aumentado 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. Sin apetito. La comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lasitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

19
107
22. Total

Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) Post-evaluación

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas dadas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situaciones entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente depresivo/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítem	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p>1.</p> <p>2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p>1.</p> <p>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Terror o angustia tenaz. Pánico insistente</p>
<p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duermes como siempre</p> <p>1.</p> <p>2. Ligera dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente reducido</p> <p>3.</p> <p>4. Sin apetito. La comida es insípida</p> <p>5.</p> <p>6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evaluación según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. <u>Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos</u> 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lasiitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. <u>Dificultades para empezar actividades</u> 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasiitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. <u>Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan</u> 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. <u>Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio</u> 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aun racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. <u>Disfruta de la vida o la acepta tal como viene</u> 1. 2. <u>Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros</u> X 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

Anexo 6. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) Pre-evaluación.

Cognitiva

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	XS
	1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre los demás. "torpe", etc.	3. Me siento inseguro de mí mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidir.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.	3	3	3	3	1	3		4	
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.	4	3	3	3	3	3		4	
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	3	3	2	3	2	3		4	
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.	4				3			7	
5. En mi trabajo o cuando estudio.			3	2				5	
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.	2	2		2		1		7	
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.				3				3	
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.		2				2		4	
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.						3	2	5	
10. Si tengo que hablar en público.	3			2	3	2		10	
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculo, tímido, humillado, solo o rechazado.					4			4	
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.			3	3	3			9	
13. Después de haber cometido algún error.				3	4	3	3	13	
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.	3							3	
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.				2				2	
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.					4			4	
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.	4	4			4	4	3	19	
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.			4			3		7	
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.	4	4	3		4		3	18	
20. Al observar escenas violentas.	4	2			4			10	
21. Por nada en concreto.	4	2	3	2	3			14	
22. A la hora de dormir.	3	2				2		7	
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
XR	38	18	16	16	24	33	18	TOTAL	163

Puntuación: 163

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

1.	Siento molestias en el estómago.
2.	Me sudan las manos u otras partes del cuerpo hasta en días fríos.
3.	Me tiemblan las piernas en situaciones de tensión.
4.	Me duele la cabeza.
5.	Me siento cansado en situaciones de tensión.
6.	Tengo dificultades para tragar.
7.	Me falta el aliento y mi respiración es agitada.
8.	Siento náuseas o mareos.
9.	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
10.	Tengo esas cosas y siento que me hace mucho frío.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBSERVACIONES	XS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.			4	3	4		4	2	2	3		22
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.	4	3	3	3		3	3		2			21
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	2	2	2	2		2	2	1	1			14
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.				4								4
5. En mi trabajo o cuando estudio.	2			3		2			1			8
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.	1				2		1		2			6
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.			3			3	3	2	2			13
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.	4		3	4		4	3	2	2			22
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.			4				3	3	2			12
10. Si tengo que hablar en público.	4		3	3		2	3	2	2	2		21
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculo, tímido, humillado, solo o rechazado.					4	3	3			3		13
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.		4	4	4		3	3	3	3			24
13. Después de haber cometido algún error.		3	3	4			3			2		15
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.				4			3			3		10
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.			4	2			2		2			10
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.		3	2	3	3		2		1			14
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.	4	4	4	4			3					19
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.	4		3	3			2		2			14
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.			4			4	4	4	3	3		22
20. Al observar escenas violentas.	4					4	3	3				14
21. Por nada en concreto.	3		3	3		2	2	2	1			16
22. A la hora de dormir.				4								4
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
XR											TOTAL	318 r2= 159

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

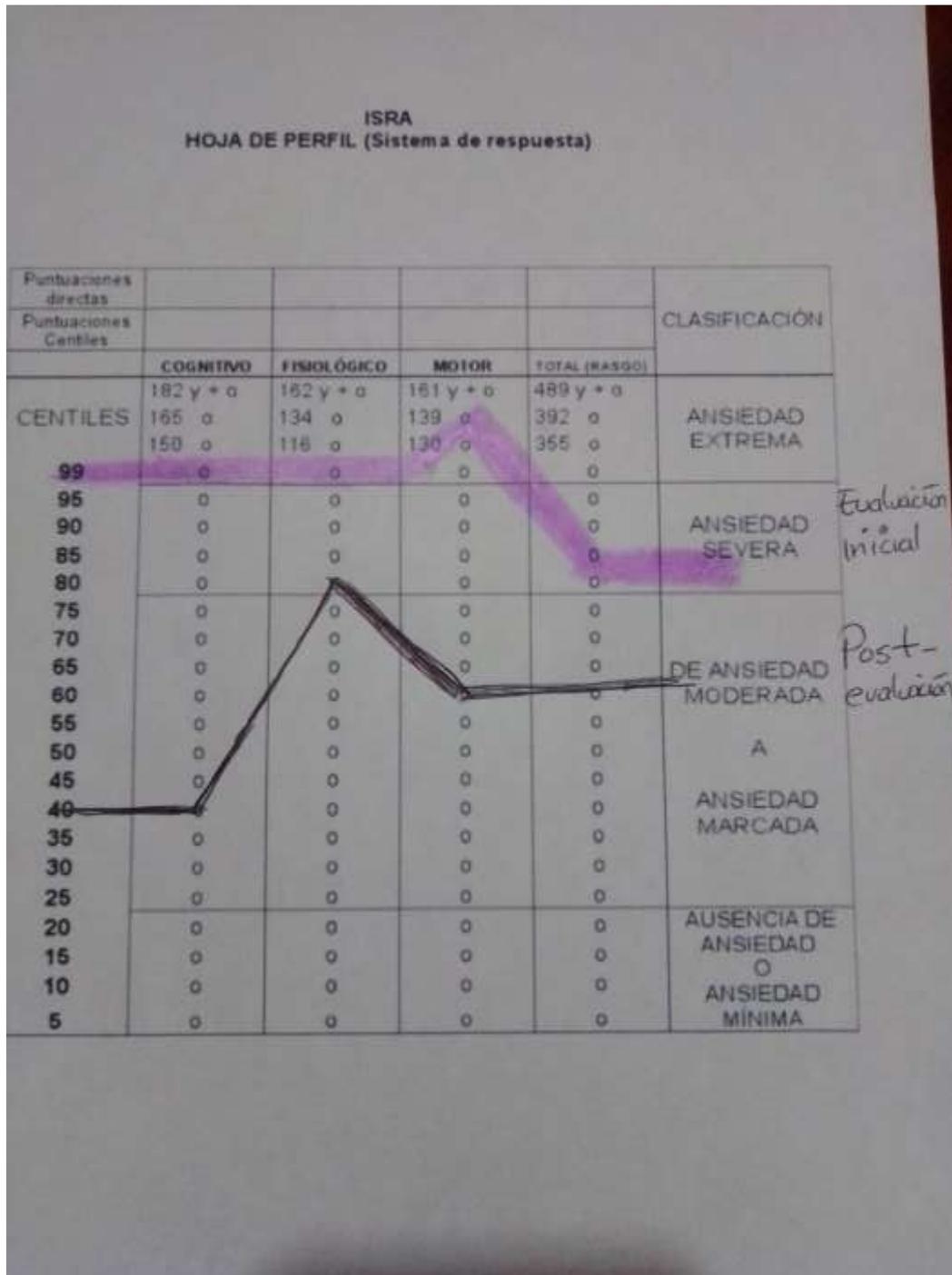
- RESPUESTAS
1. Loro con facilidad.
 2. Realizo movimientos repetitivos (trascenas, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)
 3. Fumo, como o bebo demasiado.
 4. Trato de evitar o reducir la ansiedad.
 5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
 6. Quedo paralizado o muy movido mientras son los pases.
 7. Tardando o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	IS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.		4			3	1			8
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.		4			4				8
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	2	3	1		2	1	0		9
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.			3		3		2		8
5. En mi trabajo o cuando estudio.	3		3			1			7
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.			1	3					4
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual incómoda.			0						0
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.		4	2			2			8
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.		3	2			1			6
10. Si tengo que hablar en público.			1						1
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, timido, humillado, solo o rechazado.		4	3		3				10
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.		3		4	3	1			11
13. Después de haber cometido algún error.	4		3						7
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.					2		1		3
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.				2					2
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.		4	2						6
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.	4	4	3		2	2			15
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.	3		2	4		2	2		13
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.						4			4
20. Al observar escenas violentas.			3		3				6
21. Por nada en concreto.							1		1
22. A la hora de dormir.					3				3
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
IR									
TOTAL									140

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Puntuación Total: C+F+M = ~~163~~ + ~~159~~ + ~~140~~ = ~~462~~ rasgo
 163 + 159 + 140 = 462

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) Post-evaluación



Anexo 7. Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)

7.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

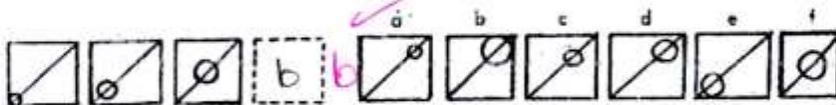
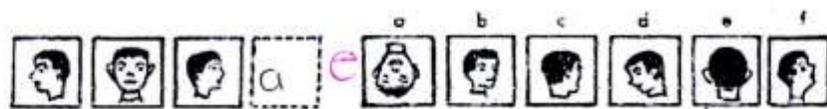
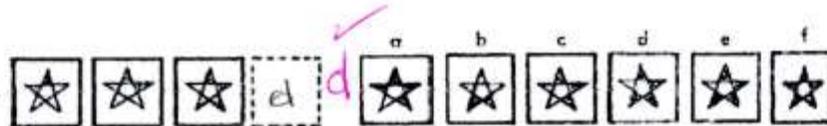
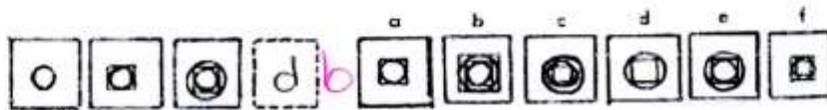
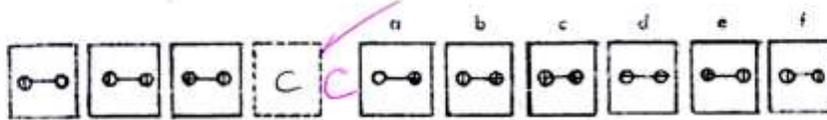
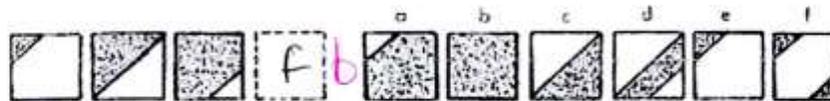
1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno	
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte	
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo	
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte	<p>Si la puntuación de los Items 4 y 5 para ambos es 0. Será indicativo de la INEXISTENCIA de intencionalidad suicida y ya no procede a terminar de aplicar la prueba.</p>
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida	
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo	
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo	
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación	
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control	
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos	
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta	
12. <i>Método (especificidad/planiificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados	
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto	

