



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA  
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)  
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**DUELO PATOLÓGICO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA SOCIAL DE UNA  
SEÑORITA DE 20 AÑOS.**

**AUTOR:**

**SAMANTA YETSAE FAJARDO PACHECO**

**TUTOR:**

**DRA.GINA BELTRÁN BAQUERIZO. MAG.TF.**

**BABAHOYO - 2020**

## **Resumen.**

En el estudio de caso presente se trabajó: “El duelo patológico y su influencia en la conducta social de una señorita de 20 años”, se brindó atención psicológica para que la paciente tenga salud mental, es por esta razón que se aplicó la entrevista, observación e historia clínica, junto con los test psicométricos; el breve inventario del duelo, la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck, que sirvieron de apoyo para el diagnóstico psicológico: Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, ya que daban con los criterios del DSM V y CIE 10.

Luego se procedió a intervenir terapéuticamente bajo el esquema holístico, enfocado en el trabajo de pautas de necesidades del paciente; enfoque narrativo y Gestalt, en donde la sintomatología disminuyó.

**Palabras claves:** Duelo patológico - conducta social – diagnóstico – tratamiento.

## **Abstract**

In the present case study, the following was worked: "Pathological grief and its influence on the social behavior of a 20-year-old lady", psychological care was provided so that the patient has mental health, it is for this reason that the interview was applied, observation and clinical history, together with psychometric tests; the brief inventory of grief, the Hamilton anxiety scale and the Beck depression inventory, which served as support for the psychological diagnosis: Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood, as they met the DSM V criteria and CIE 10.

Then he proceeded to intervene therapeutically under the holistic scheme, focused on the work of guidelines of the patient's needs; Narrative and Gestalt approach, where the symptomatology decreased.

**Keywords:** Pathological grief - social behavior - diagnosis - treatment.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	I
<b>Abstract</b> .....	I
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Desarrollo</b> .....	3
<b>Justificación</b> .....	3
Objetivo general. ....	4
<b>Sustento teórico</b> .....	5
Duelo Patológico. ....	5
Tratamiento del duelo patológico. ....	8
Conducta social.....	9
Conducta social y duelo patológico.....	9
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	14
Test psicológicos aplicados. ....	15
Técnicas psicoterapéuticas: .....	16
Resultados obtenidos. ....	17
<b>Conclusiones</b> .....	23
<b>Bibliografía</b> .....	25
<b>Anexos</b> .....	29

## **Introducción**

El tema de este estudio de caso “Duelo patológico y su influencia en la conducta social de una señorita de 20 años”, encuadra con la línea de investigación de la Carrera de Psicología Clínica: tratamiento de los problemas de aprendizaje que pertenece a la sublínea de investigación: Repercuten los conflictos interpersonales y grupales de los docentes en la práctica de las relaciones humanas de la comunidad educativa, debido al abordaje psicológico por medio de las técnicas terapéuticas en el ámbito personal y social.

Cuando una persona no supera la pérdida de un ser querido, la presencia de duelo patológico será evidente, debido a los signos y síntomas que afectan al estado emocional, físico y social del individuo. En la Cdla. Las orquídeas del Cantón Guayaquil de la Provincia del Guayas, observé a una señorita que presentaba problemas en su comportamiento, emociones y en las relaciones interpersonales, lo que me motivó a investigar ya que la presencia de depresión y ansiedad eran palpables, esta paciente conforme a la evaluación psicológica, presentaba síntomas de depresión atípica; abulia, falta de apetito, autodevaluación, astenia, tristeza y llanto fácil, acompañado con algunos síndromes de ansiedad: problemas en la toma de decisiones, inestabilidad emocional, miedo intenso, inseguridad, insomnio, sudoración, problemas digestivos, los mismos que eran causados por los pensamientos de desesperanza y revivenciación de los hechos, ideas de preocupación intensa por la muerte de su padre. Encontrando la causa que generaba la alteración emocional y conductual de la paciente, se dio solución a esta problemática mediante el modelo psicoterapéutico holístico.

Para establecer que el duelo patológico influye en la conducta social de una paciente, se aplicó las técnicas psicológicas: entrevista clínica, observación clínica, junto con apoyo de los test psicométricos: Inventario de depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton, Breve inventario del duelo.

Se organizó el esquema psicoterapéutico en el cual se apoyó desde el enfoque holístico, debido a que se trabajó con una técnica de la Terapia Gestalt: la silla vacía y finalmente la Terapia Narrativa: La carta.

Este trabajo está ordenado por: introducción, justificación, objetivo general, sustento teórico, técnicas aplicadas, resultados obtenidos y conclusiones, finalmente con bibliografía y anexos.

## **Desarrollo**

### **Justificación**

Para obtener el título de tercer nivel se debe realizar el estudio de caso, aquí se aplican todos los conocimientos adquiridos durante el proceso de la formación como psicólogos clínicos, para este estudio de caso se escogió a una señorita de 20 años que presentaba problemas intrapersonales e interpersonales. Emocionalmente se desborda debido a la falta de control de las mismas; un suceso pasó en su vida, la muerte de un ser querido marcó su existencia para siempre, durante este proceso se buscó identificar si la sujeto de estudio no ha superado todas las etapas del duelo y a su vez, cómo este impactó en el comportamiento social, ya que estuvo alterando esa parte de su vida. La importancia radica en que aplicando todas las técnicas correspondientes, lo que se quiere alcanzar es que la paciente tenga una mejor calidad de vida; emocionalmente se encuentre estable y pueda relacionarse fácilmente con las personas, este trabajo aporta para el crecimiento personal y profesional porque en este caso como estudiante puse en práctica todos los conocimientos adquiridos, el aporte social también queda en evidencia porque este estudio aunque sea individual, puede servir de apoyo a otros profesionales que estén tratando algún caso similar.

