



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

DUELO Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE UNA
MUJER DE 27 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA FEBRES
CORDERO-GUAYAQUIL

AUTORA:

JULIANA ALEJANDRA CÁCERES PERALTA

TUTOR:

MSC. DANIEL ALEJANDRO GÓMEZ VILLALBA

BABAHOYO – 2022

RESUMEN

El presente trabajo de investigación refiere al duelo y su incidencia en el estado emocional de una mujer de 27 de años. Es conocido que la muerte de un ser querido puede provocar emociones que afectan significativamente la calidad de vida del individuo. Por lo general, las reacciones ante una situación dolorosa no son funcionales. Transitar un proceso de duelo, las manifestaciones pueden provocar malestar y persistir durante un largo tiempo ocasionando un problema duradero. Para valorar las demostraciones que se evidencian en el proceso de duelo se utilizaron técnicas y herramientas que beneficiaron para un análisis eficaz, la entrevista semiestructura fue de utilidad durante la investigación puesto que la paciente tuvo la facilidad de expresar libremente su problema. Las baterías psicológicas aplicadas tuvieron aporte durante la investigación, al inicio de la sesión se aplicó el Test Mayo, contribuyó a conocer el estado mental de la señorita, su puntaje fue de 25 puntos, el cual indica deterioro mental leve. La aplicación del Inventario de Depresión de Beck permitió conocer pensamientos, emociones y conductas depresivas, el resultado obtenido fue 25 que demuestra una Depresión Moderada. La aplicación de la Escala de resiliencia de Wagnild y Young permite valorar la capacidad de afrontamiento de la señorita para superar los obstáculos que le ha tocado vivir, por lo tanto, se llevó a cabo, dando como resultado un puntaje de 4 - resiliencia media. El empleo de cada uno de los test brindó esclarecer el estado actual de la señorita.

Palabras claves: muerte, duelo, estado emocional, esquema terapéutico.

ABSTRACT

The present research work refers to bereavement and its incidence in the emotional state of a 27-year-old woman. It is well known that the death of a loved one can provoke emotions that significantly affect the quality of life of the individual. In general, reactions to a painful situation are not functional. When going through a grieving process, the manifestations can provoke discomfort and persist for a long time causing a lasting problem. To assess the demonstrations that are evidenced in the grieving process, techniques and tools were used that were beneficial for an effective analysis, the semi-structured interview was useful during the research since the patient had the facility to freely express her problem. The psychological batteries applied had a contribution during the research, at the beginning of the session the Mayo Test was applied, it contributed to know the mental state of the young lady, her score was 25 points, which indicates slight mental deterioration. The application of the Beck Depression Inventory allowed to know thoughts, emotions and depressive behaviors, the result obtained was 25, which shows a Moderate Depression. The application of the Wagnild and Young Resilience Scale allows to assess the coping capacity of the young lady to overcome the obstacles that she has had to live, therefore, it was carried out, resulting in a score of 4 - medium resilience. The use of each of the tests provided clarification of the young lady's current state.

Key words: death, bereavement, emotional state, therapeutic scheme.

ÍNDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustento teórico	3
Duelo.....	3
Fases del duelo de Kübler-Ross.....	3
Tipos de duelo.....	5
Modelos de duelo.....	5
Estado emocional.....	6
Depresión y duelo	7
Reacciones cognitivas del duelo	8
Reacciones conductuales del duelo.....	8
Duelo y estado emocional.....	9
Técnicas Aplicadas para la recolección de la información.....	11
Resultados obtenidos	13
Desarrollo de caso.....	13
Situaciones detectadas	15
Soluciones planteadas	17
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	23

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación se lo desarrolló conforme a lo establecido, a la línea de investigación de la carrera de psicología clínica: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico; con su correspondiente sublínea: Psicoterapias individuales y/o grupales.

La temática desarrollada en este estudio de caso, se refiere al duelo y su incidencia en el estado emocional de una mujer de 27 años de edad de la parroquia Febres Cordero-Guayaquil. Su finalidad es determinar si la vivencia de un duelo puede provocar consecuencias en el estado emocional de la paciente.

El trabajo incluye información científica, tales como, las fases de duelo, tipos y modelos de duelo, igualmente sobre el estado emocional, las alteraciones en el estado emocional, del mismo modo, la depresión y duelo. Se comprende que el duelo en un proceso psicológico normal y al ser normal, no provoca una patología, sin embargo, es necesario tener en consideración las diferentes alteraciones que se presenta en la persona que experimenta un duelo; cada persona tiene diferentes formas de responder ante ciertas situaciones, sin embargo, la reacción ante una pérdida de un ser querido puede generar mucho dolor.

La investigación que se ha llevado a cabo es útil porque esta brindará la información necesaria para tener entendimiento acerca del duelo y su incidencia en el estado emocional. Permitirá comprender cuales son las alteraciones emocionales en el proceso del duelo debido a las distintas fases por las que se debe atravesar.

Para alcanzar el objetivo propuesto de la investigación, se llevó a cabo la ejecución de las técnicas y herramientas establecidas en el ámbito clínico tales como entrevistas semiestructuradas con observación directa que, en conjunto con baterías psicológicas, se pudo elaborar la historia clínica, las cuales fueron de utilidad en el estudio de caso presente, que permitió recolectar la información necesaria para confirmar si existe una alteración en el estado emocional debido al duelo. El presente estudio de caso se lo ha realizado basándose en la metodología cualitativa, que favorece al poder recabar información acerca de las interpretaciones propias de las personas acerca de sus vivencias y al ser una investigación inductiva, con la hipótesis que se ha planteado, se podrá comprobar mediante la observación directa la conducta de la paciente.

DESARROLLO

Justificación

A lo largo de la vida, el ser humano puede experimentar diferentes situaciones en su diario vivir, estos pueden ser momentos de felicidad o alegría, tales como, la llegada de un nuevo miembro en el hogar, un puesto de trabajo tan anhelado o darse las vacaciones de año que tanto deseaba, sin embargo, las personas no están exentas de no sufrir un suceso que genere sentimientos de dolor, los cuales estos pueden ser, la pérdida de un empleo, la muerte de un ser querido o un objeto de valor; el ser humano cuando sufre una pérdida significativa en su vida, la reacción natural será experimentar un duelo, que se lo define como un proceso psicológico normal que trae consigo diferentes fases en el proceso de duelo y por lo tanto esto puede afectar la calidad de vida del ser humano.

El trabajo presente a desarrollar se lo realiza con la intención de poder indagar cuales son los diversos patrones de pensamientos y con ello las emociones que experimenta la paciente debido al acontecimiento que ha vivido, investigando en qué medida el duelo está interfiriendo en su diario vivir. Del mismo modo, se podrá enseñar, herramientas y técnicas que le pueden servir en su día a día para ir aceptando y adaptándose a una nueva forma de vida sin la presencia física del ser querido, teniendo una modificación en su proceso cognitivo, emocional y conductual.

Esta investigación favorecerá a la paciente debido a que se le brindará guía y orientación durante el tiempo que se establezca la psicoterapia y ayudará para que pueda hacer frente su problemática. Se garantiza factibilidad en la actual investigación, en vista de que la paciente desea ser intervenida y cuenta con el apoyo de sus familiares, en donde es necesario que cada paciente tenga una red de apoyo para un buen pronóstico y resultado. Con respecto a la indagación a realizar se tendrá en cuenta técnicas y herramientas psicológicas adaptadas para intervenir eficazmente en la realización del estudio de caso.

Objetivo

Analizar de qué manera el duelo incide en el estado emocional de una mujer de 27 años de edad de la parroquia Febres Cordero-Guayaquil.

Sustento teórico

Duelo

“El duelo es la expresión de «dolor, lástima, aflicción o sentimiento» que se tiene por la muerte de alguien. Es un proceso emocional, psicológico, y como todo proceso, tiene un principio y un final.” (García Imaz & Rozo Reyes, 2019, pág. 185) En cuanto a lo indicado, la pérdida de un ser querido puede provocar en las personas ciertas alteraciones en su actividad psíquica que no son de carácter patológico, sin embargo es necesario tener en cuenta que el proceso del duelo normal puede tardar meses, hasta un año.

El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas y que consiste principalmente en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales, entre otros.