Anexo 8. Test de factor G de Catell. Escala 3

INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA, SATISFACCIÓN CON LA PROFESIÓN ELEGIDA Y LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL COEFICIENTE INTELECTUAL DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN. Vildoso Villegas, Jesahel Yanette

Tesis UNMSM

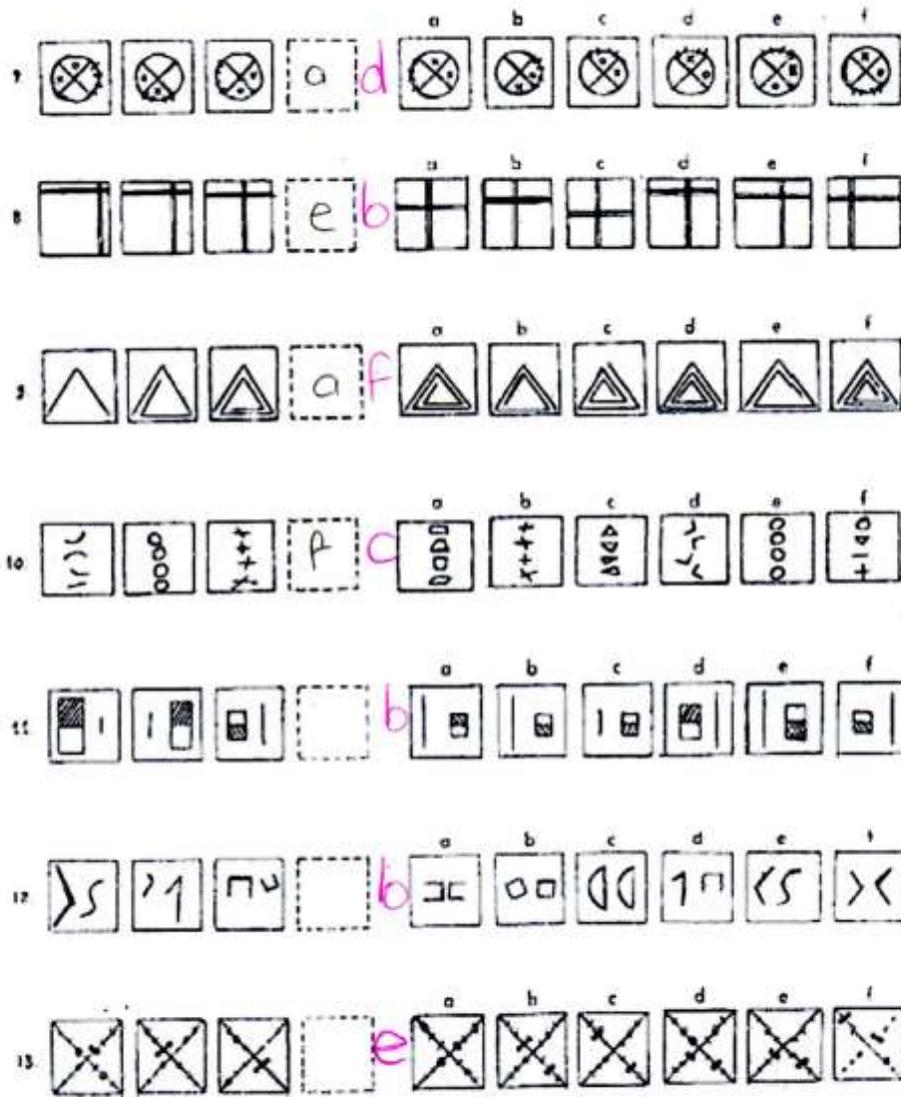
TEST I



3

No se detenga. Pase a la página siguiente.

Elaboración y diseño en formato Pdf, por la Oficina General de Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central.



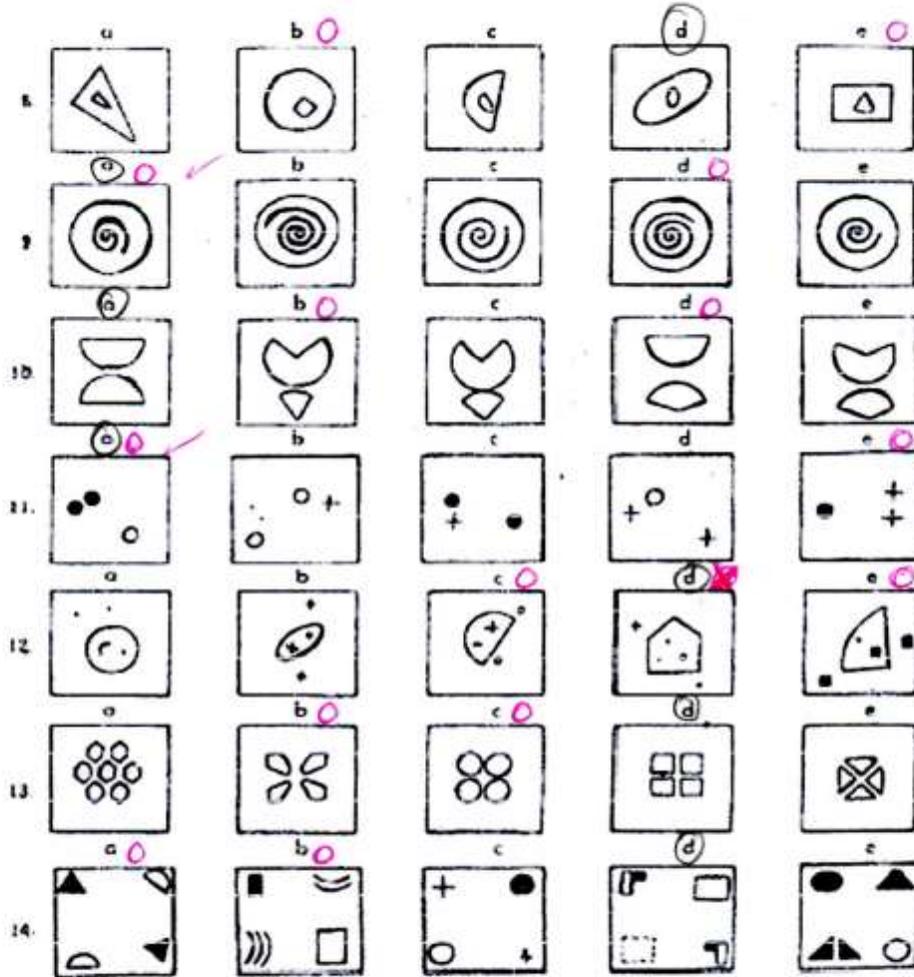
Espera. No pase a la página siguiente hasta que se le indique.

TEST 2

- 2:43 seg -

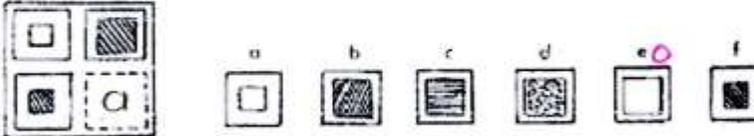
	a	b	c	d	e
1					
	a	b	c	d	e
2					
	a	b	c	d	e
3					
	a	b	c	d	e
4					
	a	b	c	d	e
5					
	a	b	c	d	e
6					
	a	b	c	d	e
7					

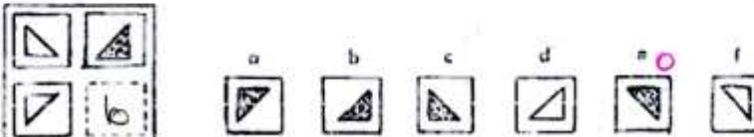
No se detenga. Pase a la página siguiente (3)

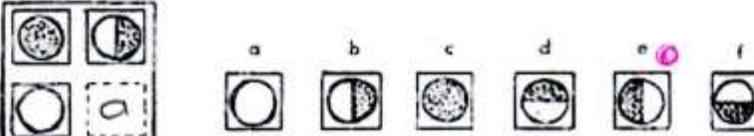


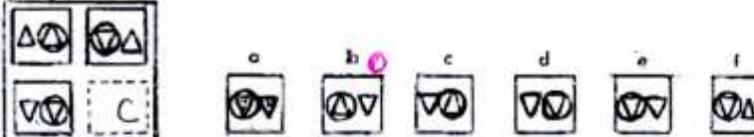
Espera. No pases a la página siguiente hasta que se te indique.