La paciente es la beneficiaria directa de este trabajo porque encontró la tranquilidad que buscaba, por lo consiguiente, el beneficiario secundario es la familia, al ver que su integrante está nuevamente sonriendo y sintiéndose saludable psicológica y socialmente mejor relacionada. Este estudio de caso es trascendente porque la paciente se estabilizó psicológicamente, y como efecto permite relacionarse asertivamente con los demás. Mi experiencia con este caso contribuirá para el crecimiento personal y profesional. La factibilidad ante este trabajo se da porque las técnicas que se utilizaron en este caso de estudio fueron accesibles y contribuyeron el alcance del objetivo.

**Objetivo general.**

Identificar como el duelo patológico está influyendo en la conducta social de una señorita de 20 años.

## **Sustento teórico**

Para más conocimiento de las variables del estudio de caso, se procedió a realizar la respectiva consulta bibliográfica.

### **Duelo Patológico.**

Conocer la etimología del duelo es necesario porque ayuda a comprender el estudio de esta variable. Vicente Guillem; Retes, Rocío Romero y Ramírez, Elena Oliete (2015) mencionan. “Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín dolus que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de lugere que quiere decir llorar” (pág. 1).

Carmona (2012) expresa que “el duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales” (pág. 17).

El duelo es individual, cada persona vive y afronta la pérdida de un ser querido conforme a su percepción, además las culturas y costumbres influyen en este proceso (Rafael Alvarado García, 2011).

Cabodevilla (2012) manifiesta. “Duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo estaba psicosocialmente vinculado” (pág. 5).

El vínculo emocional que haya tenido el fallecido con el deudo será una base principal para sentir el dolor emocional por la gran pérdida (Cabodevilla, 2012).

Los velorios junto con las costumbres que realizan, cuando un amigo o familiar fallece, contribuyen a la superación de la muerte del ser querido, las emociones se ven alteradas cuando el deudo se queda en esta vida para llorar a su ser que tuvo que partir, algunos no superan la muerte del fallecido porque se aferran a los recuerdos y experiencias compartidas,

la frustración de no ver más a esa persona crea un futuro desesperanzador, las emociones se desbordan y deberán aprender a vivir con ese dolor (Lorena Cubero Recio, 2017).

La sociedad, familia y amigos ayudarán a conllevar el duelo de una forma más sana, mientras más grande sea el círculo social del sujeto, hay menos probabilidad de deprimirse gravemente, ellos servirán como distractores momentáneos y una distracción ayudará a que el individuo emocionalmente se reestructure (Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia, 2013).

La persona deuda cuando pierde a su ser querido, llegará a sentir tristeza, soledad, llanto, desesperación e incluso depresión, dichas emociones afloran ante tan irreparable pérdida que es una etapa normal del duelo (Rosa Isabel García Ledesma; Adrián Mellado Cabrera y Lilia Santillán Torres, 2010).

Meza Dávalos Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B (2013) explican. “Una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro; la muerte, jamás; de ahí que nos referiremos al proceso de duelo ante la muerte sin desestimar que otras pérdidas pueden desencadenar respuestas intensas e impredecibles” (pág. 31).

El duelo es una experiencia de vida dadas por etapas que con el tiempo permite al deudo superar la pérdida (Vicente Alberola Candel; Lina Adsuara Vicent; Nuria Reina López, 2014).

Oviedo Soto, S.J.; Parra Falcón, F.M. y Marquina Volcanes, M., (2012) proponen 5 etapas de duelo, las mismos que son:

***Etapa de la negación.*** – El sujeto quien la padece, por medio de la negación busca sentir alivio ante el dolor causado por la pérdida de su ser querido, en esta etapa el sujeto choca con la realidad en la que vive.

***Etapa de la ira.*** – Ante la frustración de saber que el individuo no va a ver más a su ser querido, la presencia de sentimientos de enojo, rabia y resentimiento es evidente, además de buscar culpables.

***Etapa de la negociación.*** – En esta etapa hacerse preguntas es algo normal, se imaginan que si hubieran hecho algo no hubiera muerto su ser querido, tal vez si utilizaban algún tipo de estrategia la muerte no le hubiera llegado.

***Etapa de la depresión.*** – La incertidumbre y el sentirse vacío, el querer morirse y sentir que su vida no tiene sentido es parte de esta etapa, pero es normal ante la pérdida de su ser querido.

***Etapa de la aceptación.*** – En esta etapa el individuo aprenderá que el dolor no se irá de su vida, que mejor debe aprender a convivir con ese sentimiento, que en vez de rechazar o preguntarse cosas, mejor comience a aceptar que su ser querido partió y por ende la vida sigue, que los buenos momentos que vivió con su ser querido están impregnado en su memoria y nunca las olvidará.

Dentro del duelo existe síntomas, Gamo Medina, Emilio y Pazos Pezzi, Pilar (2013) mencionan. “Se reconoce el duelo como problema que puede ser objeto de atención clínica; indica que durante los dos primeros meses pueden presentarse síntomas depresivos característicos de un episodio depresivo mayor” (pág. 455).

Carmen Regina Victoria García-Viniegras; Caridad Pérez Cernuda (2013) manifiestan. “La persona en duelo puede sentirse agotada y en alguna medida culpable. Puede presentarse negación del hecho y una búsqueda ansiosa de explicaciones” (pág. 6).

Para que un duelo sea patológico, Vanesa Vedia Domingo (2016) argumentan. “se consideran más traumáticas las muertes súbitas inesperadas e inoportunas, las muertes múltiples, las muertes por asesinato o catástrofe y las muertes por suicidio o autonegligencia” (pág. 14).