Por definición la pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional o de la propia naturaleza de la pérdida. Las pérdidas no siempre son físicas, sino que también pueden tener un carácter abstracto. (Martín Canovas, 2022, pág. 1)

De acuerdo con la autora citada, el duelo puede presentarse por diversos factores, sin embargo, una de las causas que pueden provocar que el duelo sea intenso, es la muerte de un ser querido, es un factor significativo, así mismo, se debe considerar el apego emocional de las personas que sufren un duelo, en la cual esto puede intervenir a la hora de superar o adaptarse ante la ausencia física.

Fases del duelo de Kübler-Ross

Al presentarse una situación dolorosa, como puede ser la muerte de un ser querido, la reacción normal ante lo sucedido, es iniciar un proceso de duelo, el cual, si bien es cierto cada persona experimenta su duelo según su adaptación y flexibilidad, existen unas fases de acuerdo al modelo de Kübler-Ross que se utilizan como mecanismo de defensa para confrontar lo sucedido, las etapas que se detallarán a continuación simbolizan los sentimientos y experiencias a nivel emocional y social por las que generalmente atraviesa una persona durante en duelo, en consecuencia de la ausencia física por la muerte de un familiar. Estas fases no predisponen ni deben seguir un orden o cumplirse todas; cada una de ellas tampoco cuenta con un tiempo específico en cuanto a su comienzo y a su fin. (Muñoz Canales, 2020)

Las fases de duelo que se presentarán a continuación no indica un modelo a seguir o la secuencia de una fase a otra siguiendo un orden, debido que no todas las personas transitan de la misma forma el duelo. Según García Estaire (2015) se describen las fases del duelo:

- **Negación:** ante la noticia que bien puede ser inesperada o premeditada, la persona cuando se entera del suceso puede experimentar un estado de shock, en ese momento se ve privada de su capacidad entendimiento de lo que sucede a su alrededor, posterior a entenderlo se presenta la incredulidad. La negación puede experimentarse en poco tiempo.
- **La ira:** la comprensión de la realidad hace que la incredulidad se convierta en una emoción insana. Muchas veces esta emoción se la vive con gran intensidad; puede variar dependiendo de la causa de la muerte; si la muerte ha sido inesperada la emoción de la ira puede ser fuerte, sin embargo, al ser premeditada o el motivo de la muerte es conocida puede generar que la emoción sea calmada, en caso de una muerte por enfermedad, que causa sufrimiento a la persona enferma, ciertamente y de forma contradictoria puede provocar una sensación de paz.
- **La negociación:** puede presentarse en dos formas, la primera sería antes de que ocurra la muerte, como en los casos de enfermedades terminales, ruptura amorosa o pérdida de trabajo; se plantean nuevas formas de vida para que no se produzca el acontecimiento. Por otra parte, en caso de la pérdida de un ser querido, se emplea la negociación de cambios de comportamientos de los familiares del fallecido o esperar un milagro divino para que regresa a la vida el ser querido que ha muerto.
- **La depresión:** fase decisiva; el sentimiento de tristeza es el que predomina, acompañado de otros sentimientos como miedo e incertidumbres, las conductas que se instalan pueden ser de aislamiento, al no querer recibir consuelo físico de nadie, deseo de pasar todo el rato en la cama, desinterés en realizar actividades que antes provocaba felicidad. Esta fase es decisiva, o bien puede indicar una aceptación de la realidad o también puede ser una manifestación de un posible estancamiento y en efecto puede provocar que el duelo normal se transforme a un duelo patológico
- **La aceptación:** se denomina a esta fase aceptación, pero a pesar de ello, esto no significa que la persona ha olvidado por completo lo sucedido o que, al recordar a la persona fallecida esto no le genere dolor. Esta fase es conductual, es decir, la persona decide no vivir en sufrimiento, vuelve a retomar las actividades diarias, como pueden ser, reintegrarse socialmente con amigos, en reuniones familiares, reincorporarse al

lugar del trabajo o estudio, vuelve a realizar actividades que disfrutaba. La aceptación sobre la muerte cómo ciclo vital es fundamental en esta etapa.

Tipos de duelo

Existen diferentes tipos de duelo que ayudarán a poder identificar cual es el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido, estos son los siguientes:

Duelo ausente o retardado: La negación se hace presente en este tipo de duelo. Pensamientos milagrosos o de incredulidad son los que se generan, por ejemplo, estar esperando que lo se ha dicho sea una broma o un chiste, es un ancla que sostiene en creer que no es cierto la noticia del fallecimiento del ser querido o también pensar que ocurrirá una especie de milagro, en la cual la persona pide que vuelva a la vida la persona que ha fallecido y espera que suceda. (Adsuara Arrufat, 2020)

Duelo anticipado: como su nombre lo indica, es un tipo de duelo que se da antes de la pérdida, lo transitan las personas que tienen conocimiento de una enfermedad terminal y están a la espera de su muerte. Los familiares también transitan el mismo duelo, el conocimiento previo de la muerte puede generar una aceptación, sin embargo, el proceso del duelo que se transita es el normal, que es un proceso psicológico que debe ser vivido con flexibilidad. (Corbin, 2017)

Duelo sin resolver: Un aborto inesperado, la pérdida de un hijo, muerte de los padres, muerte de la pareja o parte de la familia, puede provocar este duelo, pero su singularidad es debido a que, aunque haya pasado un tiempo estimado, entre 18 o 24 meses, el duelo aún se evidencia en conductas que demuestra no poder afrontar la pérdida. (Marchand Roldán, 2021)

Duelo crónico: volver a retomar el curso de la vida no es opción para la persona que sufre este tipo de duelo, el solo pensamiento de seguir avanzando sin la presencia de la persona fallecida puede sentirse como falta de amor y respeto hacia el ser querido. El sufrimiento predomina por muchos años, y el consuelo es revivir cada momento con el ser querido fallecido. (Díaz et al. 2015)

Modelos de duelo

Los modelos son descripciones teóricas del desarrollo del duelo, existen diferentes modelos de duelo. De acuerdo a Farias (2021) se mencionan los siguientes:

- **Duelo como enfermedad:** es el duelo normal, pero a este modelo se lo presenta como una enfermedad en la persona, hace una semejanza al duelo como una daño en

el organismo o parte externa del cuerpo, que aunque se cure esa parte del cuerpo, la secuela de esto permanecerá en la vida.

- **Modelo biológico:** como su nombre lo indica, el modelo refiere la reacción fisiológica del cuerpo ante una situación generada de estrés, es decir que la reacción normal del duelo es en función en como el organismo automáticamente responde ante lo sucedido, que puede ser el modelo biológico de ansiedad o depresión.
- **Modelo psicodinámico:** según Freud el duelo es la reacción del desapego de la persona con el objeto, la causa del sufrimiento es la desprotección ante el mundo. Según este modelo el vínculo es muy fuerte que hace que el proceso de duelo imposibilita al deudo volver a tener atracción hacia lo que rodea o en palabras freudianas sustituir al objeto de placer.
- **Modelo cognitivo:** este modelo describe que las personas a lo largo de la vida se crean formas de ser para desarrollarse en este mundo, por lo que una pérdida podría alterar lo que se ha planeado o construido, que puede ser el caso de una pareja de esposos, pues su construcción mental al contraer matrimonio fue la de vivir juntos hasta convertirse en adulto mayores, vivir la vejez con los nietos pero la muerte inesperada llegada a uno de ellos, causa un cambio en lo que ha creído como único.
- **Modelo como crisis vital:** la compañía de un grupo social puede cooperar para poder afrontar el duelo, puesto que las muestras de cariño, amor, comprensión y afecto son sistuidas por personas allegadas al deudo, en cambio, si una persona que sufre un duelo desea transcurrir su proceso individualmente puede presentarse complicaciones para una superación.
- **Modelo existencial:** este modelo advierte que los modelos mencionados no comprenden al duelo de forma holística. El modelo existencial presenta a la muerte como una realidad natural, menciona que la vida es una convicción de que en el cualquier momento se va a producir la muerte, y la mayoría de veces se reprime este hecho por la ansiedad que esto puedo generar.

Estado emocional

El ser humano vive diferentes emociones en su día a día que bien pueden ser de felicidad, tristeza o cualquier tipo de emoción básica del sujeto, sin embargo, estas por lo general suelen ser transitorias, no quedan arraigadas a uno; cada situación que se presente en el diario vivir será susceptible a la persona y la emoción saldrá a relucir.