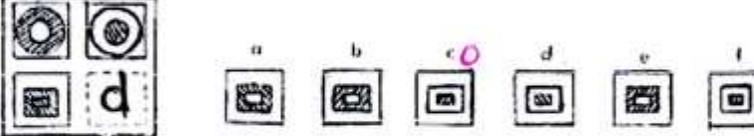
TEST 3

1.  a b c d e f

2.  a b c d e f

3.  a b c d e f

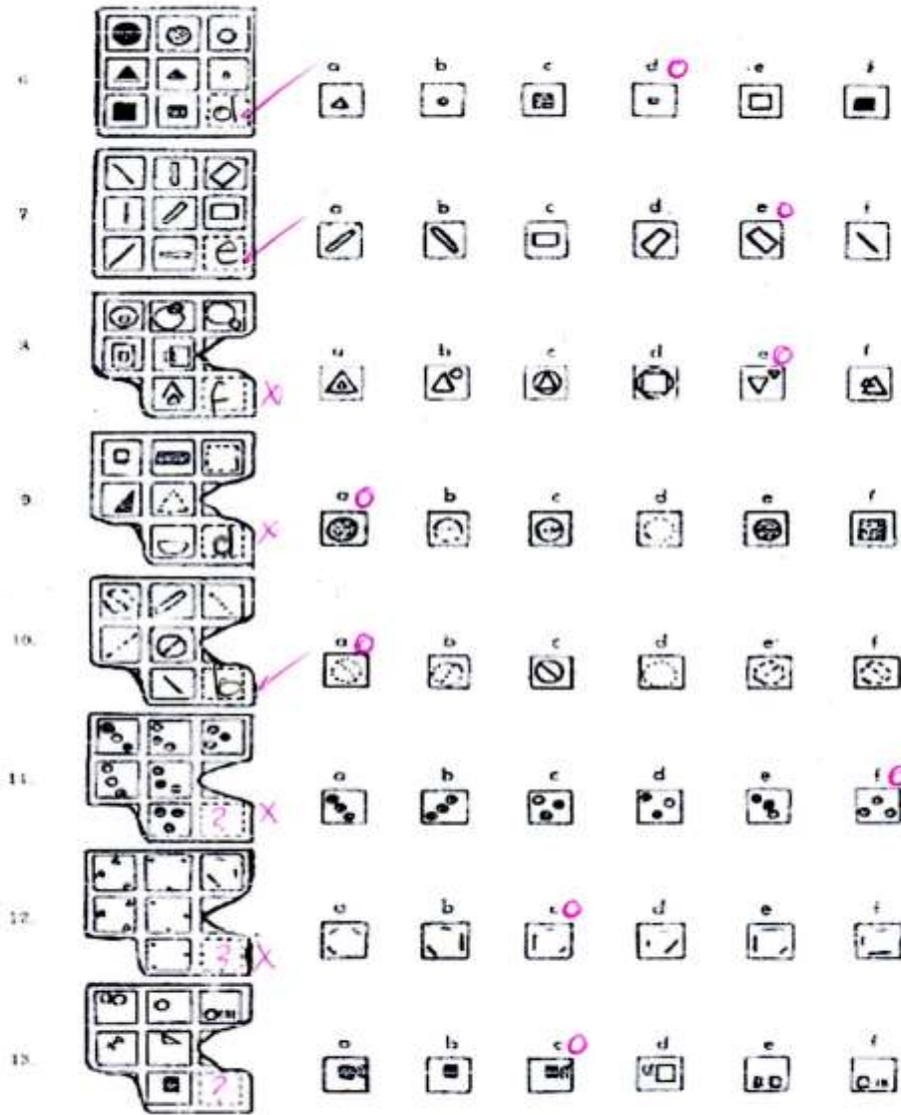
4.  a b c d e f

5.  a b c d e f

No se usará para la página siguiente.

INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA, SATISFACCIÓN CON LA PROFESIÓN ELEGIDA Y LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL COEFICIENTE INTELECTUAL DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN. Vildoso Villegas, Jesahel Yanette

Tesis UNMSM



Elaboración y diseño en formato Pdf, por la Oficina General de Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central.

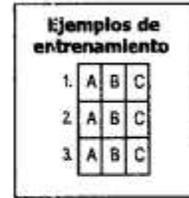
TEST 4

1.		a.	b.	c.	d.	e.
2.		a.	b.	c.	d.	e.
3.		a.	b.	c.	d.	e.
4.		a.	b.	c.	d.	e.
5.		a.	b.	c.	d.	e.
6.		a.	b.	c.	d.	e.
7.		a.	b.	c.	d.	e.
8.		a.	b.	c.	d.	e.
9.		a.	b.	c.	d.	e.
10.		a.	b.	c.	d.	e.

Espera. No pase a la página siguiente hasta que se le indique.

5

16 PF – 5 HOJA DE RESPUESTAS



RUT:

Nombre Completo:

Edad:

Fecha:

Sexo:

M F

1. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	17. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	33. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	49. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	65. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	81. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	97. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	113. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	129. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	145. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	161. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	177. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
2. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	18. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	34. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	50. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	66. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	82. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	98. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	114. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	130. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	146. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	162. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	178. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
3. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	19. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	35. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	51. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	67. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	83. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	99. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	115. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	131. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	147. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	163. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	179. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
4. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	20. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	36. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	52. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	68. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	84. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	100. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	116. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	132. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	148. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	164. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	180. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
5. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	21. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	37. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	53. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	69. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	85. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	101. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	117. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	133. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	149. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	165. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	181. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
6. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	22. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	38. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	54. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	70. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	86. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	102. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	118. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	134. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	150. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	166. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	182. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
7. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	23. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	39. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	55. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	71. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	87. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	103. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	119. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	135. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	151. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	167. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	183. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
8. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	24. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	40. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	56. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	72. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	88. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	104. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	120. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	136. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	152. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	168. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	184. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
9. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	25. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	41. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	57. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	73. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	89. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	105. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	121. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	137. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	153. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	169. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	185. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
10. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	26. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	42. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	58. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	74. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	90. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	106. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	122. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	138. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	154. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	170. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	186. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
11. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	27. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	43. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	59. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	75. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	91. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	107. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	123. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	139. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	155. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	171. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	187. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
12. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	28. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	44. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	60. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	76. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	92. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	108. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	124. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	140. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	156. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	172. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	188. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
13. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	29. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	45. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	61. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	77. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	93. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	109. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	125. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	141. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	157. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	173. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	189. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
14. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	30. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	46. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	62. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	78. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	94. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	110. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	126. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	142. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	158. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	174. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	190. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
15. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	31. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	47. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	63. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	79. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	95. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	111. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	127. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	143. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	159. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	175. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	191. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C
16. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	32. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	48. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	64. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	80. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	96. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	112. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	128. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	144. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	160. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	176. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	192. <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C

Anexo 10. Actas de sesión

ACTAS DE SESIÓN

ENTREVISTA DE PRIMER CONTACTO.

Fecha de la entrevista: 8 de diciembre de 2020

Nombre del usuario: Ximena García Velázquez

Nombre del terapeuta: Mirely Luna Contreras

Nombre de la supervisora: Mtra. Christian Sandoval Espinoza

Lugar o medio de la entrevista: Zacatlán, Puebla a través de llamada telefónica.

Fuente de referencia: Se contacta a la usuaria a través de un grupo de WhatsApp del Colegio en donde asiste su hijo.

Motivo de Consulta: La señora Ximena, solicita consulta psicológica ya que indica que hasta el momento no ha podido aceptar el fallecimiento de familiares cercanos como su madre y hermana mayor, por lo tanto se siente muy triste, deprimida y con pocas ganas de hacer las cosas.

Descripción del problema: La usuaria presenta un trastorno de adaptación relacionado con Duelo complicado, caracterizado por una reacción inadaptada y patológica persistente ante al muerte de un ser querido. A diferencia del trastorno de adaptación, que tiene una duración máxima de 6 meses, el trastorno de duelo complejo persistente requiere un mínimo e 12 meses de síntomas.

Objetivos para la primera sesión: Confrontar al paciente con su negación a la pérdida.

Guía de temas o preguntas a tratar: El fallecimiento de su hermana y su madre. Sentimientos de culpa y enojo con respecto a la muerte de ellas.

SESIÓN 1.

Fecha. 08 de diciembre de 2020

Resumen del problema:

La usuaria indica que siente sentimientos de culpabilidad con respecto a la muerte de su hermana y su madre, por lo que, al finalizar la aplicación de los inventarios para la recogida de información, se le pidió que de tarea escribiera una carta en donde expresara todos los sentimientos presentes hacia su familiar fallecido.

Pedir a la paciente que escriba una carta para su familiar fallecido en donde exprese todas las emociones que considere necesarios.

Se inicia la sesión abordando un hecho que menciona la usuaria en su biografía acerca de complacer a las personas haciendo todo aquello que le pedían en la infancia y es una situación que se repite con su familia política con la finalidad de que identifique su forma de actuar y pensar frente a sus vivencias. De esta manera se introduce una explicación breve sobre la manera en que pensamos nuestros actos y lo importante de reestructurar esos pensamientos.

Una vez que inicia hablando se establece una relación entre su discurso y sus sentimientos hacia las personas con quien convive y su pérdida.

Como parte de la Terapia de exposición, se pide que hable acerca de los sentimientos que experimentó al escribir las cartas ya que comenta que redactó dos, una para su hermana y otra para su madre.

La usuaria presenta intranquilidad al hablar de sus pérdidas ya que mueve demasiado las piernas, llora mucho y hace movimientos constantes con sus manos.

Refiere que, al redactar las cartas, se enfrentó a dos mundos: escribir para su hermana representó tristeza, frustración, dolor, pero finalmente quiere pensar que ella está mejor en el lugar en donde ahora se encuentra, le recrimina que la haya dejado sola y finalmente le agradece por todo lo que hicieron juntas, prometiendo que la amaría siempre, aunque ya no esté físicamente aquí. Con la carta a su madre se enfrenta a enojo, coraje, frustración, impotencia al no entender por qué le hizo tanto daño, le recriminó por eso y también expresa su perdón, amor y agradecimiento porque hoy tiene muchas cosas que la hacen feliz. Expresa: “quedé en paz con ella”.

La redacción de las cartas permite que la usuaria reflexione sobre los pensamientos y sentimientos presentes. Cumple con su objetivo al promover la aceptación de la pérdida y confrontarse con sus emociones.

Se concluye la sesión relajando a la usuaria a través de la respiración diafragmática, explicándole que la puede practicar cada que se sienta tensa o con ansiedad.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: Únicamente la usuaria, Ximena García Velázquez

Lugar o medio de la entrevista: A través de video llamada por WhatsApp

Técnicas de pre-evaluación: Autobiografía y redacción de cartas.

Modelo de abordaje del caso: Cognitivo-Conductual

Hipótesis de Trabajo: Con la Terapia de exposición la usuaria se confronta con los sentimientos que presenta con respecto a la pérdida para aceptarlos.