Al morir de una forma inesperada ya sea por accidente de tránsito, infartos o que suceda algún evento imprevisto, el duelo será complicado de superar, el dolor será más fuerte y a veces quedarán traumas que el individuo no puede afrontar y con el tiempo se desarrollará el duelo patológico (Vanesa Vedia Domingo, 2016).

Cuando una persona fallece por alguna enfermedad catastrófica, por ejemplo: cáncer, sida o cualquier otra enfermedad desastrosa; la familia y amigos que estiman al sujeto, irán asimilando que pronto morirá, pero cuando el individuo muere inesperadamente, como accidentes y otros eventos inesperados, el dolor es más fuerte, el impacto es grande y el duelo puede durar más tiempo (Meza Dávalos Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B, 2012).

Dentro de los síntomas del duelo patológico, Echeburúa (2007) explica. “La pena mórbida se produce cuando la persona experimenta durante el proceso del duelo emociones negativas (tristeza, ira, culpa, confusión) muy intensas y duraderas que interfieren negativamente en su vida cotidiana” (pág. 31).

### **Tratamiento del duelo patológico.**

Con el tratamiento psicoterapéutico da como resultado el mejoramiento psicológico de un paciente. (Enrique Echeburúa y Arantxa Herrán Bolx, 2014) refieren que estas tareas ayudarán a seguir adelante al paciente:

#### ***Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.***

Comprender que el ser querido no está, que murió es una de las cosas más fuerte que el deudo debe trabajar, el sólo imaginarse aquello es lo que le hace sentir frustrado, para esto debe trabajar en la aceptación emocional e intelectual.

#### ***Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.***

No evitar, ni tampoco reprimir sus emociones es parte del proceso de superación del duelo; abrazar esa emoción, aceptar lo que siente es parte del proceso, su entorno también

debe cooperar y entender este proceder del individuo; el enfado e ira es evidente ante estas emociones, la soledad y angustia también deben aprender a controlarlo.

### ***Tarea 3: adaptarse a un medio en el que la persona está ausente***

De forma externa debe identificar los roles que solía desempeñar el fallecido, y comenzar a tomar consciencia de cómo le está afectando la pérdida, la adaptación interna, reconocer la afectación de esta pérdida.

### **Conducta social.**

El ser humano por su naturaleza es sociable, la autora Luisa (2014). menciona. “La asertividad es una conducta y no una característica de la personalidad, por lo que se habla de asertividad como una habilidad en el campo de las habilidades sociales” (pág. 27).

Además, las habilidades sociales están destinadas a lograr objetivos, buscar ayuda cuando se la necesita, en el caso de duelo el apoyo de los demás es muy importante porque permiten sentirse bien, en donde pueden expresar sus emociones, ser escuchado y al mismo tiempo consolado, por ello es importante la asertividad en el ser humano, porque se lo tratará de forma positiva, sin hacerlo sentir mal (Manuel Nevado y José Gonzalez , 2018).

### **Conducta social y duelo patológico.**

Gallardo, Carmona, & Novales (2010) mencionan que el sentirse juzgado es una de las características que poseen algunas personas que viven el proceso del duelo, no quieren expresar sus emociones ya que pueden recibir críticas que los cataloguen como débiles; para no sentirse criticados dejarán de relacionarse con los demás a fin de sentir el dolor de la pérdida hasta adaptarse a una nueva vida.

Cuando una persona se queda estancada en una de las etapas del duelo, la presencia de síntomas tanto emocionales como actitudinales serán notorios; el no querer comer, el no dormir, el sentir tristeza constantemente, llantos inesperados, no disfrutar de las personas que

le rodean, son comportamientos que dan indicaciones sobre los pensamientos y emociones que está sintiendo el individuo (Vasco, 2019).

Beiza (2012) explica que cuando un individuo esté pasando por las etapas del duelo necesitará de las relaciones interpersonales porque se sentirá escuchado, aprenderá a desahogar el malestar que siente, pero cuando el duelo es patológico, es evidente que necesitará de un profesional para aliviar los síntomas que son efectos de la causa.

Beiza (2012) aclara. “Las relaciones interpersonales constituyen una parte fundamental para el desarrollo de cualquier clima organizacional óptimo, ya que, es la atmósfera creada por las actitudes, convivencias, empatías y todos aquellos factores que son capaces de expresar los seres humanos” (pág. 16).

Sin las relaciones interpersonales será difícil tener una buena interacción con la sociedad, ya que esto nos ayuda a tener una convivencia buena, a ser empáticos y sobre todo a tener una buena actitud (María dolores , 2017).

Cuando el ser querido muere, el cambio es evidente y ante ello el deudo debe aprender acomodarse para poder seguir avanzado con su vida, necesitará de sus amistades para sentirse apoyado (Nora Molina de Colmenares; Isabel Pérez de Maldonado, 2012).

Nora Molina de Colmenares; Isabel Pérez de Maldonado (2012) menciona que “la situación planteada evidencia la necesidad de desarrollar en las personas las competencias individuales y sociales, necesarias para afrontar las demandas propias de una realidad sometida a un permanente cambio” (pág. 4).

Luego de haber citado a Nora Molina de Colmenares; Isabel Pérez de Maldonado (2012) se puede decir las relaciones interpersonales ayudan a estar preparados a los cambios permanentes que trae la muerte de un ser querido, el caos trae cambios y el cambio es parte de la vida.

La comunicación es parte de la interacción social y por ende el lenguaje no verbal juega un papel importante, en algunas ocasiones las personas que pierden a un ser querido piensan que deben ser fuertes, que es importante no comentar a nadie sobre el dolor emocional que están sintiendo, esto sólo causa malestar psicológico en el individuo porque necesita ser escuchado (Marqueza Cornejo; María Lourdes Tapia, 2011).