“Una emoción es un conjunto de respuestas neuroquímicas y hormonales que nos predisponen a reaccionar de cierta manera ante un estímulo externo (como, por ejemplo, la visión de una araña).” (Escudero, 2019, pág. 1)

Sin embargo, esto no sucede con el estado emocional, como bien su palabra lo indica, es un estado, algo permanente, que se establece en uno; también es conocido como la actitud que toma la persona para vivir la vida, en palabras más concretas, el estado emocional, es la emoción establecida que puede ser funcional o no en la persona y que está sujeta a la cognición.

Según Goleman (1996) Es un estado afectivo que experimentamos, relación subjetiva al ambiente de aprendizaje que viene acompañado de cambios orgánicos, fisiológicos de origen innato influidos por la experiencia. Simbolizan modos de adaptación a diferentes cambios de ambiente, las emociones son procesos cognitivos relacionados con la arquitectura de la mente, toma de decisiones, memoria, atención, percepción, imaginación que han sido perfeccionadas por el proceso de selección natural como respuesta a las necesidades de supervivencia y reproducción. (Goleman, 1996 citado en Pérez Gómez, 2016, pág. 21)

Es normal que los estados emocionales puedan verse afectados en diferentes etapas de la vida de la persona, no obstante, el estado emocional que se percibe funcional y no causa ningún tipo de malestar en el ser humano ni alteración cognitiva y conductual es conocido como eutimia. Por otro lado, ante la presencia de una alteración en el estado emocional, como un estado de ánimo decaído, una intensa tristeza o sentimientos de inutilidad, puede ser una apariencia de depresión.

Depresión y duelo

Es importante diferenciar la depresión del duelo. La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de distintos síntomas; entre otros, un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, junto con una disminución o pérdida del interés o el placer por todas o casi todas las actividades que antes la persona realizaba y disfrutaba. En cambio, el duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

Cuando una persona sufre un duelo, en la mayoría de ocasiones no cumple criterios para diagnosticar una depresión y es por eso que es importante diferenciar ambos estados. (Miralles & Carrera, 2020, pág. 1)

De acuerdo con lo citado, las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales por un duelo pueden confundirse con un trastorno depresivo debido que, a nivel cognitivo pueden presentarse alteraciones en los pensamientos, como estados de confusión o de incredulidad; a nivel emocional se presenta la tristeza, enojo y culpa, a nivel conductual el comportamiento de la persona puede demostrarse disminución de placer a sus actividades que antes generaba felicidad, desánimo, insomnio e hipersomnia, tendencia al llanto, o retraimiento etc.; por lo que el duelo sí provoca que el estado emocional en la persona se vea significativamente alterada de manera negativa, aunque este no sea diagnosticado como depresión.

Reacciones cognitivas del duelo

El duelo es un proceso psicológico normal y pese a ello, pueden presentarse diferentes alteraciones a nivel psíquico y por lo general no es patológico, pero es importante considerar el cambio a nivel cognitivo, el psicólogo Worden (2012) destaca los siguientes: incredulidad y confusión, una de las primeras y comunes reacciones que se presenta, así también como preocupación que, puede ser hacia uno mismo y la vida en general. Puede experimentarse sensaciones de presencia, se debe a los pensamientos a causa de la ausencia física, siente la necesidad de que el fallecido aún este con vida, pero poco a poco van desapareciendo estas sensaciones. Alucinaciones auditivas, al igual que las sensaciones de presencia, se diferencia en que las personas escuchan a la persona fallecida, son normales luego de la pérdida, esto no quiere decir que son síntomas de una patología mental, como se mencionó anteriormente, son reacciones de dolor ante la ausencia física, que si se extiende el desarrollo de estas manifestaciones del duelo normal puede derivarse a un duelo crónico. (Worden, 1982 citado en Hoyuelos Cob, 2021).

Reacciones conductuales del duelo

Existen diversas manifestaciones conductuales ante un proceso de duelo, las diferentes manifestaciones objetivas de acuerdo al psicólogo Worden (1982) son las siguientes: la disminución de apetito, problemas para conciliar (insomnio) o interrupción de mismo (hipersomnia) a causa de estos problemas como consecuencia se presenta una falta de energía para realizar actividades, esto conduce a un retraimiento en su conducta, para reprimir el dolor evita recordar al fallecido, tendencia al llanto, al querer mantener vivo el recuerdo de la persona fallecida el deudo frecuente o visita los lugares que concurrían con el fallecido u otra demostración de recordar al fallecido es utilizar prendas, objetos como ropa, anillos, cadenas o guardarlos. (Worden, 1982 citado en Hoyuelos Cob, 2021)

Duelo y estado emocional

El duelo al ser un proceso psicológico, la persona que está transitando el duelo, puede verse afectada de manera significativa su calidad de vida. El estado emocional, es la solidificación de la emoción, es decir, que la emoción que se percibe a causa de una experiencia vivencial o tal vez de una imaginación, se extienda por más tiempo y logra que ocurra una alteración en el estado emocional de la persona. En el caso del duelo, o también llamado duelo normal, se debe tener cuenta las diferentes alteraciones afectivas que sufre la persona que procesa el duelo y poder tratarlas a tiempo con el fin de que estas no se compliquen y pueda transformarse en un duelo complicado o no superado.

En cuanto a los sentimientos, la tristeza sin duda es la expresión más frecuente e inmediata que suele darse tras una pérdida significativa. Sin embargo, esa tristeza no va sola, sino que va acompañada de otras emociones, entre las que destacan ira, culpabilidad, soledad, ansiedad, fatiga, desamparo, añoranza y shock. (Worden, 1982 citado en Hoyuelos Cob, 2021, pág. 8)

Según Guillem Porta et al. (2013) indican que en cuanto a las manifestaciones del duelo, las alteraciones afectivas son las siguientes:

- **Tristeza:** este sentimiento predomina en el proceso del duelo y puede apreciarse posteriormente al recordar lo acontecido. Por lo general, esa emoción se exterioriza a través del llanto, esta reacción sale a relucir cuando existe una comprensión del dolor como también el acompañamiento de familiares en ese momento de su vida. Aparte de la tristeza, esta viene acompañado con otros sentimientos tales como el abandono y soledad.
- **Rabia:** normalmente este sentimiento está presente en las primeras fases del duelo. Según el psicólogo Worden, hay dos orígenes de este sentimiento de rabia por duelo, la primera es, la impotencia al darse cuenta que la evitación de la muerte no es posible, sino es un hecho real, la segunda es, luego de la muerte de un ser querido, la persona cerca experimenta un estado de regresión, como también sentirse solo en el mundo, sin que nadie lo pueda ayudar y que la persona que lo hacía ya no está, por esta razón la persona siente un sentimiento de desamparo y posterior a esto hay una perturbación secundaria que es enfado y frustración. La frustración al no aceptar la pérdida puede originar conductas agresivas.
- **Culpa:** la persona que sufre el duelo puede pensar que fue lo que no hizo para evitar la muerte del ser querido o que fue lo que hizo para que las cosas convergen y suceda

el acontecimiento; no cayendo en cuenta que esto no es algo que se puede controlar y por ese motivo se vive un sufrimiento intenso y logrando que puedan realizarse acciones no sanas en el proceso del duelo. Hay necesidad extrema de expresar perdón por lo que no pudo hacer para evitar el suceso pero al verse privada terminante a esto, el proceso se puede volver complicado.

- **Ansiedad:** este síntoma puede ser una señal si la paciente puede padecer o no un duelo patológico y es que, es normal que se produzca ansiedad, sufrir ataques de pánicos que son a causa de la inseguridad que siente la persona, sin embargo, hay que tomar en cuenta que si la intensidad de la ansiedad se intensifica, este puede ser un indicador a un posible duelo patológico. La reacción de la ansiedad se produce debido que las personas dependientes de la persona fallecida se someten a un estado de preocupación porque no se sienten seguros de cuidarse a si mismos.
- **Apego:** el apego intenso hacia la persona fallecida puede traer sus consecuencias y es que desde el nacimiento, las personas producen ese vínculo afectivo paternal; cuando hay apego, hay presencia de dolor cuando hay una separación física. En el proceso del duelo, por lo general el apego que se sentía hacia el querido se traslada a los objetos o pertenencias personales de la persona muerta.