Impresión diagnóstica (DSM-5 o CIE-10): Con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición, (DSM-5), se considera lo siguiente: La usuaria presenta un trastorno de adaptación relacionado con Duelo complicado, caracterizado por una reacción inadaptada y patológica persistente ante al muerte de un ser querido. A diferencia del trastorno de adaptación, que tiene una duración máxima de 6 meses, el trastorno de duelo complejo persistente requiere un mínimo e 12 meses de síntomas.

Los criterios presentes en la usuaria y contenidos en el DSM-5 son:

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

B Desde la muerte, están presentes casi diariamente y persistentes durante al menos 12 meses los siguientes síntomas: Anhelo o añoranza persistente por el fallecido, pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte, preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.

C Desde la muerte, están presentes casi diariamente y persistentes durante al menos 12 meses los siguientes síntomas: Importante dificultad para aceptar la muerte, incredulidad en relación a la pérdida, amargura o rabia en relación a la pérdida, valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte, sentimientos de soledad o desapego de otros desde la muerte, dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes a futuro desde la pérdida.

Objetivos, metas y/o actividades para la siguiente sesión: Trabajar sobre las cogniciones o pensamientos para modificar aquellas conductas que se originan a partir de creencias irracionales

Técnicas o estrategias de intervención empleadas en la sesión: Terapia de exposición y técnica de relajación pasiva.

Tarea(s) a casa: Realiza de tarea un registro de pensamientos automáticos negativos cuando se presenten en relación con el fallecido y cuál es la mejor alternativa o la manera más adecuada de considerar la situación.

URL del audio o video de la sesión:

https://drive.google.com/file/d/1nfDlzZpQA_ugE46NpIMZynTDNPYD83pp/view?usp=sharing

SESIÓN 2.

Fecha. 15 de diciembre de 2020

Resumen de la sesión anterior: Se trabaja la terapia de exposición al abordar aquellos sentimientos y pensamientos relacionados con sus pérdidas. La usuaria expresa todas aquellas ideas dolorosas y aprende a identificar su presencia.

Durante el discurso asume que muchas ideas que tenía sobre esas muertes, no fueron su culpa, expresa sentimientos de agradecimiento hacia su hermana, entiende que siempre la va a amar y expresa que ella ya no está físicamente aquí a manera de asimilación y aceptación de su muerte. Con respecto a su madre logra expresar su coraje, resentimiento y finalmente el perdón como medio para sentirse mejor.

Se enseña la técnica de respiración diafragmática para que aprenda a controlar su ansiedad o forma de relajación.

Se pide a la usuaria que de tarea realice un registro de pensamientos automáticos negativos cuando se presenten en relación con el fallecido y cuál es la mejor alternativa o la manera más adecuada de considerar la situación.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: únicamente la usuaria

Lugar o medio de la entrevista: a través de video llamada por WhatsApp

Hipótesis de Trabajo: la usuaria es encaminada a identificar pensamientos automáticos negativos que están causando sentimientos de culpa para modificarlos.

Resumen de la revisión de la tarea: la usuaria realiza su tarea indicando situaciones que le molestan porque siente que de alguna manera al aceptarlas controlan su vida; sin embargo, al decidir qué debe hacer se siente intranquila porque sabe que se van a molestar con ella y tiene pensamientos contradictorios de culpabilidad y bienestar.

La paciente expresa sentir miedo de que pueda suceder algo malo a las personas con las que convive, por lo tanto, hace lo que le piden para cuidarlos, situación que refleja el temor que tiene a perder a otras personas como sucedió con su hermana.

Con respecto al duelo de su hermana, comenta que esta semana se cumplió el primer año del fallecimiento de su hermana, pero decidió no participar en el cabo de año ya que no quiere volver a ver las ceras, las flores y enfrentarse nuevamente a la situación dolorosa, porque quería sentirse bien. Esa semana se sintió triste y pensaba “no se si me hermana había comido, cenado, si disfruto de sus últimos días”, por lo que se negaba a realizar el cabo de año ya que eso que iba a gastar se lo pudo haber dado en vida.

Se encamina a la paciente a pensar diferente esa muerte a lo que comenta que ha llegado a pensar que su hermana seguramente ya descansa en paz, ya no sufre y en donde está ahora está mejor. Estos pensamientos la hacen sentirse más tranquila, menciona que en estos días soñó que su hermana estaba perdida y todos la buscaban hasta que ella entró en su casa y les dijo que no se preocuparan que ella estaba bien, por lo tanto, después de ese sueño se ha sentido más tranquila.

Con respecto a su forma de actuar comenta que ha dejado de hacer algunas cosas que antes hacía, incluso cuando sus hijos quieren hacer algo ella prefiere convencerlos de que no lo hagan, también refiere que de alguna manera perdió las ganas de arreglarse, salir, salir a comprar, lo único que quiere es ponerse un pants y hacerse un chongo. Al pedirle que piense en su futuro, considera que algunas actividades que le gustaría retomar son trabajar, jugar basquetbol.

Finalmente, se le pide a la usuaria que de tarea piense en aquellas actividades que le gustaría retornar en el futuro que ha olvidado y cómo se visualiza en su futuro.

(anexo 1)

Técnicas o estrategias de intervención empleadas en la sesión: Reestructuración cognitiva

Tarea para casa: Practicar la técnica de relajación pasiva cuando lo crea necesario y hacer un registro de actividades que le gustaría retornar en su futuro y cómo se visualiza.

Objetivos y/o actividades para la siguiente sesión: Trabajar sobre las cogniciones o pensamientos para modificar aquellas conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

Nivel de avance del proceso (en escala del 1 al 10): Considero que el avance se encuentra en un 4

URL del audio o video de la sesión:

<https://drive.google.com/file/d/1HHR54v5V4iW9hfnoK8fGOOASbc19IX7R/view?usp=sharing>

SESIÓN 3.

Fecha. 22 de diciembre de 2020

Resumen de la sesión anterior: En la sesión anterior se trabajó con pensamientos recurrentes negativos que estuvieran afectando a la paciente entre los cuales se detecta que continúa el sentimiento de culpa por no haber visitado a su hermana unos días antes de su fallecimiento; pensamientos negativos sobre la forma en que murió por ejemplo si comió, si pasó frío, si estuvo sola, si se sintió triste, etc. La paciente logra identificarlos para trabajar en ellos de tal manera que pueda modificarlos por un pensamiento distinto que no le cause tanto dolor.

También refiere que muchas veces siente que las personas con las que convive necesitan que su ayuda y aunque algunas veces no tiene deseos de hacer lo que le piden lo hace ya que tiene miedo de que si no lo hace les suceda algo o se molesten con ella, situación que le causa conflicto porque por un lado se siente bien al decidir lo que realmente quiere y por otro lado se siente angustiada por las consecuencias que puedan resultar.

Se le pide a la paciente que siga identificando pensamientos negativos para modificarlos por otro positivo. De tarea se le deja que piense en lo que ha dejado de hacer que le gustaría retomar y la forma en que visualiza su futuro.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: únicamente la usuaria

Lugar o medio de la entrevista: a través de video llamada por WhatsApp

Hipótesis de Trabajo: La usuaria identifica emociones y pensamientos negativos para modificarlos y sentirse mejor.

Resumen de la revisión de la tarea:

La paciente refiere sentirse triste por las fechas que de alguna manera marcaron la muerte de su hermana, comenta que si ha podido detectar los pensamientos recurrentes

que le entristecen, pero cuando los detecta realiza alguna técnica de respiración, intenta pensar en otra cosa o realizar alguna acción que distraiga sus pensamientos.

Con respecto a su tarea comenta que un pensamiento que le hace sentir tristeza es la fecha de navidad ya que no siente deseos de festejar, pero trata de hacer algo que la distraiga o le quite ese pensamiento.

En cuanto al registro de actividades refiere que al principio le costó mucho trabajo ya que se ve haciendo actividades que le hagan sentir importante, que sienta que ella tiene valor, comenta que no está segura de ejercer su carrera, pero si se visualiza realizando un negocio, apoyando a sus hijos y a su esposo.

Repite que le costó mucho trabajo visualizarse, que se le hizo complicado y al momento de escribir sus pensamientos no lograba concretar la forma en cómo se visualiza en el futuro.

Le gustaría retomar algún deporte, pero sin duda concebir la idea le cuesta mucho trabajo. Se le plantea la pregunta, ¿qué le gustaría hacer? Y responde que hacer alguna actividad para ella, retoma la idea de hacer un negocio, pero siente miedo a no utilizar la nueva tecnología para promocionar sus productos, le da pena pedir ayuda por el temor a que piensen que es una inútil.

La usuaria indica que siempre ha tenido miedo, no sabe a qué se debe, pero muchas veces necesita tener a una persona junto a ella para no sentir miedo, aunque está consciente de que ella puede y hace todo, pero no si va sola, necesita saber que está acompañada de alguien, incluso cuando era estudiante, le gustaba trabajar en equipo para no sentirse sola.

Menciona recuerdos del kínder en que ya se sentía con miedo a estar sola, pero recuerda que muchas veces su mamá llegaba muy tarde y ella sentía miedo de quedarse sola, pensaba que podía abandonarla.

En las acciones que le gustaría retomar es hacerse cargo de su persona, algunas veces se ve y piensa en qué momento se abandonó, siente que no es merecedora de lo que tiene, menciona entre lágrimas “a veces siento que como persona no valgo”, “que no merecer lo que tiene” “siempre me he sentido menos que mis hermanos, mis tíos”, quiere dejar ese dolor atrás, ya no quiere sentirse triste, con dolor, quiere dejar de tener esa sensación.

Se finaliza la sesión practicando la respiración diafragmática. (Anexo 2)

Técnicas o estrategias de intervención empleadas en la sesión: Reestructuración cognitiva.

Tarea para casa: De tarea se le pide que piense en algunas acciones que quiera hacer a corto plazo y si realiza algo que no hacía antes para sentirse mejor, se le pide que anote cómo se sintió con eso.

Objetivos y/o actividades para la siguiente sesión: Autoafirmación de control de pensamientos y emociones

Nivel de avance del proceso (en escala del 1 al 10): Considero que un avance de un 6% ya que la usuaria aún presenta pensamientos dolorosos por la pérdida de su hermana.