Marqueza Cornejo; María Lourdes Tapia (2011). Aportan. “El modo de la comunicación interactiva sujeto-sujeto como una de las formas relacionales contemporáneas” (pág. 4).

Cordero Maldonado García; Domínguez JA; Romero Quechol GM; Flores Padilla y Trejo Franco (2019) explican. “Las relaciones interpersonales tienen gran variedad de contextos. La familia y el trabajo son la base de los grupos sociales y de la sociedad en su conjunto” (pág. 5).

Cordero Maldonado García; Domínguez JA; Romero Quechol GM; Flores Padilla y Trejo Franco (2019) mencionan que al hablar de la sociedad, no solo nos referimos a una comunidad, sino todo lo que lo conforma, esto abarca la familia, instituciones educativas, trabajos, reuniones, etc. Estos factores contribuyen en la superación del duelo que un individuo esté pasando, porque al interactuar con estos su atención estará enfocada a estas actividades que contribuyen a disminuir su malestar emocional.

En muchas ocasiones cuando el deudo se siente con dolor, no va a presentar un buen comportamiento, a veces será cortante, descortés porque el mismo dolor le hace actuar de esa forma, pero las personas que le rodean deben comprender la situación y ayudarlo a vivir su duelo de la mejor manera posible, permitiéndole expresar todo el malestar que siente (Lacunza, Ana BetinaIcon y Contini, Evangelina Norma 2016).

Lacunza, Ana BetinaIcon ; Contini, Evangelina Norma (2016) enuncian. “Las relaciones positivas suponen habilidades de empatía, cooperación y compromiso por el bienestar de los demás” (pág. 9).

García (2014). Menciona. “Las relaciones interpersonales que se establecen sobre la base de ideas preconcebidas o prejuiciosas acerca de las personas no permiten un real conocimiento personal ni social” (pág. 12).

García (2014) recomienda que no es aconsejable dejarse llevar por la subjetividad, siempre es bueno tener en cuenta que la objetividad es lo que ayudará a comprender mejor a la otra persona, en el proceso del duelo los individuos sufrirán una descarga emocional, el malestar será expresado mediante los comportamientos y emociones de lo cual debe ser comprendidos más no juzgados.

Por el mismo dolor que siente el deudo, las palabras que exprese puede ser de desesperanza, emocionalmente se desborde y de esta forma comunique que la partida de su ser querido le afecte, y tenga esperanza de volver a estar en presencia con el fallecido (García, 2011).

La expresión no verbal contribuye para el diagnóstico correcto acerca de algún trastorno emocional, conductual o de adaptación, ya que ciertas características actitudinales sirven como clave para dirigirse al verdadero diagnóstico (García, 2011).

Cano Murcia, Sandra Rocío; Zea Jiménez, Marcela (2012) explican que en el duelo patológico las emociones negativas se harán presentes y por ende irán deteriorando las relaciones interpersonales del deudo, socialmente hablando no querrá relacionarse porque lo tomará a su ser querido como su todo y que ya no está, ya no querrá compartir momentos de alegrías y risas con sus amistades, pero todo esto se debe al pensamiento para que la emoción se genere y como consecuencia de ello, las relaciones sociales se vayan deteriorando.

Según los criterios del DSM 5 la sintomatología presentada tanto emocionales como del comportamiento en respuesta a un duelo no superado o patológico se deben producir después de tres meses del factor estresante, ya que estos síntomas de comportamientos son desproporcionados por un intenso factor de estrés, además la sociedad puede influir o

interferir en la presentación o desarrollo de los síntomas a mencionar: deterioro laboral, escolar o social, falta de concentración, insomnio, ansiedad, baja autoestima, estado ánimo deprimido, dichos síntomas no son representaciones de un duelo normal (DSM 5, 2014).

### **Técnicas aplicadas para la recolección de información.**

Las técnicas que usé para la recolección de información fueron:

#### ***Entrevista psicológica.***

La entrevista se la puede realizar de forma directa, por medio de video llamada o a su vez presencial, las preguntas a utilizarse son abiertas y cerradas, en la mayoría de los casos las preguntas abiertas son las más utilizadas porque permiten recolectar información del paciente.

Se logró recopilar información de la paciente sobre los signos y síntomas que está presentando que determinan la etapa de duelo psicopatológico en la que se encuentra y por lo cual asistió a la atención psicológica para realizar el tratamiento psicoterapéutico respectivo.

#### ***Observación clínica.***

Esta técnica es utilizada desde el principio hasta el final del proceso psicoterapéutico porque es la que permite identificar cualquier mensaje oculto que el paciente no quiere expresar, se ve rigurosamente el comportamiento del individuo, se analiza hasta el movimiento más insignificante, el tono de voz, la forma en como manda el mensaje y el comportamiento, esto es lo que ayuda al profesional ir más allá de lo que el paciente permite conscientemente.

A través de la observación clínica se pudo vivenciar que la paciente transmitía a través de su mirada, tristeza, sentimientos ambivalentes, y depresión atípica.

#### ***Historia Clínica.***

La Historia clínica permite llevar el registro de sintomatologías del paciente, datos personales, familiares, reconociendo los factores que alteran a la paciente, además de la evolución del mismo, para su respectivo diagnóstico estructural y registrar el proceso de psicoterapia que se llevará a cabo. En la sujeto de estudio, se logró explorar los aspectos de su estado emocional, sus relaciones personales, sociales y familiares, la presencia de un hecho traumático que originan la alteración de su comportamiento y emociones.