Existen diversas maneras de intervenir las alteraciones mencionadas, sin embargo, tomando en consideración la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) creada por Aaron Beck. Ramírez y Rodríguez (2012) indican que los padecimientos emocionales son a causa de la percepción del sujeto ante situaciones vivenciales y de ningún modo se sostiene el sufrimiento por los acontecimientos, vale decir que Beck afirma que las reacciones emocionales del ser humanos están basadas a las percepciones, la clasificación, interpretación y evaluación a situaciones y cualquiera que sea el suceso, intervienen los esquemas cognitivos. La Terapia Cognitiva Conductual combina la cognición y conductas, y funcionando ambas puede lograr disminuir y posteriormente modificar ideas desadaptativas, logrando que la persona perciba la realidad racional y objetivamente; y de la misma manera desarrolle habilidades de afrontamiento para generar soluciones efectivas para su diario vivir. (Ramírez y Rodríguez, 2012 citado en Alanís Esqueda, 2018)

Técnicas Aplicadas para la recolección de la información

Para la precisa y pertinente recolección de información acerca del problema de la paciente, esta investigación utiliza la metodología cualitativa, este método es el indicado para examinar aquellas particularidades del problema presente, el cual está causando en la paciente malestar en su calidad de vida; por lo que es necesario proceder a llevar a cabo el accionar de un conjunto de métodos, técnicas e instrumentos correspondientes para un análisis eficaz.

Método: el método en esta investigación es el cualitativo ya que permite recabar información acerca de las interpretaciones propias de las personas acerca de sus vivencias. Existen técnicas correspondientes para el estudio clínico en psicología tales como: la entrevista semiestructurada, la historia clínica, que se completa en base a las respuestas dadas en la entrevista semiestructurada, también se trabaja en conjunto con los instrumentos psicológicos, que estos tienen como función cooperar en la evaluación, como obtener resultados confiables para el diagnóstico y posteriormente para intervenir según cual sea lo oportuno, tomando en cuenta y verificando los resultados de la hipótesis planteada en la primera entrevista. Para la intervención en este estudio de caso se lo realizará desde en el enfoque Terapia Cognitiva Conductual que, ayudará en modificar la estructura cognitiva y conductual de la paciente.

Entrevista semiestructurada: esta técnica favorecerá para recolectar la información necesaria de la paciente a intervenir, aquí entra en acción aquellas características que debe tener un psicólogo, es decir, la empatía, es fundamental que la paciente que sienta escuchada y comprendida, esto posibilita establecer esa conexión necesaria para recabar la información completa de la paciente. Como resultado de esa comprensión establecida, la paciente tendrá esa sensación de confianza para comunicar su problema, de la misma manera el discurso de la paciente servirá para elaborar la historia clínica. (Anexo 1)

Historia clínica: la entrevista realizada a la paciente permite recolectar la información para completar cada ítem de la historia clínica, estos ítems son los datos de la paciente, tales como, el motivo por el cual la paciente llega a consulta y a través del discurso de la paciente podemos identificar el cuadro psicopatológico actual, se indaga sobre los antecedentes patológicos familiares, se investiga la topología habitacional donde vive la paciente, así mismo durante el encuentro se recolecta la historia personal, igual que, la exploración del estado mental, también las pruebas psicológicas aplicadas, de igual modo el

matriz del cuadro psicopatológico, diagnóstico estructural, pronóstico, las debidas recomendaciones y por último el esquema psicoterapéutico. (Anexo 2)

Baterias psicométricas: las pruebas psicológicas a aplicar, deben ser fundamentadas de acuerdo al planteamiento de hipótesis en la primera entrevista. La realización de estas pruebas es poder garantizar una fiabilidad ante el diagnóstico a establecer. Existen diferentes tests psicológicos que son utilizados por el profesional formado en el campo, pueden ser las pruebas proyectivas como también los tests psicométricos, tienen la misma confiabilidad si se trabaja individualmente cada uno o también pueden complementarse en conjunto, no obstante, cada una de ellas permiten medir o evaluar características específicas de la persona a investigar. Las baterias aplicadas durante la entrevista, se describirán a continuación:

Test de mayo: aplicar el test de mayo tiene como objetivo conocer si hay deterioro mental o alguna deficiencia que este afectando a la paciente. Este test también permite examinar la atención, aprendizaje, orientación, abstracción y calculo. Los resultados de la prueba aplicada en la paciente fueron de 25 puntos demostrando que la paciente presenta un deterioro mental leve. (Anexo 3)

Escala de resiliencia de Wagnild y Young: la escala de resiliencia tiene como finalidad determinar el nivel de resiliencia a adolescentes y adultos, indagando la adaptabilidad, resiliencia y tolerancia ante obstáculos o acontecimientos estresores en la vida, manteniendo una conducta funcional pese a sucesos inesperados. El test está conformado por 25 preguntas, los cuales se califican de tal manera: 1 (desacuerdo) 7 (de acuerdo). Consta de cinco áreas de resiliencia: la satisfacción propia se evalúa en 5 ítems, encontrarse tranquilo estando solo se evalúa en 3 ítems, seguridad propia se evalúa en 7 ítems, tenacidad se evalúa en 7 ítems, complacencia íntima se evalúa en 4 ítems. La resiliencia de la paciente en este momento es media con puntaje de 4. (Anexo 4)

Inventario de Depresión de Beck BDI: este es un instrumento utilizado por un profesional en psicología clínica, está conformado por 21 ítems, cada uno de ellos miden los síntomas depresivos, en adolescentes desde los 13 años hasta la adultez. La finalidad de elegir este test es debido a revisar cuidadosamente cuales son los ítems marcados y su intensidad, al ser una prueba para poder medir un posible estado depresivo en la paciente, es indispensable conocer si existen pensamientos suicidas por el acontecimiento vivido. El resultado fue 25, reflejando una depresión moderada (Anexo 5)

Resultados obtenidos

Desarrollo de caso

A continuación, se describirá el desarrollo del caso de la paciente de 27 años de edad proveniente de la Parroquia Febres Cordero del cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

Primera Sesión:

El 24 de enero del 2022 en horario de 17:00 hasta las 17:45 se llevó a cabo el primer encuentro con la paciente, al inicio se procedió hacer las presentaciones por mi parte y explicándole mi rol en la entrevista. Por otra parte, comencé a realizar preguntas sobre su información personal básica, así mismo para poder crear un espacio cómodo y tranquilo para la paciente, realicé preguntas acerca como había sido su día. Luego de haber creado un ambiente favorable para la entrevista, le pregunte el motivo por el cual había decidido asistir a consulta, mientras la paciente me comunicaba su problema, mantuve la escucha activa sin emitir juicios o críticas de mi parte, estableciendo el rapport para que la paciente se sienta segura y confiada en comunicarme su problema. Para que la señorita A me facilite toda la información necesaria para identificar el motivo de consulta, me sostuve y guie de la entrevista semiestructura.

La señorita manifiesta lo siguiente: “no sé qué voy hacer con mi vida, mataron a mi novio hace un mes y no sé si voy a poder seguir adelante sin él”. Así mismo la paciente expresa como se ha sentido: “al principio no podía asimilarlo, no sabía si era real lo que me estaba pasando, creía que estaba en una pesadilla, pero luego del sepultarlo, me cayó la realidad, compartíamos todo, ahora no sé qué voy hacer sin él, no voy a poder, yo sé que no voy a poder”. Al preguntarle qué actividades realizaba cada día, su respuesta fue: “no hago nada y tampoco tengo ganas de nada, no quiero pararme de mi cama y siento que no tengo energías para levantarme. Mi mamá entra mi cuarto para dejarme la comida, pero yo le digo que no tengo hambre, ella se sienta en mi cama y me dice que tengo que superarlo y salir adelante; no duermo de tanto llorar y pensar en todo lo que pudimos haber vivido.” Por otro lado, también afirma que: “siento coraje por las personas que le hicieron eso, me enojo con él, le reclamo por no dejar que se llevaran nuestras cosas, pero él quiso ser héroe y mire donde está, enterrado bajo tierra”. De la misma manera se siente culpable indicando: “pero si yo no le hubiera dicho que vayamos a comer a esa hora nada de esto hubiera pasado, todo seguiría normal y ahora por mi culpa lo mataron”. Por último, expresa también: “lo pienso tanto que a veces siento que está conmigo o que lo escucho”.

Se demuestra la razón por el cual la paciente acude a consulta, pudiendo identificar la sintomatología, por lo tanto, el cuadro psicopatológico actual es el siguiente: ideas fijas, ideas sobrevaloradas, visión negativa hacia el futuro, falta de energía, disminución de interés en actividades, disminución de apetito, tristeza acompañado de llanto, sentimiento de enojo, sentimientos de culpabilidad, insomnio, aislamiento, cefalea y alucinaciones. La paciente hace un mes viene presentado lo escrito anteriormente. De la misma manera, luego del discurso del paciente procedí a aplicar el test de mayo, el cual me ayudó a valorar el estado mental de la paciente. Una vez aplicado el test, se finalizó la sesión agendando una próxima para el día 27 de enero del 2022, en horario de 17:00.