URL del audio o video de la sesión:

<https://drive.google.com/file/d/1HMvM1AgBq3ZTLrK7HGL4ZqplX2WdlMHD/view?usp=sharing>

SESIÓN 4.

Fecha: 29 de diciembre de 2020

Resumen de la sesión anterior (máximo ½ cuartilla): La usuaria manifiesta sentir tristeza por los festejos de navidad ya que le recuerdan el fallecimiento de su hermana, aunque trata de motivarse y desviar los pensamientos que llegan a su mente ocupándose en hacer algo; sin embargo, aún le cuesta trabajo dejar de pensar en su hermana cuando está sola.

Al abordar actividades que le gustaría retomar o realizar a futuro menciona retomar un negocio al que se había dedicado anteriormente ya que indica que es algo que disfruta y le gustaría realizar, pero no sabe bien porque siente miedo de emprenderlo. También comenta que siente que se ha abandonado y descuidado mucho, por lo que le gustaría dejar de hacerlo y darse un tiempo para ella.

(Anexo 2)

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: Únicamente la usuaria

Lugar o medio de la entrevista: a través de video llamada por WhatsApp

Hipótesis de Trabajo: Se continua con la reestructuración de pensamientos logrando que la paciente se sienta mejor.

Resumen de la revisión de la tarea: Se inicia la sesión preguntando cómo se siente y menciona que se encontraba más motivada, con más ganas de arreglarse, pero en estos días recibió una noticia que afectó mucho su estabilidad emocional ya que remueve el sentimiento de miedo a perder a un ser querido, frustración, enojo, molestia, etc.

Comenta que es estos días lastimaron a uno de sus tíos que representa la figura paterna porque, aunque es su tío, siempre la cuida desde pequeña y ahora que está muy grave, siente mucho dolor y miedo de perderlo.

Durante la terapia aborda el abandono de su padre y los sentimientos de dolor, enojo e indiferencia que siente frente a su padre biológico, también menciona que en su vida ha habido personas importantes con las que siempre ha contado y no la dejan sola.

Se aborda acerca de la pérdida de algunos de sus seres queridos, pero haciendo hincapié en las personas que aún siguen con vida y con quienes vale la pena pensar en la manera de cómo ella quiere vivir con ellas.

Se le encamina a reflexionar en la manera en que piensa vivir otros duelos a los que la vida la enfrente.

La usuaria comenta que últimamente se ha sentido más motivada y con ganas de hacer más cosas, por ejemplo, se siente bien porque inició su rutina de ejercicio, también menciona que considera importante platicar con su esposo y tener una actitud diferente que le permita disfrutar de su familia, hoy tiene motivaciones, ve metas que quiere llevar a cabo y ser feliz. (Anexo 3)

Técnicas o estrategias de intervención empleadas en la sesión: Técnica de Terapia racional emotiva y la técnica de respiración consciente.

Tarea para casa: Programar actividades que le permitan ocupar su pensamiento y hacer lo posible por imaginar situaciones reales placenteras cuando exista un pensamiento irracional.

Objetivos y/o actividades para la siguiente sesión: Entrenar al paciente en la detención de pensamientos intrusivos que provoquen ansiedad.

Nivel de avance del proceso (en escala del 1 al 10): 7%, ya que se refiere sentirse mejor, dice: “ya me veo, ya veo mi vida”, “antes no podía encontrarme y hoy ya me veo con vida”

URL del audio o video de la sesión:

<https://drive.google.com/file/d/1HZb6ay9TWst6D55Kx8E6iY8jjmjS3z9s/view?usp=sharing>

SESIÓN 5

Resumen de la sesión anterior: La usuaria refiere que se encuentra más motivada para hacer las cosas que tiene pendientes, ya le dan ganas de arreglarse, aunque no vaya a salir de casa.

También comenta que se ha sentido triste por una noticia que recibió acerca de un tío a quien ella aprecia mucho porque para ella tiene ha sido como un padre, desde pequeña le ha demostrado su cariño y apoyo, así que tiene mucho miedo de que vaya a perder la vida; sin embargo cuando se le pregunta la manera en que enfrentaría la situación en el caso de que su familiar falleciera, la usuaria indica que de manera diferente, ya que ha aprendido que la vida sigue y no quiere volver a sentirse como muerta en vida.

Se revisa la tarea, en donde la usuaria menciona que ahora se siente motivada para hacer actividades como vender zapatos, situación que aún se encuentra en duda ya que refiere sentir miedo de que no funcione. También habla sobre el hecho de continuar con su rutina de ejercicio, ahora se levanta más temprano para hacer el almuerzo para sus hijos con entusiasmo para sorprenderlos, situación que antes le causaba pesadez y flojera.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: Únicamente la usuaria.

Hipótesis de Trabajo: La usuaria reconoce que puede retomar acciones encaminadas a sentirse mejor y llevar una vida más placentera.

Técnicas de intervención usadas en sesión: Terapia racional emotiva y Reestructuración cognitiva.

Revisión de la tarea anterior: La usuaria refiere sentirse más tranquila con relación a la situación que está viviendo su familiar, que puede ya entender que va a suceder lo que sea mejor para él, y que se irá mejorando poco a poco, así que debe estar tranquila.

Menciona que puede identificar cuando tiene ansiedad ya que presenta dolor de cabeza, migraña y como cosquilleo en sus manos; sin embargo, cuando siente ansiedad, practica la respiración diafragmática ya que con eso se le quita el dolor de cabeza y se siente mejor.

Dice que pensar en que algo le pueda pasar a las personas que quiere, le provoca ansiedad, por lo que se trabaja la reestructuración cognitiva, para que ahora que identifica esos pensamientos recurrentes, pueda pensar de otra manera las cosas para sentirse más tranquila.

Menciona que platicó con sus hijos y esposo sobre el proceso de tristeza porque estaba pasando tras la muerte de sus familiares, situación que le permitió que entendieran un poquito su historia, abrir la comunicación con respecto a lo que estaba viviendo con su familia y darse cuenta de que estaba enojada con el mundo. Reconoce que se había descuidado mucho en todos los aspectos, así como entender que la imagen que les daba a sus hijos de mamá, no era lo que ella quiere ya que todo el tiempo estaba enojada. Señala que abrir la comunicación con ellos, le ayudó a que sus hijos la entendieran, ahora se siente más liberada, más contenta consigo misma y reconocer el trato que tenía con sus hijos, su esposo y con ella misma.

A partir de ahí trata de no estar triste, de no estar pensando en lo que le provocaba tristeza y ya no quiere seguir así.

Indica que ya aprendió a ver las cosas de manera diferente, por lo tanto, entenderlas le permiten saber que no quiere seguir igual, no quiere perderse de sus hijos, de disfrutar momentos importantes en familia.

Espera un cambio en su vida, ser feliz con su familia. Menciona que ha notado un cambio en su forma de ser, porque se levanta con ganas de hacer las cosas, se esfuerza por

hacer cosas que sabe que a sus hijos los va a hacer felices y cuando se siente triste solita se motiva a no decaer porque le gusta más sentirse bien.

Se concluye la sesión practicando la técnica de respiración pasiva.

Actividades, dinámicas o estrategias de intervención: Se practica la escucha activa con la intención de saber cómo se siente y exprese sus pensamientos, con la reestructuración cognitiva, se le pide mencione de qué otra manera puede pensar en aquello que le está provocando angustia, también se encamina a emplear la detención de pensamientos negativos para que no continúen avanzando.

Tareas para la siguiente sesión: se le pide que identifique acciones y pensamientos que deberá practicar para alcanzar esa visualización que tiene sobre su futuro.

Objetivos y/o actividades para la siguiente sesión: Resituar emocionalmente a la persona fallecida y establecer acciones que le permitan continuar viviendo.

Temas que falta abordar: Reorganización de su vida, establecer nuevas actividades, roles y relaciones interpersonales. Planificación de actividades gratificantes.

Grado de avance (en escala de 1 a 10): 8

URL del audio o video de la sesión:

<https://drive.google.com/file/d/1LclRG8X0qA2ACVvjI7NRoyqeCMuH3Vh-/view?usp=sharing>

SESIÓN 6

Resumen del problema: La usuaria ha aprendido a identificar y detener aquellos pensamientos negativos que se presentan por lo que los episodios de ansiedad son cada vez más breves y espaciados.

Se observa que ha mejorado considerablemente en cuanto a depresión ya que muestra entusiasmo, se identifica mayor esmero en su forma de vestir y arreglo personal, también

ha empezado a modificar su forma de actuar ya que presenta pensamientos positivos en cuanto a sus acciones para con ella y con su familia.

Se nota más feliz en su expresión facial, ha dejado de llorar en las sesiones o lo hace diminutamente.

Ya empieza a plantear algunas metas a corto, mediano y largo plazo, lo que significa que ha avanzado en cuanto al manejo del duelo.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: Únicamente la usuaria.

Hipótesis de Trabajo: La usuaria rediseña su rol de vida, estableciendo metas a mediano, corto y largo plazo con acciones que le promuevan su bienestar.

Técnicas de intervención usadas en sesión: Terapia racional emotiva y Reestructuración cognitiva.

Revisión de la tarea anterior:

Inicia hablando sobre un acontecimiento que vivió en la semana anterior, con uno de sus hermanos, situación que le provocó molestia, nerviosismo y alteración, aunque practicó técnicas de respiración, pero aun así se sentía molestia. Comenta que su papá le regaló a cada hermano unos terrenos, así que su hermano ya vendió su parte, pero lo hizo a dos personas y ahora quería cambiarle un terreno que tiene la esposa de su hermano en otra ubicación, por el de ella, considerando que de esta manera puede hacer uso de uno de los terrenos de la usuaria para pagar su deuda, situación que la usuaria refiere haber resuelto de la mejor manera para ella porque dice que la decisión que tomó fue lo mejor para ella y su familia. Identifica que en otro momento la culpa no la hubiese dejado en paz; sin embargo, ahora tiene el valor de defender sus cosas sin sentir culpa y a tomar decisiones por ella, no por la presión de sus familiares.