## **Test psicológicos aplicados.**

### ***(B.D.I) inventario de depresión de Beck.***

El autor de este inventario es el psiquiatra Aaron Beck, este inventario posee 21 ítems, donde la persona que lo realiza debe seleccionar una de las 4 opciones que se registran en cada ítem; se aplica para identificar los niveles de depresión que tenga el individuo producto de sus pensamientos, la puntuación viene desde 1 en adelante, cada puntuación tiene su nivel de depresión:

Del 1 al 10: es normal el desbalance emocional.

11 al 16: la perturbación acerca del estado de ánimo es leve.

17 al 20: la depresión se hace presente cada cierto tiempo.

21 al 30: la depresión es moderada.

31 al 40: síntomas de depresión muy desarrollados, la depresión es grave.

40 en adelante: todos los síntomas depresivos están presentes, la depresión es extrema.

Por medio de este inventario, se pudo determinar la intensidad de la depresión en la paciente.

### ***Escala de ansiedad de Hamilton.***

Max Hamilton fue un psiquiatra que realizó la escala, esta se la puede aplicar mediante la heteroevaluación, el profesional realizará la observación clínica durante la entrevista psicológica e irá calificando conforme a las características o síntomas que el paciente vaya expresando, tiene 14 ítems, en donde cada uno contiene un listado de síntomas, la calificación es desde ausente a muy grave incapacitante, se lo puntúa del 0 al 4 y se representa de la siguiente forma:

0= ausente                      1=leve,  
2= moderado,                  3=grave,                      4=muy grave incapacitante.

Cuando se obtenga todos los ítems calificados, se procederá con la puntuación de la ansiedad psíquica y somática: se suman ambos y dan la puntuación total de la ansiedad que la

paciente tiene; el rango de puntuación sobre los siguientes: 0 al 17= leve severidad de ansiedad, 18 al 24= ansiedad moderada, 24 al 30= severa ansiedad.

**Breve inventario del duelo.** – El inventor de este test es el Dr. J. Montoya Carrasquilla, el mismo que sirve para identificar las fases del duelo en la que el sujeto está estancado y no ha podido salir de allí. El BID tiene 22 preguntas con puntuaciones de 0 a 4; en donde 0 corresponde a nada, absoluto, o todo lo contrario, el 1 si los síntomas son pocos, 2 si es bastante y 3 si la sintomatología es permanente (mucho).

Las preguntas se dividen para explorar las fases del duelo; del 1 al 5 perteneciente a la primera fase que es la aflicción aguda, del 6 al 11 concierne a la segunda fase que es la conciencia de la pérdida, de la 12 a la 15 describe la fase 3 que es conservación – aislamiento, de la 16 a la 19 corresponde a la fase 4 que es cicatrización y finalmente de la 20 a la 22 perteneciente a la fase 5 que es renovación.

### **Técnicas psicoterapéuticas:**

Se utilizaron las siguientes técnicas:

#### ***La silla vacía.***

Esta técnica de la Terapia Gestalt, fue creada por Frits Perls, quien la elaboró para ayudar al paciente solución a problemas o situaciones no resueltas, a través del diálogo y el contacto emocional, dando la aceptación de hechos traumáticos y el cierre de sucesos de manera imaginaria.

#### ***La carta.***

Se la usa regularmente para organizar pensamientos- emociones, se trata de que la paciente pueda describir a través de la carta sus emociones, pensamientos o ideas que desea comunicar con el fin de expresar todo aquello que mantenía reprimido o que ya no puede decirlo, en especial se utiliza la carta para dirigirse a algún familiar fallecido.

## **Resultados obtenidos.**

El presente estudio de caso hace mención a la paciente L. S., iniciales de su nombre, ya que por confidencialidad no se puede dar nombres reales, tiene 20 años de edad, nacida en la ciudad de Babahoyo, vive en Guayaquil junto a su madre, hermano y padrastro, actualmente se encuentra cursando la Universidad en 4to semestre de la carrera de psicología, su estado civil es soltera, se considera de la religión católica.

A continuación, procedo con la explicación de las 5 entrevistas psicológicas realizadas:

1. La primera entrevista se la realizó el 26 de julio del 2020 a las 10:00 am. Se efectuó la entrevista en el domicilio de la paciente, siguiendo todos los protocolos de bioseguridad pertinentes. Cuando llegué, la paciente se encontraba aparentemente bien, estaba tranquila y muy expresiva, me presenté y procedí a generar el rapport, después proseguí a realizar el encuadre correspondiente, continué con la recolección de la información, el siguiente paso fue el motivo de consulta, hasta luego proceder a la recolección de las demás informaciones de la historia clínica, como su sintomatología actualmente presentada, el tiempo en que han venido evolucionando los síntomas, los antecedentes familiares, su relación y composición familiar, para finalmente hacer la exploración del estado mental.

2. La segunda entrevista, la realicé el 28 de julio del 2020 a las 09:00 horas, nuevamente en el domicilio de la paciente y siguiendo una vez más los protocolos de bioseguridad que rigen en el país -como se lo hizo en todas las sesiones subsecuentes-, en esta sesión se llevó a cabo la aplicación de los test psicométricos correspondientes: Escala de ansiedad de Hamilton, el inventario de depresión de Beck y el breve inventario del duelo, estos sirven para identificar el nivel de ansiedad,

depresión y en qué etapa del duelo se encuentra la paciente, ayudando así en el diagnóstico y planteamiento psicoterapéutico.

3. La tercera entrevista, efectuada el 1 de agosto del 2020, a las 10:30 am, en esta entrevista se procedió con la aplicación de la técnica de la silla vacía, perteneciente a la psicoterapia Gestalt, a través de esta técnica se llevó a cabo la disminución de la sintomatología y ansiedad al despedirse de manera cognitiva con su ser querido, logrando desahogar por medio del llanto, lo cual fue evidente por el alivio emocional que sentía.