Segunda sesión

El día 27 de enero del 2022 en horario de 17:00 hasta las 17:45, se efectuó la segunda sesión. En esta segunda entrevista se procedió a indagar más información personal de la paciente, es decir que, se realizó el genograma, se conoció el tipo de familia, la señorita A proviene de una familia de tipo nuclear, el núcleo de convivencia está conformado por la madre la Sra. M 59° años, el padre el Sr. A 63° años, hermana la Srta. C 23° años, también los antecedentes psicopatológicos familiares el cual supo mencionar que su mamá había sufrido ataques de pánicos en años anteriores, actualmente no; también se indagó sobre la topología habitacional. De la misma forma se recabó información sobre su historia personal y, por ende, mediante la observación y la información subjetiva de lo relatado por la paciente se exploró el estado mental, de tal manera, se describe la fenomenología: la paciente acude a consulta usando ropa acorde a su edad, expresando gestos incómodos y postura corporal con hombros caídos, biotipo ectomorfo, en el transcurso de la entrevista mostró una actitud cooperante y predispuesta a la sesión, sin embargo, predominaba su estado de ánimo decaído. Etnia mestiza. El lenguaje era coherente a pesar de hablar en voz baja.

Luego de obtener toda la información necesaria, y con la hipótesis planteada luego de finalizar la primera sesión, procedí aplicar un segundo test: Inventario de Depresión de Beck (BDI), es necesario aclarar el objetivo de la aplicación del test, no se lo aplicó para diagnosticar un trastorno depresivo, se lo efectuó para corroborar si había presencia de pensamientos suicidas. Igualmente fue fundamental aplicarle un test más, Escala de resiliencia de Wagnild y Young, que me permitió determinar el nivel de resiliencia a la señorita A, la predisposición de la paciente para poder afrontar la situación que le ha tocado vivir. Al finalizar la aplicación del test se procedió a concluir la sesión coordinando nueva

cita para el 31 de enero del 2022 en horario de 17:00.

Tercera sesión

El 31 de enero del 2022 en horario de 17:00 hasta las 17:45 se llevó a cabo la tercera sesión, el objetivo fue devolverle a la paciente los resultados que he obtenido acerca del discurso y los tests aplicados. Le manifesté que se encontraba transitando un duelo por la pérdida de su ser querido; y que por lo general el duelo es un proceso que se debe vivir aceptando el acompañamiento de su familia y por un profesional; y que el duelo está compuesto por fases que tiene que ir superando. Le expliqué el plan terapéutico realizado y que se basaba desde el enfoque cognitivo conductual, que nos servirá en el progreso de su duelo y evitará una complicación como puede ser un duelo patológico.

Situaciones detectadas

Las sesiones trabajadas y con la ayuda de todas las herramientas y técnicas que se llevaron a cabo, tales como la observación directa, la entrevista semiestructurada, la historia clínica y los test psicológicos aplicados me permitieron poder establecer las situaciones detectadas: el primer test aplicado fue el Test de mayo que, el puntaje obtenido fue de 25 puntos demostrando que la paciente tiene un deterioro mental leve, por otro lado, se empleó el Inventario de Depresión de Beck BDI que, obtuvo una puntuación de 25, reflejando una depresión moderada. Y al final apliqué la Escala de Resiliencia de Wagnild&Young, y en su evaluación se reflejó como resultado una capacidad de resiliencia Media con puntaje de 4. A continuación, se muestra el cuadro psicopatológico, en la cual se visualiza las áreas que se encuentran afectadas:

Tabla 1

Matriz del Cuadro Psicopatológico

Cognitivo	Ideas fijas, ideas sobrevaloradas
Afectivo	Tristeza, llanto, irritabilidad, culpa
Conducta social - escolar	Aislamiento
Somático	Cefalea, disminución del apetito, insomnio, pérdida de energía

Nota. Esta tabla muestra los síntomas y signos de la paciente.

Fuente: Cuadro psicopatológico.

Elaborado por la autora.

Se tomaron en consideración los factores predisponentes que son: el apego emocional y matrimonio sin éxito. El evento precipitante fue la muerte del novio hace un mes. El tiempo de evolución es de un mes.

Los síntomas presenciados por la paciente no califican para un diagnóstico, si bien cierto la sintomatología es parecida para diagnosticar un trastorno de depresión mayor, no se considera al duelo como una depresión .

El problema de la paciente ha iniciado por la muerte de un ser querido, por lo que esta situación ha generado el inicio de un duelo, que como ya se conoce, es un proceso psicológico normal.

Cabe volver a recordar que el duelo no es una depresión, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 no lo considera como un trastorno mental y por esa razón no se plantea un diagnóstico como trastorno depresivo en base a lo planteado.

Por otro lado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 se emplea el código Z 63.4 para el duelo normal.

Igualmente aunque no se valore como un trastorno mental, las distintas áreas tales como cognitivo, emocional, conductual y somática están considerablemente afectadas. Por lo que es necesario tener en consideración que, para una recuperación y adaptación flexible es preciso un acompañamiento profesional así como una red de apoyo familiar durante el proceso del duelo.

Como se mencionó anteriormente el proceso de duelo consta de diversas fases, las cuales provocan un malestar significativo, sin embargo, hay una fase en especial que al no ser resuelta y superada, si puede provocar un duelo patológico y sabiendo como se desarrolla y afecta, se debe realizar como objetivo terapéutico una prevención ante aquello.

Soluciones planteadas

Al terminar las valoraciones e interpretaciones respectivas, se procedió a realizar un plan terapéutico, considerándolo para una mejora continua en el proceso de duelo.

Tabla 2

Esquema Terapéutico – Enfoque Cognitivo Conductual

Hallas	Objetivo	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Ideas fijas. Ideas que sobrevaleadas.	Dar a conocer a la paciente que está procesando un duelo	Comunicar a la paciente que está transitando las etapas de duelo, el cual es un proceso psicológico normal, sin embargo, se necesita de acompañamiento psicológico para superar las etapas.	Psicoeducación Explicar cómo los Pensamientos Crean Sentimientos	2	03/02/2022 08/02/2022	La señorita A. admite que está atravesando un proceso de duelo y que es necesario recibir ayuda para aceptar su pérdida. La paciente comprende que su tristeza se basa en los pensamientos que mantiene acerca de la pérdida.
Afectivo Tristeza. Llanto. Irritabilidad. Culpa	Indagar la intensidad de creencia y emoción de los pensamientos de la paciente	Examinar el grado de emoción y creencia del pensamiento de la paciente A través de la plantilla se	Clasificando Emociones y Creencias Examinando evidencias	3	11/02/2022 15/02/2022 18/02/2022	Se identificó el grado de creencia y emoción del pensamiento. La paciente expresa tener más credibilidad en su pensamiento

través de la comprobación de evidencias a favor o en contra los pensamientos negativos. comprobará las evidencias a favor o en contra los pensamientos fijos y sobrevalorados. negativo. La paciente al evaluar, cae en cuenta que su pensamiento negativo tiene más porcentaje en la evidencia en contra y permite plantearse la duda de que si podrá avanzar en su vida.

Hallazgos	Objetivo	Meta Terapeutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Conducta social Escolar Aislamiento	Demostrar a la paciente como su pensamiento negativo le impide aceptar la compañía de su familia. Promover un cambio de conducta en la paciente para que realice actividades que sean de su interés.	Analizar las ventajas y desventajas del pensamiento negativo de la paciente. La paciente pueda reintegrarse a las actividades que le interesaban y volver integrarse con la familia.	Análisis de los Costos y Beneficios de un Pensamiento Programación de actividades	2	22/02/2022 25/02/2022	La paciente trabajó la plantilla y pudo darse cuenta que el pensamiento negativo tiene más desventajas, esto quiere decir que la paciente al no querer realizar ninguna actividad su costo es no aceptar el acompañamiento de la familia, no realizar actividades que antes eran de su interés, descuidar su salud y su vida profesional.

Se procede a organizar un cronograma de actividades de interés para que realice diariamente y actividades recreativas con su familia.