En su discurso retoma la muerte de su madre reconociendo que no puede saber si algún día fue amada por ella, ya que cuando ella vivía le hizo lo mismo vendiendo sus terrenos sin su conocimiento, lo que le ocasionó problemas con su hermana al grado de dejarse de hablar por mucho tiempo, hasta que su madre, ya en el lecho de muerte les pidió que

le prometieran que se hablarían y que nunca más se volverían a pelear. Comenta que, a pesar de todo, ella siempre quiso a su madre y aunque hubiera deseado saber que era correspondida, entiende que eso ya no puede ser, así que ahora la perdona por todo y ve su muerte de manera distinta, ya sin rencor y sin tanto dolor.

Con respecto a su tarea, indica que en las acciones ha tratado de estar tranquila, sigue con su rutina de ejercicios, ha salido a caminar, ha empezado a checar páginas de venta de zapatos para iniciar su negocio.

Procura salir sin presión ni preocupaciones innecesarias lo que han permitido que regrese a su casa más tranquila, relajada y más contenta.

Actividades, dinámicas o estrategias de intervención: Se confronta con las decisiones y pensamientos actuales para que pueda identificar su nivel de avance, la manera en que puede manejar sus pensamientos, sentimientos y acciones en favor de su bienestar.

Tareas para la siguiente sesión: Se le pide que enliste aquellas cogniciones y acciones que ya está realizando y aquellas que debe poner en práctica para sentirse bien a corto, mediano y largo plazo con la intención de continuar rediseñando su rol de vida.

Objetivos y/o actividades para la siguiente sesión: Ayudar a la paciente a rediseñar su rol de vida encaminado a su bienestar.

Temas que falta abordar: Realizar la post-evaluación, reafirmar lo aprendido y definir bien las metas.

Grado de avance (en escala de 1 a 10): 8

URL del audio o video de la sesión:

https://drive.google.com/file/d/1NAHP9_e0O3Zb5P6W_zbDds_hWdME6aiK/view?usp=s_haring

SESIÓN 7

Resumen del problema: Se puede observar que la paciente ha aprendido a manejar sus pensamientos, sentimientos y acciones para enfrentar situaciones nuevas. Menciona que ha hecho cambios significativos en su persona como mejorar su arreglo personal e iniciar una rutina breve de ejercicio; en su forma de actuar como hacer cosas que había dejado de hacer en casa como arreglar espacios, pintar su casa, y sentirse contenta encaminados a su bienestar, por lo que ahora se siente bien, feliz y contenta la mayor parte del tiempo.

Indica que ahora puede confrontarse con las decisiones que tomen otras personas de una mejor manera, sin actuar bajo presión, sin aceptar lo que otros quieran hacer o necesiten hacer aun afectándola a ella, ha aprendido a poner límites y saber que se merece ser feliz. Ya no quiere sentirse triste todo el tiempo, por lo que se enfoca en cambiar sus pensamientos pesimistas y hacer alguna actividad cuando se siente triste para superarlo lo más rápido posible.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: Únicamente la usuaria.

Hipótesis de Trabajo: La usuaria identifica su avance en cuanto a superar el duelo para encaminarse hacia una vida más placentera.

Técnicas de intervención usadas en sesión: Informe de resultados de la post-evaluación. Reestructuración cognitiva.

Revisión de la tarea anterior:

Se le dan a conocer los resultados de la post-evaluación para que tenga conocimiento de su avance, durante el tiempo que se le presentaban los resultados se mostró contenta y sonreía cada vez que sabía que había resultados favorables.

Se aplica un cuestionario de 10 preguntas de escala con el objetivo de conocer la percepción que tiene la paciente con respecto a su avance y valorar la pertinencia de la intervención terapéutica arrojando un resultado de avance de 9.

Con respecto a la tarea, la usuaria proyecta ya como un hecho seguir cuidando de su persona, arreglarse todos los días, indicando que ya no se siente cómoda sin arreglar, dice que se siente motivada para cocinar lo que le gusta, en ese momento menciona comidas que hacían sus familiares que ya fallecieron sin llegar al llanto, por lo que se le hace ver su cambio de actitud al referirse a ellas, menciona que efectivamente ahora puede ver la fotografía de su hermana sin sentir dolor y el de su madre sin coraje, dice: “ahora ya no le reclamo, cuando ve o su foto”. Expresa que se siente más segura, que nota un cambio importante con respecto a su relación con sus hijos y esposo.

En relación a las metas a mediano plazo que anotó en su lista, dice que quiere aprender a andar en bici, iniciar su venta de zapatos, disfrutar de las salidas en vacaciones con su familia, salir a la playa, meterse al mar con sus hijos y a largo plazo, mantener todo lo que ha avanzado, mejorar, seguir fomentando el cariño a ella misma, hacer crecer más su negocio y lo principal es que ella quiere estar bien.

Actividades, dinámicas o estrategias de intervención: Se interviene en el discurso para hacerle notar su avance y plantear otros objetivos que ella no había considerado, pero le serán útiles como el hecho de trabajar en perder el miedo a hacer las cosas. Se le pide leer su tarea para que verbalice todo aquello que considera necesario para su vida.

Tareas para la siguiente sesión: Escribir una carta post-fecha en donde plasme cómo ha sido su experiencia con respecto al proceso, cómo se siente ahora y qué aprendizaje tuvo durante el proceso.

Objetivos y/o actividades para la siguiente sesión: Reconocer que unas personas se van, pero otras se quedan, para que de esta manera puede dar un sentido distinto a la muerte para seguir construyendo su vida.

Temas que falta abordar: Cierre de la intervención y agradecimiento.

Grado de avance (en escala de 1 a 10): 9

URL del audio o video de la sesión:

https://drive.google.com/file/d/1N39NvwIDtepvFcJ0_Avn3lBa2l-lqGas/view?usp=sharing

Preparación de cierre del proceso

En la sesión anterior se informó a la usuaria sobre los resultados de su post-evaluación con la intención de hacerle notar su avance, posteriormente se aplicó un cuestionario de 10 preguntas de escala con el objetivo de que ella pudiera hacer una evaluación acerca del avance que percibe en cuanto a tristeza y dolor que experimentaba al inicio y cómo se siente hasta este momento, evaluación que permitió hacerle saber que los objetivos planteados al inicio del tratamiento ya se habían alcanzado, por lo que en la siguiente sesión se trabajaría el cierre del proceso con la revisión de la última tarea que consiste en redactar una carta en donde plasme cómo ha sido su experiencia con respecto al proceso, cómo se siente ahora y qué aprendizaje tuvo en el proceso.

Estrategias de prevención de recaída: Se le pide a la usuaria conservar la carta para que en algún momento en que perciba un alto nivel de depresión o una posible recaída, la pueda leer con la intención de recordar el avance que logró, el lugar en que ahora se encuentra y sus metas a cumplir. También se recomienda practicar técnicas de relajación y respiración cuando lo crea conveniente.

SESIÓN 8 (CIERRE DEL PROCESO)

Motivo de consulta inicial, cita textual: “La señora Ximena, solicita consulta psicológica ya que indica que hasta el momento no ha podido aceptar el fallecimiento de familiares cercanos como su madre y hermana mayor, por lo tanto se siente muy triste, deprimida y con pocas ganas de hacer las cosas.

Narra la pérdida de varios miembros cercanos a ella, principalmente la muerte de su hermana que no ha podido aceptar”.

Persona (s) que se presenta (n) a sesión: únicamente la usuaria

Resumen de todo el proceso clínico (máximo ½ cuartilla):

La usuaria solicita ayuda psicológica por no poder aceptar el fallecimiento de su hermana y su madre, por lo que se plantean tres etapas una de evaluación inicial, una segunda para desarrollar el tratamiento y una tercera etapa para realizar una post- evaluación.

Etapas 1. Se lleva a cabo una entrevista inicial para realizar el rapport y en una segunda sesión se realiza una pre evaluación a través de los siguientes instrumentos para medir el tipo de duelo, el nivel de ansiedad y depresión en que se encuentra la usuaria: Inventario de Duelo Complicado (IDC), Escala de evaluación “Depresión de Montgomery-Asberg” (MADRS), Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (ISRA), Escala de ideación suicida de Beck (ISB)

También se solicita una autobiografía para obtener mayor información.

Etapas 2. Una vez identificada la presencia de duelo patológico y los niveles de ansiedad y depresión, se plantea un tratamiento de terapia breve, basada en las técnicas de exposición, reestructuración cognitiva, técnica racional emotiva y técnicas de respiración diafragmática y pasiva.

En cada una de las sesiones se practicó la escucha activa, se propusieron actividades de tarea para el usuario enfocadas en revisar ideas irracionales y patrones asociados al malestar emocional de la usuaria para modificar sus cogniciones.

Etapas 3. Al finalizar las sesiones se realiza la post-evaluación para verificar la efectividad del tratamiento o hacer los ajustes necesarios.

Actividades, técnicas, dinámicas o estrategias de intervención más relevantes:

a) Actividades:

- Se realizó una pre evaluación a través de instrumentos de evaluación.
- De acuerdo a los resultados se planteó un tratamiento.
- Se practicó la escucha activa en cada una de las sesiones.
- Redacción de dos cartas una inicial para su familiar fallecido y otra final sobre su experiencia en el proceso.
- Se solicitan tareas para que realice la usuaria posterior a cada sesión.

- Se realizó una post-evaluación

b) Técnicas e instrumentos empleados.

- Entrevista semiestructurada
- Inventario de Duelo Complicado (IDC)
- Escala de evaluación “Depresión de Montgomery-Asberg” (MADRS)
- Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (ISRA)
- Escala de ideación suicida de Beck (ISB)
- Técnica de exposición
- Reestructuración cognitiva.
- Técnica de respiración diafragmática
- Técnica de respiración pasiva
- Terapia racional emotiva

c) Estrategias de intervención.

- Se realizó una técnica de exposición para confrontar al usuario con la pérdida de su familiar.
- Se trabajó la reestructuración cognitiva a lo largo de las sesiones para modificar sus cogniciones negativas recurrentes.
- A través de la Terapia racional emotiva se encaminó al paciente para revisar ideas irracionales que le provocaban malestar emocional para remplazarlas por ideas positivas.
- Para disminuir los niveles de ansiedad se entrenó a la usuaria para trabajar técnicas de respiración diafragmática y pasiva.