4. La cuarta entrevista, se realizó el 3 de agosto del 2020, a las 09:30 am, apliqué nuevamente la silla vacía, la realicé para identificar si el impacto iba a ser el mismo al de la primera vez que apliqué la mencionada técnica, pero la paciente se mostró más tranquila, se logró la aceptación de la pérdida.

5. La quinta y última sesión, se la ejecutó el día 5 de agosto del 2020, a las 08:00 am, se aplicó la técnica de la carta, la misma que es parte de la psicoterapia narrativa, por medio de ella la paciente expresó todo lo que deseaba para que haga el cierre correspondiente y se permita seguir con su vida de forma tranquila. La paciente mostraba otro rostro, su semblante cambió, ella también expresó que se sentía muy bien, el malestar psicológico había desaparecido.

### ***Situaciones detectadas.***

La paciente de 20 años, vivió la muerte de su padre quien falleció hace 15 años en un accidente automovilístico mientras se dirigía a su lugar de trabajo, hecho que causó en la paciente durante su etapa de crecimiento un sentimiento de vacío debido al fuerte apego emocional que tenía con su padre. La paciente hace 5 años atrás ha sentido que la tristeza ha venido en aumento y los sentimientos de vacío han crecido, estos son causados por el agente

estresante que es el duelo de su padre, el mismo que ha generado cambios en su estado emocional y conductual; tristeza, llanto fácil, falta de apetito, dificultad en el sueño con presencia de insomnio, problemas en la adaptación a los cambios, relaciones interpersonales deterioradas, preocupación, problemas en la toma de decisiones.

De la información obtenida se logró establecer el resumen sindrómico en donde presentaba síntomas de depresión y ansiedad:

**Área cognitiva:** Problemas en la toma de decisiones, inestabilidad anticipada

**Área Afectiva:** Depresión atípica, tristeza, llanto fácil, miedo intenso, ansiedad.

**Área del pensamiento:** Pensamientos de desesperanza y revivenciación de los hechos, ideas de preocupaciones intensa por la muerte de su padre.

**Área conductual:** Abulia, astenia.

**Área somática:** sudoración, problemas digestivos, insomnio, falta de apetito.

#### ***Resultados detectados de los test.***

**Breve Inventario de Duelo:** En este test se determinó en que fases del duelo se encuentra la paciente, dando como resultado 9 puntos en la segunda fase que corresponde a “Conciencia de la pérdida” y 7 puntos en la tercera fase “conservación- aislamiento”, determinando a través de ellos un duelo patológico.

**Inventario de Depresión de Beck:** Por medio de este inventario, se pudo determinar la intensidad de la depresión dando como resultado una puntuación de 16 que en escala significa “LEVE PERTURBACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL”

**Escala de Ansiedad de Hamilton:** Por medio de esta escala se determinó la intensidad de la ansiedad, obteniendo como resultado una puntuación total de 18, considerándose en la escala como una Ansiedad moderada.

En el diagnóstico estructural conforme DSM 5 es 309.28 y CIE 10 es F43.23 equivalente al

Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. Con una evolución de 4 meses donde se ha venido intensificando y aumentando la sintomatología.

***Soluciones planteadas.***

Se brindó intervención psicoterapéutica de corte holístico entre la terapia Gestalt y la terapia narrativa, que se efectuaron a partir de la tercera sesión.

A nivel de duelo, se trabajó la silla vacía, técnica del enfoque Gestalt, donde se logró de manera cognitiva hacer que la paciente pueda hablar con su padre y mencione las cosas que ella sentía que debía decirle a fin de dar el respectivo cierre del ciclo del duelo a través de la aceptación y continuar viviendo sin que el dolor siga impidiendo la vivencia satisfactoria y positiva, cuando se reforzó dicha técnica en la siguiente entrevista comprobando la aceptación y la relocalización emocional del ser fallecido en su vida.

Luego se trabajó la carta, donde pudo escribir los sentimientos actuales, los deseos y la nueva vida sin el familiar fallecido, trabajando a través de ellos su proyecto de vida. Con el fin de reestablecer las relaciones sociales en el presente y en el futuro, mismas que fueron dejadas a un lado por la paciente debido a la no superación del duelo.

A continuación, detallo a través de una matriz de esquemas terapéutica la estrategia de trabajo con la paciente.

<b>Categoría (Hallazgos)</b>	<b>Objetivo (Meta Terapéutica)</b>	<b>Actividad</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>
Duelo patológico	Superar la etapa de duelo en la que se quedó.	La técnica consiste en sentar a la paciente frente a	Silla vacía.	2	°1/08/2020 °3/08/2020	Ausencia de síntomas psicológicos como la ansiedad

		una silla vacía, pero que ella idealiza está ahí el ser querido fallecido, y tiene la oportunidad de hablar nuevamente con esa persona y despedirse para realizar ese “cierre” entre ella y su padre para dejarlo ir definitivamente.				y depresión.
Conducta social	Reestablecer las relaciones sociales en el presente y en el futuro.	La técnica de la carta, consiste en la narrativa, la paciente elaboró una carta destinada a su padre fallecido y por medio de ella la	La carta.	1	5/08/2020	Se logró explorar los síntomas actuales, donde hubo una aceptación y deseos por mejorar su vida sin la presencia

		<p>paciente expresó todo lo que deseaba decirle, cosas que a su consideración le hicieron falta decir, esto le sirvió para que haga el cierre correspondiente y se permita seguir con su vida de forma tranquila.</p>				<p>del familiar fallecido, a través de ello se trabajó su proyecto de vida y unos deseos de superación</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Conclusiones

Con este caso realizado se puede concluir que se alcanzó el objetivo planteado el mismo que fue “identificar como el duelo patológico está influyendo en la conducta social de una señorita de 20 años”. El tener que hacer frente a la pérdida de un ser querido jamás será algo fácil según lo muestran los diferentes estudios, cada persona vive su proceso de diferentes manera, pero cuando no logra la respectiva aceptación y superación suceden cosas como las que vivió la sujeto de estudio donde evidentemente el duelo patológico estaba influyendo en la conducta social, mediante las técnicas aplicadas para recolectar información y realizar el respectivo diagnóstico psicológico, la información coincidía y cumplía con los criterios de los manuales de diagnósticos: DSM 5 309.28 y CIE 10 43.23 Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.