Hallazgos	Objetivo	Meta Terapeutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Somática Cefalea. Disminución del apetito. Insomnio. Pérdida de energía.	Crear habilidades de relajación para el paciente Instaurar rutinas saludables de alimentación	Establecer horarios de conciliación de sueño, en conjunto con técnicas de relajación Coordinar hábitos saludables de alimentación para reestablecer una salud estable sin dolores de cabeza y pérdida de energía.	Técnica de relajación	2	03/03/2022 07/03/2022	Paciente adapte nuevo horario para conciliar el sueño e instituir una alimentación saludable, para mantener una salud estable.

Nota: Esquema representativo sobre las técnicas realizadas y su respectivos resultados

Fuente: Esquema terapéutico

Elaborado por la autora.

CONCLUSIONES

En sistensis, la información obtenida durante el trabajo investigativo y con la utilidad de cada uno de las técnicas y herramientas llevadas a cabo, se ha podido establecer que el duelo si incide en el estado emocional negativamente en la paciente, la persona que transita un duelo, por lo general inicia un proceso psicológico normal, que afecta en la calidad de vida de la persona si estas fases de duelo no son superadas como se debe.

Se determina que el proceso de duelo si ha provocado en la paciente un malestar significativo en su vida, su estado emocional esta afectado debido que presenta sentimientos de tristeza acompañado de llanto, enojo, culpa y desesperanza, estos sentimientos no le permiten realizar actividades cotidianas con normalidad, como aceptar la compañía de su familia, reintegrarse socialmente con más personas o reincorporarse en su actividad laboral, es decir, tener una conducta funcional en su vida.

Se elaboró un plan terapéutico enfocado en la terapia cognitivo conductual para la señorita A, en la cual este, presenta diferentes áreas a trabajar, tanto a nivel cognitivo, afectivo, social y somático, cada una de estas técnicas a aplicar ayudarán a una aceptación, adaptabilidad y mejoría continua en el proceso de duelo, sin embargo, debe ser flexible y respetando el proceso de cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

Adsuara Arrufat, G. (8 de Abril de 2020). *Tipos de duelo y sus características*. Psicología-Online. Obtenido de:

<https://www.psicologia-online.com/tipos-de-duelo-y-sus-caracteristicas-4988.html>

Alanís Esqueda, N. (2018). *Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo-conductuales*. Repositorio Académico digital UANL. Obtenido de:

<http://eprints.uanl.mx/16543/1/1080291934.pdf>

Corbin, J. A. (2017). *Los 8 tipos de duelo y sus características*. Psicología y Mente. Obtenido de:

<https://psicologiamente.com/psicologia/tipos-duelo>

Díaz, C., Landivar, E. G., López Chávez, L. E., & Perdomo, Y. (Octubre de 2015). *Lineamientos operativos para el manejo del duelo en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública. Obtenido de:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamientos-operativos-para-el-manejo-del-duelo..pdf>

Escudero, M. (11 de Junio de 2019). *Emociones y sentimientos ¿Cuál es la diferencia?* Centro Manuel Escudero Psicología clínica y Psiquiatría. Obtenido de:

<https://www.manuelescudero.com/emociones-y-sentimientos-cual-es-la-diferencia/>

Farias, I. (8 de Septiembre de 2021). *6 modelos de duelo para una mejor comprensión*. PsicoActiva mujerhoy. Obtenido de:

<https://www.p psicoactiva.com/blog/modelos-de-duelo/>

García Estaire, B. (Julio de 2015). *Afrontamiento del duelo, al final de la vida, en el ámbito hospitalario. Intervenciones enfermeras*. Universidad de Valladolid Repositorio Documental. Obtenido de:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13257/TFG%20L872.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garciandía Imaz, J. A., & Roza Reyes, C. M. (2019). Dolor crónico y duelo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 185. Obtenido de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n3/v48n3a08.pdf>

Guillem Porta, V., Romero Retes, R., & Oliete Ramírez, E. (14 de Junio de 2013). *Manifestaciones del Duelo*. SEOM. Obtenido de:

<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

Hoyuelos Cob, M. (2021). *Emociones y proceso de duelo*. Repositorio comillas. Obtenido de:

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/50877/TFG-Hoyuelos%20Cob%2c%20Maria%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Marchand Roldán, M. (19 de Julio de 2021). *¿Qué tipo de duelo tengo?*. Utel blog universidad. Obtenido de:

<https://utel.edu.mx/blog/peap/que-tipo-de-duelo-tengo/>

Martin Canovas, E. (22 de Enero de 2022). *Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross*. Centro de Psicología Integral MC. Obtenido de:

<https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/>

Miralles, L., & Carrera, R. (18 de junio de 2020). *Sufrir un duelo no es tener depresión*. Orientación Psicológica. Obtenido de:

<https://orientacionpsicologica.es/sufrir-un-duelo-no-es-tener-depresion/>

Muñoz Canales, E. (Julio de 2020). *Sin aliento. Una representación visual de las fases del duelo*. Digitum biblioteca universitaria. Obtenido de:

https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/96990/1/TFG_Elena_Mu%c3%b1oz_Canal_es_Julio_digitum.pdf

Pérez Gómez, S. L. (2016). *El estado emocional en la educación*. Repositorio Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de:

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23492/1/Silvia%20P%C3%A9rez%20G%C3%B3mez%20Proyecto.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Entrevista semiestructurada

Cuestionario

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Y usted porque cree que ha venido? ¿Qué le motivo venir a consulta?
3. Dígame, ¿Cuál es el problema?
4. ¿De que manera usted cree que yo puedo ayudarla? ¿Cuál es su expectativa al venir a consulta?
5. ¿Me puede decir como se ha sentido durante esta semana?
6. De uno 1 al 5, donde 1 es bajo y 5 es alto, ¿cual es la intensidad de ese sentimiento?
7. ¿Usted estudia o trabaja?
8. ¿Tiene amigos? ¿Los ha frecuentado durante estos ultimos dias?
9. Me puede contar como es un día suyo
10. ¿Ha presentado dificultad para conciliar el sueño?
11. ¿Qué le dice su familia acerca de su conducta?
12. ¿Usted cree que necesita ayuda profesional?
13. ¿Estaría dispuesta en iniciar el proceso terapeutico?

Anexo 2 – Historia clínica**HISTORIA CLÍNICA**

HC. 001

Fecha: 24/01/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**Nombres:** AMGS**Edad:** 27 años**Lugar y fecha de nacimiento:** 23 de abril de 1994**Género:** femenino**Estado civil:** soltera**Religión:** católica**Instrucción:** Tercer nivel**Ocupación:** ninguna**Dirección:** Guayaquil**Teléfono:** xxxxxxxx**Remitente:****2. MOTIVO DE CONSULTA**

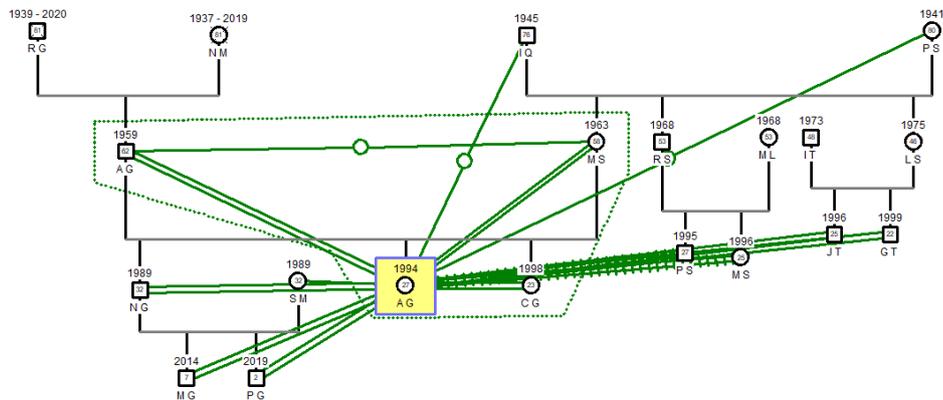
Paciente de 27 años acude a consulta debido a la preocupación de sus familiares por el comportamiento que últimamente ha tenido. La señorita manifiesta lo siguiente: “no sé qué voy hacer con mi vida, mataron a mi novio hace un mes y no sé si voy a poder seguir adelante sin él”. Así mismo la paciente expresa como se ha sentido: “al principio no podía asimilarlo, no sabía si era real lo que me estaba pasando, creía que estaba en una pesadilla, pero luego del sepultarlo, me cayó la realidad, compartíamos todo, ahora no sé qué voy hacer sin él, no voy a poder, yo sé que no voy a poder”. Al preguntarle qué actividades realizaba cada día, su respuesta fue: “no hago nada y tampoco tengo ganas de nada, no quiero pararme de mi cama y siento que no tengo energías para levantarme. Mi mamá entra mi cuarto para dejarme la comida, pero yo le digo que no tengo hambre, ella se sienta en mi cama y me dice que tengo que superarlo y salir adelante; no duermo de tanto llorar y pensar en todo lo que pudimos haber vivido.” Por otro lado, también afirma que: “siento coraje por las personas que le hicieron eso, me enojo con él, le reclamo por no dejar que se llevaran nuestras cosas, pero él quiso ser héroe y mire donde está, enterrado bajo tierra”. De la misma manera se siente culpable indicando: “pero si yo no le hubiera dicho que vayamos a comer a esa hora nada de esto hubiera pasado, todo seguiría normal y ahora por mi culpa lo mataron”. Por último, expresa también: “lo pienso tanto que a veces siento que está conmigo o que lo escucho”.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El cuadro psicopatológico actual es el siguiente: ideas fijas, ideas sobrevaloradas, visión negativa hacia el futuro, falta de energía, disminución de interés en actividades, disminución de apetito, tristeza acompañado de llanto, sentimiento de enojo, sentimientos de culpabilidad, insomnio, aislamiento, cefalea y alucinaciones.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