Grado de resolución del motivo de consulta (escala de 1 al 10): 9

Avances logrados, enlistados brevemente:

- El duelo complicado, identificado en el diagnóstico con una puntuación de 52 en la aplicación del instrumento, se vio disminuida posterior al tratamiento resultando una puntuación de 24 puntos en la post-evaluación, sin duelo complicado.

- El estado depresivo moderado que presentó en el diagnóstico, se vio disminuido a nivel leve, identificando que los criterios operativos que se encontraban más altos mejoraran
- El nivel de ansiedad, se observa disminución de ansiedad con un rasgo de 282 con clasificación de ansiedad severa en el diagnóstico con una diferencia a un rasgo de 181 con clasificación de ansiedad moderada a marcada, descartando la existencia de intencionalidad suicida en la post-evaluación.
- La usuaria, logra identificar la presencia de pensamientos negativos que ocupaban gran parte de su vida, obstaculizando el proceso de retomar nuevos caminos y sobrellevar la pérdida.
- Puede hablar de sus familiares fallecidos sin sentir tanto dolor o terminar en llanto.
- Puede abordar situaciones complicadas que se le presentan de mejor manera.
- Se esfuerza por estar bien, además de hacer lo posible por ser feliz con ella y con su familia nuclear.
- La sintomatología referente al duelo disminuyó en cuanto a sentimientos de culpa y dolor.
- Se cumple la hipótesis al comprobar que la intervención Cognitivo-Conductual es eficaz en el tratamiento de duelo en adultos.

Estatus del caso, elige sólo una opción:

Alta por logro de objetivos	(X)
Alta por solicitud del usuario	()
Canalización	()
Interconsulta a otro servicio	()
Caso continua o está inconcluso	()
Baja por inasistencia	()
Baja por solicitud directa	()
Baja por incompatibilidad	()
Baja por no ser resoluble	()

Temas que falta abordar o factores de riesgo: enfermedades que somatiza con respecto a los padecimientos que tuvieron sus familiares fallecidos, autoestima, inseguridad para realizar las cosas.

Fortaleza del terapeuta, enlistadas brevemente:

- Desarrollo de escucha activa adecuada.
- Ética para el manejo de la información.
- Conocimiento del Código de Ética del Psicólogo para tratar al usuario.
- Manejo adecuado de los instrumentos y técnicas empleadas.

Áreas de oportunidad y obstáculos del terapeuta, enlistadas brevemente:

- La interpretación de los instrumentos.
- La aplicación de pruebas e instrumentos a distancia.
- El manejo del tiempo, ya que tenía que ver constantemente el reloj para que no se me pasara el tiempo de sesión.
- El cierre en cada sesión, algunas veces se me dificultaba detener el discurso del usuario.

Mensaje de cierre, anotar textualmente: “Usted tiene muchas cosas a favor para agarrarse fuerte a la vida, porque la vida no es lineal, no es color de rosa como nos enseñaron los cuentos de hadas que termina diciendo y vivieron felices para siempre. Así como esto que acaba de superar, vendrán otras más cosas difíciles, ¿pero qué le queda a Usted si no es agarrarse de esas 10, 11 o más cosas, que seguramente, si le pidiera una lista de 100, las tendría. entonces agarrarse de eso, demostrarse que efectivamente es tenaz, es fuerte, es cariñosa, es valiente, es solidaria, todas las cosas que Usted mencionó y agarrarse de ahí fuerte para enfrentar la vida como venga.

Se le queda una carta y tiene una lista de acciones que realizará a corto, mediano y largo plazo, cada que las vaya logrando, palomita para que no pierda de vista sus objetivos que es lo que la va a enfrentar a la vida y concluimos con un psicoanalista que escribe sobre el tiempo, explica que el tiempo es constante, no se detiene y en su ensayo dice: el acto de hoy, las acciones que hagamos hoy, serán para recordar un pasado exitoso,

para tener recuerdos de lo bello que vivimos, porque no nos queda más. El día de hoy será mañana un recuerdo, Usted decide si se vuelve un recuerdo bello, el tiempo no se detiene, el tiempo va a seguir, seguir, seguir y seguir, con sus alteraciones, tristezas, con sus cosas duras que enfrentar, pero el tiempo no se va a detener, entonces dedíquese a construir hoy, todo lo que en un mañana será un recuerdo agradable. Y pues no me resta más que felicitarla, creo que demostró ser una mujer muy valiente, sumamente decidida, y lo dijo en su top ten, aferrada a sus ideas y considero que desde el momento en que aceptó la terapia es porque tenía un objetivo y lo cumplió. Hoy puede darse un abrazo fuerte, auto abrazarse, darse un aplauso porque cumplió su objetivo, entonces muchas felicidades. Le deseo que esté Usted muy bien y siga cumpliendo todas sus metas, quedo a sus órdenes. Gracias”.

URL del audio o video de la sesión:
https://drive.google.com/file/d/1PWu_bNeWFAfVK1BAHcnBuWTy7E1RoHlo/view?usp=sharing

Tarea sesión 1

Una de las cosas que esta semana me molestaron fue que alguien tratara de imponer su voluntad cuando ya yo tenía otros planes, en su momento me enoje y me molestó porque no me preguntan primero las cosas, sino que ya dan por hecho algo, sin preguntar si puedo y quiero.

Lo pensé muy bien y ya más tranquila decidí que iba a hacer mis cosas como a mi parecer estuvieron mejor.

Otra situación se presenta cuando mi siego me dijo que tenía que ir con él a una consulta médica sin siquiera preguntarme si puedo ir o no, de momento me molestó porque no me preguntan primero si puedo o quiero, con él siento que me contradigo porque si me molesta su actitud pero también me estresa o piracpa no acompañarlo, no quisiera que nada malo le pasara, y que al mismo tiempo siento que me gustaría hacer las cosas pero al mismo tiempo es querer dejar que él haga sus cosas y que él resuelva.



Pero la situación que más me trajo sentimientos encontrados fue el caso de año de mi hermana, yo decidí no colaborar para su realización y en casa mi familia me dijo que si no se hizo nada fue porque yo no quise, yo les dije que ellos eran libres de decidir en hacer o no hacer las cosas, yo no quise realizar el caso de año de mi hermana porque no quise volver a ver la misma escena o parceda, a lo que sucedió hace un año, con me gana en momentos la tristeza y me deprime aunque yo sé que mi hermana ya está en un mejor lugar, en ciertas momentos aún es muy doloroso para mí. También lo que me orillo a no querer hacer nada fue que en vida mejor le hubiéramos dado muchas cosas a mi hermana y no ahorita que ella ya no puede verlas. La verdad extraño tanto esas charlas y visitas con mi hermana, pero ahora ella siempre estará en mi corazón.

Estos días han sido tristes y con ganas de salir y hacer cosas.



Tarea de la sesión 2

Voy a confesar que me ha costado mucho trabajo comenzar a escribir esto, de momento me llegaban ideas y cuando pensaba en escribirlas no lograba captar la idea, de lo que quería escribir.

A futuro me veo contenta, tranquila, dedicándome a realizar actividades que me gustan y me ayuden a seguir realizándome como persona.

Me veo a lado de mi familia, acompañando a mis hijos en todas sus logros, deseo seguir siendo un pilar para ellos, y seguir dándole armas para que ellos puedan salir adelante.

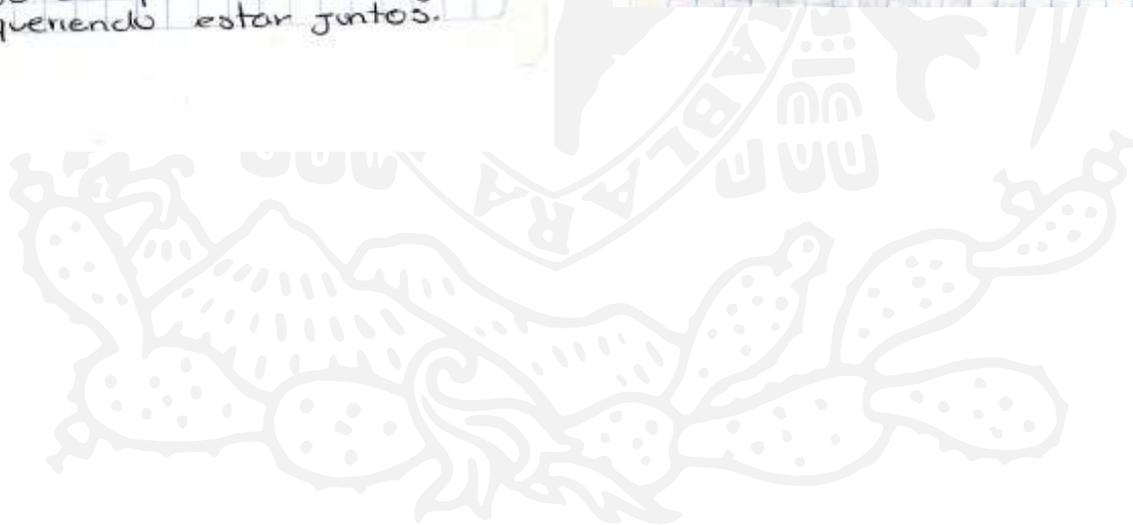
Me veo con mi pareja, llevando una vida tranquila, y tratando de que cada día sigamos queriendo estar juntos.

Estos días he estado triste, melancólica, sin muchas ganas de hacer algo o si quiera de arreglarme.

Los recuerdos de momento me ganan, me entristecen, entiendo que hay cosas que yo no puedo cambiar, pero aun me cuesta trabajo entender situaciones que me han pasado.

De momento y de la noche algunas lagrimas salen de mis ojos pero despues profundo me limpio las lagrimas y trato de seguir adelante.

Me veo una persona contenta, feliz, luchando dia a dia por ser mejor.



Tarea de la sesión 3

Esta semana decidí hacer ciertos cambios con mi persona, empecé a ~~re~~realizar una rutina de ejercicios cada tercer día, el primer día me estaba dando ya pereza de empezar la rutina, pero decidí hacerlo, me cansé pero al mismo tiempo sentí como si liberara algo y me sentí muy bien.