El enfoque utilizado en este caso de estudio fue el holístico debido a que se trabajó con dos enfoques psicoterapéuticos: terapia Gestalt y terapia narrativa; La técnica de la silla vacía perteneciente a la terapia de la Gestalt es muy buena para aplicar en caso de duelo, la paciente expresó que al final sintió que soltó algo, que se desprendió de su ser querido, permitiéndole así sentirse mejor, por lo consiguiente la técnica “la carta” de la terapia narrativa, contribuyó para realizar el cierre de la sesión psicoterapéutica.

La paciente al finalizar la terapia se la notó diferente, su semblante facial cambió, ya no expresaba tanto de forma verbal y no verbal el malestar psicológico que le estaba afectando antes de ingresar al tratamiento psicoterapéutico, las técnicas de los enfoques psicoterapéuticos utilizados fueron muy útiles para este caso.

En lo que a mí respecta fue demasiado satisfactorio el haber logrado con mis conocimientos adquiridos a lo largo de esta carrera estudiantil más las distintas teorías de los diferentes autores mencionados en la bibliografía y las técnicas aplicadas que la paciente

retomara el curso de vida en las distintas áreas que a ésta respecta, habiendo superado la patología que ella consideraba insuperable.

Se le recomienda a la paciente realizarse un chequeo psicológico periódicamente cada 4 meses, de esta forma se busca prevenir que el malestar psicológico vuelva a surgir.

## **Bibliografía**

- Vanesa Vedia Domingo. (2016). Duelo patológico Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 14.
- Bayarri, E. Z. (2004). Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 12.
- Beiza, A. (2012). *Las relaciones interpersonales como herramienta esencial para optimizar el clima organizacional en la Escuela Básica Nacional "Creación Chaguaramos II"*. Valencia : Universidad de Carabobo .
- Bericat, E. (2012). Emociones. *sociopedia.isa*, 1.
- Cabodevilla, I. (2012). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 5.
- Cano Murcia, Sandra Rocío; Zea Jiménez, Marcela. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Logos, Ciencia*, 67.
- Carmen Regina Victoria García-Viniegras; Caridad Pérez Cernuda. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6.
- Carmona, Z. E. (2012). La muerte, duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 17.
- Cordero Maldonado García; Domínguez JA; Romero Quechol GM; Flores Padilla ; Trejo Franco . (2019). Dimensiones de la relación interpersonal del profesional de enfermería en una unidad de segundo nivel . *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 5.
- DSM 5. (2014). *Guías de criterios de diagnósticos del DSM 5*. washington, dc: American Psychiatric Association.

- Echeburúa, E. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 31.
- Enrique Echeburúa y Arantxa Herrán Bolx. (2014). *¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?* Vasco: Universidad del País Vasco.
- Gallardo, R. Y., Carmona, M. A., & Novales, M. R. (2010). El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. *Liberabit*, 4.
- Gamo Medina, Emilio y Pazos Pezzi, Pilar. (2013). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 455.
- García, A. L. (2014). Diversidad y género en las relaciones interpersonales. *Educación*, 12.
- García, M. G. (2011). Comunicación y relaciones interpersonales. *Dialnet*, 23.
- Grau, J. A. (2020). *Las emociones en educación infantil: sentir, reconocer y expresar*. Lima: Universidad Internacional de Rioja.
- Lacunza, Ana Betina Icon ; Contini, Evangelina Norma. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Repositorio Institucional CONICET Digital*, 9.
- Lorena Cubero Recio. (2017). *Duelo ante la pérdida de los progenitores: una revisión bibliográfica*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Luisa, N. P. (2014). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 1-27.
- Manuel Nevado y José González. (2018). *Acompañar en el duelo: de la ausencia de significado al significado de la ausencia*. Madrid : Descleé de Brouwer, S.A.
- María Dolores. (20 de febrero de 2017). *Siquia*. Obtenido de Siquia: <https://www.siquia.com/2017/02/duelo-patologico/>

Marqueza Cornejo; María Lourdes Tapia. (2011). Redes sociales y relaciones interpersonales en internet. *fundamentos en humanidades*, 4.

Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kubler - Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 109-130.

Meza Dávalos Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B. (2012). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 28.

Meza Dávalos Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B. (2013). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 28-31.

Nora Molina de Colmenares; Isabel Pérez de Maldonado. (2012). El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. *Paradigma*, 4.

Oviedo Soto, S.J.; Parra Falcón, F.M. y Marquina Volcanes, M. (2012). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 3.

Oviedo Soto, S.J.; Parra Falcón, F.M. y Marquina Volcanes, M. (2012). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 3.

Porta, Vicente Guillem; Retes, Rocío Romero; Ramírez, Elena Oliete. (2015). Manifestaciones del duelo. *Servicio de Oncología Médica.*, 1.

Rafael Alvarado García. (2011). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediat*, 17.

Rodríguez, J. Á. (2015). Las relaciones interpersonales componente esencial en el clima sociopsicológico en el deporte de gimnasia rítmica. *Revista de la Facultad de Cultura Física de Granma*, 5.

Rosa Isabel García Ledesma; Adrián Mellado Cabrera y Lilia Santillán Torres. (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 6.