Activar Windows

b. Tipo de familia.

La paciente proviene de una familia nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Anteriormente la mamá de la paciente ha sufrido ataques de pánicos, actualmente no. El resto de los integrantes de la familia no han padecido ningún problema psicopatológico.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).

La señorita A manifiesta que sus hermanos como ella han nacido sin complicaciones en el embarazo de su madre, expresa “mamá siempre dice que nos esperó con ansias” la lactancia indica que la mamá le ha comentado que hasta los 10 meses le dio de lactar, que al año y dos meses ya caminaba, que no tuvo problemas de lenguaje expresaba sus primeras palabras sin complicaciones, así mismo expresa “ella me cuenta que antes de cumplir el año me sentaba en la vasenilla y que a los dos años ya le comunicaba cuando quería ir al baño”. De la misma manera señala que la mamá la dejaba hacer cosas por si solas en cambio del papá que era más preocupado de que le pasaría algo.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

La paciente indica que la mamá le ha comentado que no tuvo problemas al dejarla el primer día de escuela, que se adaptó muy rápido al nuevo inicio de etapa. Expresa también que, si tenía problemas de rendimiento en la escuela, se le dificultaba aprender a leer pero que en las matemáticas sí entendía. Tenía buena relación con sus compañeros de escuela y que muchas veces la llamaban la atención por distraerse y conversar mucho, pero que si tenía buena relación con sus maestros. No tuvo cambios de escuela.

6.3. HISTORIA LABORAL

Actualmente la paciente no trabaja.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente manifiesta que era una persona sociable, le gustaba hacer amigos y salir a pasear con sus primas y primos, o amigos pero que ahora no quiere recibir visitas ni ganas de ver a nadie. Ahora no quiere salir de su cuarto ni menos viajar a otras partes, piensa que ya no volverá hacer la misma que antes.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

La Srta. A indicó que en su tiempo libre le gustaba ir al gimnasio y realizaba deportes extremos, le gustaba viajar con su familia y novio pero que ahora prefiere quedarse en su cama y que nadie la moleste.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La paciente indicó que las personas la consideraban alegre, sin embargo, ahora dice que se siente sin ánimos y no cree volver ser la misma que antes.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

La paciente expresó que realizaba cronogramas de sus días para realizar sus actividades, que, al ser una chica muy inquieta, actuaba impulsivamente y que no le gustaba eso y por eso comenzó a organizar sus días. A pesar de ello, manifiesta que no sabe cómo manejar lo que está sintiendo y que no sabe cómo regresar a su vida de antes y que tiene miedo de iniciar una nueva vida sin su pareja.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Actualmente ha disminuido el apetito y dificultad para conciliar el sueño.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Hasta el momento no presenta problemas con la salud.

6.10. HISTORIA LEGAL

No presenta problemas con la ley.

6.11. PROYECTO DE VIDA

La paciente manifiesta: “mi proyecto de vida era una vida con él”

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

La paciente acude a consulta usando una ropa acorde a su edad, expresando gestos incómodos y postura corporal con hombros caídos, biotipo ectomorfo, en el transcurso de la entrevista mostró una actitud cooperante y predispuesta a la sesión, sin embargo, predominaba su estado de ánimo decaído. Etnia mestiza. El lenguaje era coherente a pesar de hablar en voz baja.

7.2. ORIENTACIÓN

Desorientación alopsíquica y autopsíquica.

7.3. ATENCIÓN

Ausencia mental. Indiferencia atencional. Perplejidad atencional.

7.4. MEMORIA

Amnesia anterógrada. Lacunar.

7.5. INTELIGENCIA

Inteligencia media.

7.6. PENSAMIENTO

Ideas fijas. Ideas sobrevaloradas.

7.7. LENGUAJE

Tendencia hablar en susurros y voz baja con hipomimias.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Pasividad.

7.9. SENSOPERCEPCION

Alucinaciones: sensación de presencia

7.10. AFECTIVIDAD

La depresión reactiva o situacional. La Anhedonia. La irritabilidad. Culpa.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

La obnubilación.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente presenta conciencia sobre su estado emocional con sus conductas desadaptativas.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Fallecimiento de su comprometido. Presenta pensamientos “él se ha ido y yo siento que me fui con él”

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Test de Mayo: puntaje de 25 - deterioro mental leve
- Inventario de Depresión de Beck BDI puntaje de 25 – depresión moderada
- Escala de Resiliencia de Wagnild&Young: puntaje de 4 – resiliencia media.

09. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Ideas fijas. Ideas sobrevaloradas.	DUELO
Afectivo	Tristeza. Llanto. Irritabilidad. Culpa	
Conducta social - Escolar	Aislamiento	
Somática	Cefalea. Disminución del apetito. Insomnio. Perdida de energía.	

9.1. Factores predisponentes:

- Apego emocional
- Matrimonio sin éxito

9.2. Evento precipitante:

- Muerte del novio

9.3. Tiempo de evolución:

- Hace un mes

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10: Z 63.4

11. PRONÓSTICO

La señorita A actualmente se encuentra experimentando un proceso de duelo, del cual se requiere un acompañamiento psicológico y red de apoyo familiar para aceptar la ausencia física del ser querido.

12. RECOMENDACIONES

- Flexibilidad en el acompañamiento de aceptación de duelo.
- Preciso establecer una red de apoyo familiar para la paciente.
- Se recomienda seguir detenidamente el proceso terapéutico que el profesional ha visto necesario para tratar.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

ENFOQUE: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Hallazgos	Objetivo	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Ideas fijas. Ideas sobrevaloradas.	Dar a conocer a la paciente que está procesando un duelo Explicar a la paciente que los pensamientos influyen en los sentimientos	Comunicar a la paciente que está transitando las etapas de duelo, el cual es un proceso psicológico normal, sin embargo, se necesita de acompañamiento psicológico para superar las etapas. Mediante el diálogo con la paciente, se expresará que los sentimientos que está experimentando son generados por los pensamientos.	Psicoeducación Explicar cómo los Pensamientos Crean Sentimientos	2	03/02/2022 08/02/2022	La señorita A. admite que está atravesando un proceso de duelo y que es necesario recibir ayuda para aceptar su pérdida. La paciente comprende que su tristeza se basa en los pensamientos que mantiene acerca de la pérdida.
Afectivo Tristeza. Llanto. Irritabilidad. Culpa	Indagar la intensidad de creencia y emoción de los pensamientos de la paciente Disminuir a través de la examinación	Examinar el grado de emoción y creencia del pensamiento de la paciente A través de la plantilla se comprobará las evidencias a	Clasificando Emociones y Creencias Examinando evidencias	3	11/02/2022 15/02/2022 18/02/2022	Se identificó el grado de creencia y emoción del pensamiento. La paciente expresa tener más credibilidad en