Empecé haciendo 10 min de ejercicio ahorita ya hago 20 min claro tomando descanso.

Decidí dedicarme 30 min para mí, de momento leo, o me dedico a realizar alguna actividad que solo me beneficie a mi persona.

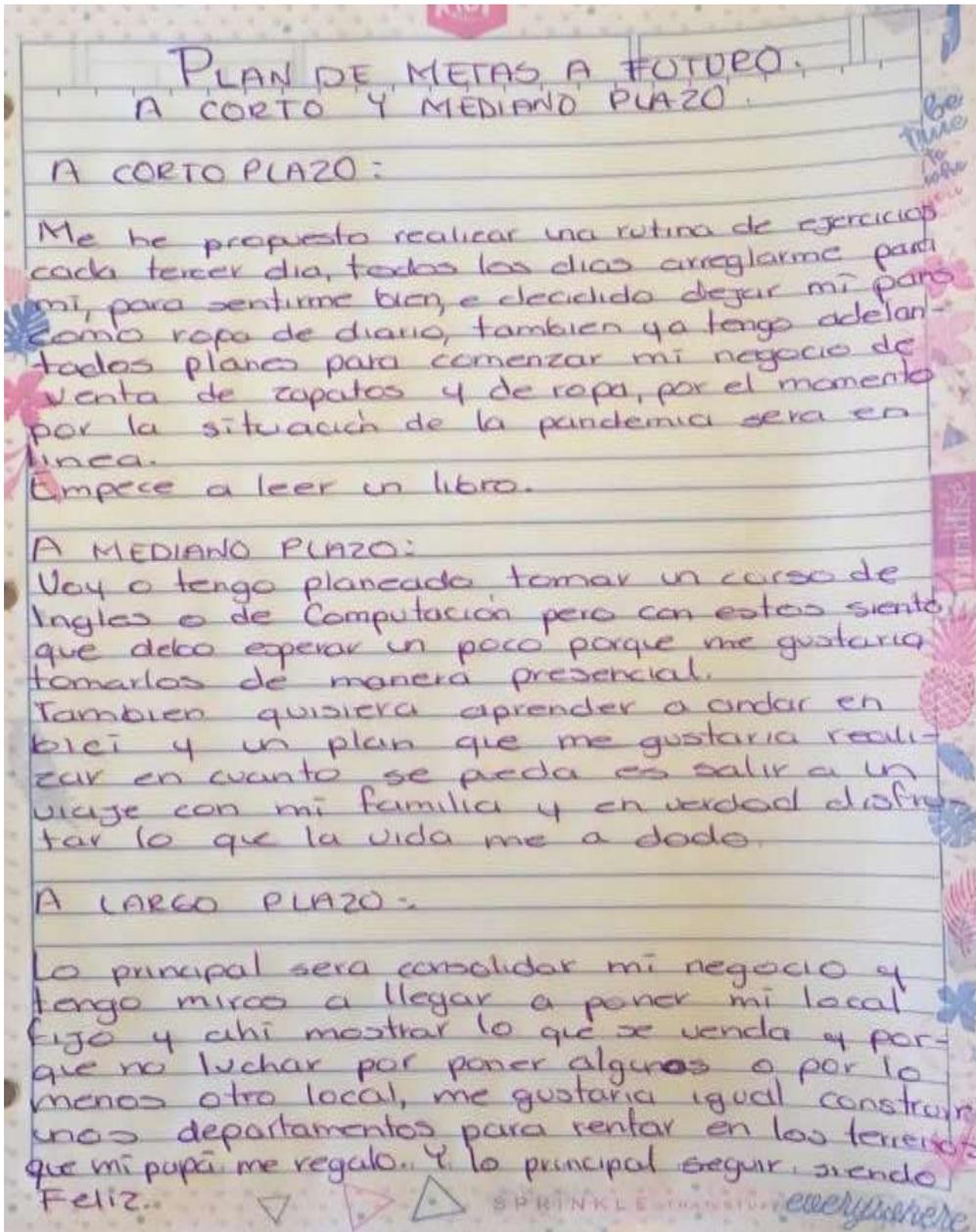
También decidí hacer un cambio en mi cabello y me hice unas laces que me gusta como se me ven y como me veo.

En mi estado de ánimo me he sentido más tranquila han sido un poco más esporádicos.

Me he levantado con más ganas de estar bien, de arreglarme, mis pensamientos han sido más positivos.



Listado de acciones que considera importantes para su vida a corto, mediano y largo plazo.



Preguntas de escala

Preguntas de escala

En una escala de 1 a 10, en donde uno es el mínimo y 10 es el máximo Usted:

Enunciados	Escala de 1-10
¿En qué medida experimentaba tristeza y dolor por la pérdida de su familiar antes de la intervención?	9
¿En qué nivel considera que ha avanzado hasta el momento? (recuerde que 1 representa menor avance y 10 equivale a mayor avance)	8-9
Con respecto a la pérdida de su familiar ha dejado de sentir culpa	9
En cuanto a los sentimientos de dolor que manifestaba con respecto a la pérdida, considera que han disminuido en una escala de: (1 representa disminución baja y 10 disminución alta)	8
En cuanto a la percepción de ansiedad que manifestaba con respecto a la pérdida, considera que han disminuido en una escala de: (1 representa disminución baja y 10 disminución alta)	8
En cuanto a los sentimientos depresivos que manifestaba con respecto a la pérdida, considera que han disminuido en una escala de: (1 representa disminución baja y 10 disminución alta)	9
Qué tan capaz se siente para reestructurar sus pensamientos negativos irracionales que se le presenten. (1 no es capaz, 10 puede perfectamente)	9
Siente que tiene derecho a realiza lo posible por tener una vida plena y feliz.	10
¿En qué medida podría indicar los cambios que han percibido en Usted los miembros de su familia a partir de que inicio su proceso terapéutico?	8-9
¿Qué tan capaz se siente para manejar el duelo en un futuro)	8

Identificar 9

Fecha de evaluación: 19 de enero 2020 mkj

Usuario: Ximena García Velázquez

Carta post-fechada.

Carta de mi para mi

Cuando inicié las sesiones me consideraba una persona cansada, enojada con la vida, sentía que no tenía muchas ganas de hacer cosas, me sentía frustrada, tenía un inmenso dolor por pérdidas que había tenido en mi familia, tenía un conflicto muy grande porque sentía que había dejado algo inconcluso con mi mamá, sentía mucho coraje y enojo hacia ella, su abandono fue algo que marcó gran parte de mi vida, con las sesiones fui entendiendo el porqué me toca vivir esas cosas, hoy entiendo que mi vida a tenido actitud y muchas cosas positivas, pude escribir una carta a mi madre con todo mi sentir, ese día me dolía mucho la cabeza, lloré muchísimo, tenía muchas náuseas y necesite bañarme porque sentía que tenía algo en mi cuerpo que tenía que limpiar, pero a través de conforme pasaron las sesiones fui sintiendo una tranquilidad emocional, hoy me siento en paz con mi mamá, hoy ya veo su foto y ya no siento la necesidad de reprocharle nada, hoy mi mamá vive en mi corazón sin ningún rencor, otra pérdida que me hace sentir muy triste y con mucha culpabilidad fue la muerte tan inesperada de mi hermana, esa pérdida me acabo completamente, ella ~~era~~ era muy importante para mí, de todos mis hermanos era con la que siempre me lleve bien, eramos cómplices en muchas cosas, grandes amigas, siempre estuvimos en comunicación, ante su partida sentí que le quede a deber muchas cosas, me dolía en el alma, me hundió en una tristeza en la que muchas veces solo quería estar

SHINKLE everywhere

sola, acostada durmiendo, sin saber de nadie, con el tiempo y conforme fueron pasando de las sesiones me fui entendiendo que nada pudo haber echo que supieramos que mi hermana moriría, hoy la recuerdo con alegría y con mucho amor, hoy ya no lloro al recordarla, al contrario hoy veo sus fotos y solo le digo que siempre vivirá en mí y que la voy a amar siempre, considero que mi vida a cambiado mucho, ya no lloro tanto, no me siento tan triste, se que la vida muchas veces nos da golpes muy fuertes pero debemos afrontarlos y seguir viviendo dando lo mejor de nosotros.

Antes sentía que era como un robot, hoy siento ganas de vivir, de ser feliz, de estar bien. Me levanto con ganas de estar bien, de verme bien, de arreglarme, ya casi no uso esos pans que se habían convertido en mi atuendo diario.

Hoy tengo ganas de disfrutar a mi familia, a mis hijos, a mi esposo, de trabajar en cosas que me gusten, en poner un negocio que ayude a mejorar aun más mi vida.

Tengo ganas de hacer cosas que ~~me~~ por mucho tiempo ya misma me negaba hacer, porque sentía que no podía.

Siento que el cariño y amor hacia mi misma despierto, estoy aprendiendo a quererme y aceptarme como soy.

Crearte un mundo *Belleza* *corrupción*

Ahora me veo en el espejo y realmente siento que existo, me siento viva, a sido un proceso al principio muy difícil, al terminar las primeras sesiones me sentía muy cansada pero hoy me siento más alegre y feliz. Ya no quiero perderme más instantes con mis hijos y mi familia principalmente, quiero disfrutar momentos con mis amistades y no volver a sentir que no merezco ser feliz.

● Mi mayor aprendizaje que este proceso me ha dejado es poder aceptarme y querirme a mi misma. No niego que algunas veces aún me he sentido triste pero lo pienso y me digo debo tener actitud positiva y animarme.

● Los primeros días que inicié con mis sesiones decía como el lema de doble AA, solo por hoy y creo que me funciona.

Solo agradezco a la vida en lugar que me dio a todo de mis padres Jose e Ismael, a la familia que me dieron y a todo lo bueno que me ha dado amigos, familia pero sobre todo por darme a mis dos pequeñas Naomi y Marco y al amor de mi vida Silver.

Y solo quiero seguir tratando de todos los días tener pensamientos positivos, luchando por mis sueños y siendo feliz.

● Te amo y te abrazo!!!

Ate
Yo.