	de evidencias los pensamientos negativos.	favor o en contra los pensamientos fijos y sobrevalorados.				su pensamiento negativo. La paciente al evaluar, cae en cuenta que su pensamiento negativo tiene más porcentaje en la evidencia en contra y permite plantearse la duda de que si podrá avanzar en su vida.
Conducta social Escolar Aislamiento	<p>Demostrar a la paciente como su pensamiento negativo le impide aceptar la compañía de su familia.</p> <p>Promover un cambio de conducta en la paciente para que realice actividades que sean de su interés.</p>	<p>Analizar las ventajas y desventajas del pensamiento negativo de la paciente.</p> <p>La paciente pueda reintegrarse a las actividades que le interesaban y volver integrarse con la familia.</p>	<p>Análisis de los Costos y Beneficios de un Pensamiento</p> <p>Programación de actividades</p>	2	22/02/2022 25/02/2022	<p>La paciente trabajó la plantilla y pudo darse cuenta que el pensamiento negativo tiene más desventajas, esto quiere decir que la paciente al no querer realizar ninguna actividad su costo es no aceptar el acompañamiento de la familia, no realizar actividades que antes eran de su interés, descuidar su salud y su vida profesional.</p> <p>Se procede a organizar un</p>

						cronograma de actividades de interés para que realice diariamente y actividades recreativas con su familia.
Somática Cefalea. Disminución del apetito. Insomnio. Pérdida de energía.	Crear habilidades de relajación para la paciente Instaurar rutinas saludables de alimentación	Establecer horarios de conciliación de sueño, en conjunto con técnicas de relajación Coordinar hábitos saludables de alimentación para reestablecer una salud estable sin dolores de cabeza y pérdida de energía.	Técnica de relajación	2	03/03/2022 07/03/2022	Paciente adapte nuevo horario para conciliar el sueño e instituir una alimentación saludable, para mantener una salud estable.

Firma del pasante,

Psi. Cl. Juliana Cáceres Peralta

Anexo 3 – Test de mayo

TEST DE MAYO
(SE PUEDE APLICAR A PARTIR DE LOS 12 AÑOS)

I. ORIENTACIÓN (0-8) Se califica 1 punto por ítem
Calificación 8/8, 7/8, 6/8, 5/8, 4/8, 3/8, 2/8, 1/8 y 0/8.

ITEMS:

1. Dígame su nombre por favor: A
2. ¿Cuál es la dirección en la que vive? C y la 26
3. ¿Cómo se llama esta casa - este edificio - este hospital? No sé
4. ¿Cómo se llama la ciudad en la que estamos viviendo? Guayaquil
5. ¿Qué día de la semana es hoy? No sé
6. ¿En qué fecha estamos? No sé
7. ¿En qué mes estamos? Enero
8. ¿En qué año estamos? 2022

TOTAL: 5/8

II. ATENCIÓN: (0-7)

Repita en el mismo orden que yo le diga los siguientes números, califica 0 sino puede contestar los 3 primeros números dados por el examinador.

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1. 5-8-2 | califica 3/7 si lo repite bien |
| 2. 6-4-3-1 | califica 4/7 si lo repite bien |
| 3. 4-2-7-3-1 | califica 5/7 si lo repite bien |
| 4. 5-9-1-7-4-2 | califica 6/7 si lo repite bien |
| 5. 6-1-9-4-7-3-8 | califica 7/7 si lo repite bien |

TOTAL: 5/7

III. APRENDIZAJE (0 – 4) (Califica 1 punto por cada respuesta acertada)
-AL FINAL SE REPITE PARA CALIFICAR REAPRENDIZAJE-

Repita estas palabras que yo les digo, hasta lograr aprenderse de memoria (repetición 4 veces seguidas con ayuda del examinador y la 5ta vez, se califica) 1 punto por cada palabra, no importa en el orden que las diga:

1. Manzana
2. Sr. Pérez
3. Caridad
4. Túnel

2

IV. CÁLCULO

1. Multiplique 13×5 (sin papel sino mental) 0
2. Ahora reste $65 - 7$ 0
3. Ahora quiero que divida $58 : 2$ 0
4. Ahora sume $29 + 11$ 1

En personas de bajo nivel escolar:

1. 5×2 0 1
2. $10 - 4$ 0 1
3. Ahora divida $6 : 2$ 0 1
4. Sume $3 + 3$ 1 1

TOTAL: 5

V. ABSTRACCIÓN: (0-4) califica 1 punto por cada respuesta correcta

1. ¿En qué se parecen una naranja y un plátano, sin tomar en cuenta la forma, sino más bien otro tipo de atributos o cualidades que a los demás les sean comunes? 0
2. ¿En qué se parece una carreta a una bicicleta? 1
3. ¿En qué se parece una mesa y una silla? 0
4. ¿En qué se parece un perro y un león? 1

TOTAL: 2

VI. INFORMACIÓN: (0-3) cada respuesta acertada califica 1 punto

1. ¿Cómo se llama nuestro Presidente de la República? – si no lo dice bien- usted deberá dar el nombre y calificar 0 1
2. Ahora que ya sabemos el nombre de nuestro Presidente deseo que recuerde el nombre del Presidente que estuvo antes que él. 0
3. ¿Para qué nos sirve un termómetro? 1

TOTAL: 2

VII. CONSTRUCCIÓN (PRAXIS): (0-4) cada respuesta positiva califica 1 punto

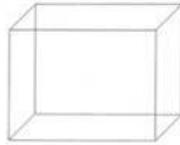
1. Dibuje un reloj y señale las 11h15 –se dará una hoja en blanco para que dibuje, se califica 0-1-2.

- 0 Sino corresponde
 1 Si dibuja la esfera y puso únicamente los números y al menos los principales.
 2 Si dibuja lo solicitado



2

2. Copie este dibujo por favor:



y

Se califica:

- 0 Sino hay los 3 parámetros ALTO – ANCHO - PROFUNDIDAD
 1 Si al menos hay cuadrado con ángulos bien hechos.
 2 Si cumple lo solicitado

TOTAL: 3

VIII. REVOCACIÓN

Se solicita que repita las 4 palabras anteriormente memorizadas. 1 punto por cada respuesta adecuada.

TOTAL: 4

CALIFICACIÓN FINAL:

ORIENTACIÓN	8	5
ATENCIÓN	7	5
APRENDIZAJE	4	2
CÁLCULO	4	5
ABSTRACCIÓN	4	2
INFORMACIÓN	3	2
CONSTRUCCIÓN	4	3
REAPRENDIZAJE	4	2
TOTAL	38	25

Deterioro Mental Leve

DIAGNÓSTICO: De acuerdo a la tabla o baremo respectivo.

Nombres completos: _____

Edad: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Médico solicitante: _____

Psicólogo que evalúa: Juliana Cárdenas Peralta

Fecha y Lugar: Cucuyaquil 27 de enero del 2022

Juliana Cárdenas Peralta
Firma

Anexo – 4 Escala de resiliencia de Wagnild y Young

ESCALA DE RESILIENCIA							
Por favor lea las declaraciones siguientes. Usted encontrara 7 números que van desde "1" (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted esta totalmente en desacuerdo con una declaración marque "1". Si usted es neutral, marque "4" y si usted esta de acuerdo fuertemente marque "7"							
Declaraciones	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1- Cuando hago planes persisto en ellos	1	2	3	4	5	6	7
2- Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma.	1	2	3	4	5	6	7
3- Soy capaz de depender de mí mismo mas que otros	1	2	3	4	5	6	7
4- Mantener el interés en las cosas es importante para mí	1	2	3	4	5	6	7
5- Puedo estar solo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
6- Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7- Normalmente consigo cosas sin mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7
8- Me quiero a mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9- Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10- Soy decidido en las cosas que hago en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
11- Rara vez pienso sobre porque suceden las cosas	1	2	3	4	5	6	7
12- Hago las cosas de una cada día	1	2	3	4	5	6	7
13- Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores	1	2	3	4	5	6	7
14- Soy disciplinado en las cosas que hago	1	2	3	4	5	6	7
15- Mantengo el interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16- Normalmente puedo encontrar un motivo para reír	1	2	3	4	5	6	7
17- Creer en mí mismo me hace superar momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18- En una emergencia las personas pueden contar conmigo	1	2	3	4	5	6	7
19- Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
20- A veces me obligo a hacer cosa aunque no quiera hacerlas	1	2	3	4	5	6	7
21- Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22- No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar	1	2	3	4	5	6	7
23- Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24- Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer	1	2	3	4	5	6	7
Es normal que existan personas a las que no le caigo bien	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5 – Inventario de Depresión de Beck BDI

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 25 Depresión Moderada