Vasco, U. d. (2019). Las relaciones impersonales. Generalidades. *Euskal Herriko*, 4.

Vicente Alberola Candel; Lina Adsuara Vicent; Nuria Reina López. (2014). Intervención individual en duelo . *Servicio de Oncología Médica*, 12.

Anexos

**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Remitente: \_\_\_\_\_

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

## **5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**

### **6. HISTORIA PERSONAL**

#### **6.1. ANAMNESIS**

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

---

---

---

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

---

---

---

**6.3. HISTORIA LABORAL** \_\_\_\_\_

---

---

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL** \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD** \_\_\_\_\_

---

---

**6.7. HÁBITOS** (café, alcohol, drogas, entre otros) \_\_\_\_\_

---

---

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO** \_\_\_\_\_

---

---

**6.9. HISTORIA MÉDICA** \_\_\_\_\_

---

---

**6.10. HISTORIA LEGAL** \_\_\_\_\_

---

---

**6.11. PROYECTO DE VIDA** \_\_\_\_\_

---

---

**7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

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

**7.2. ORIENTACIÓN** \_\_\_\_\_

**7.3. ATENCIÓN** \_\_\_\_\_

**7.**

**4. MEMORIA** \_\_\_\_\_

**7.5. INTELIGENCIA** \_\_\_\_\_

**7.6. PENSAMIENTO** \_\_\_\_\_

**7.7. LENGUAJE** \_\_\_\_\_

**7.8. PSICOMOTRICIDAD** \_\_\_\_\_

**7.9. SENSOPERCEPCION** \_\_\_\_\_

**7.10. AFECTIVIDAD** \_\_\_\_\_

**7.11. JUICIO DE REALIDAD** \_\_\_\_\_

**7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD** \_\_\_\_\_

**7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**

**8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

---

---

---

## **9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

**9.1. Factores predisponentes:**

**9.2. Evento precipitante:**

**9.3. Tiempo de evolución:**

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

## **11. PRONÓSTICO**

## **12. RECOMENDACIONES**

## **13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>

Firma del pasante

## (B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

**NOMBRE:** L. S.

**FECHA:** 31 de julio del 2020

*En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cual, de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1. 0 No me siento triste

- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro

- 1 Me siento desanimado con respecto al futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar
- 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar

3. 0 No creo que sea un fracasado

- 1 Creo que e fracasado más que cualquier persona normal
- 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes

- 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

- 5.0 No me siento especialmente culpable
  - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
  - 2 Me siento bastante culpable casi siempre
  - 3 Me siento culpable siempre
  
- 6.0 No creo que este siendo castigado
  - 1 Creo que puedo ser castigado
  - 2 Espero ser castigado
  - 3 Creo que estoy siendo castigado
  
- 7.0 No me siento decepcionado a mi mismo
  - 1 Me he decepcionado a mi mismo
  - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
  - 3 Me odio
  
- 8.0 No creo ser peor que los demás
  - 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
  - 2 Me culpo siempre por mis errores
  - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
  
- 9.0 No pienso matarme
  - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
  - 2 Me gustaría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
  
- 10.0 No lloro mas que de costumbre
  - 1 Ahora lloro mas de lo que solía hacer
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo
  - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
  
- 11.0 Las cosas no me irritan mas que lo de costumbre
  - 1 Las cosas me irritan un poco mas que lo de costumbre
  - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
  - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo

- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
  - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
  - 3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
  - 2 Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes
  - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
  - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
  - 3 Creo que me veo feo
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho mas esfuerzo empezar a hacer algo
  - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
  - 3 No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo también como solía hacerlo
  - 2 Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
  - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
- 17.0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso mas fácilmente que de costumbre
  - 2 Me canso sin hacer casi nada

- 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
  
- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre
  - 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
  - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora
  - 3 Ya no tengo apetito
  
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
  - 1 He rebajado más de 2 kilos y medio
  - 2 He rebajado más de 5 kilos
  - 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
  
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
  - 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos
  - 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa
  - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
  
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
  - 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
  - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
  - 3 He perdido por completo el interés por el sexo

**Total: 16**

**Escala de Depresión de Beck.**

<b>PUNTUACION TOTAL</b>	<b>NIVELES DE DEPRESION.</b>
<b>1-10</b>	ESTOS ALTIBAJOS SON CONSIDERADO NORMALES
<b>11-16</b>	LEVE PERTURBACION DEL ESTADO DE ANIMO
<b>17-20</b>	ESTADOS DE DEPRESION INTERMITENTES
<b>21-30</b>	DEPRESION MODERADA
<b>31-40</b>	DEPRESION GRAVE
<b>Más de 40</b>	DEPRESION EXTREMA

**Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar una ayuda profesional.**

## BREVE INVENTARIO DEL DUELO

Nombre:

Edad:

Relación con el fallecido:

Tipo de muerte:

Fecha del fallecimiento:

Teléfono:

Aflicción anticipatoria (en días, meses o años):

Fecha realización:

Coloque el número correspondiente a lo que usted sienta o piense según la clasificación siguiente: 0=En absoluto, nada o todo lo contrario; 1=Un poco; 2=Bastante; 3=Mucho

- ( ) 1. Me siento confuso/a y aturdido/a
- ( ) 2. Estoy nervioso/a e inquieto/a
- ( ) 3. Me dan crisis de angustia, como en “oleadas”
- ( ) 4. Tengo temblor y las manos frías y sudorosas
- ( ) 5. Tengo pensamientos que no puedo quitarme de la cabeza
- ( ) 6. Siento que estoy al borde de una “crisis nerviosa”
- ( ) 7. Me cuesta mucho “estar bien” ante otros
- ( ) 8. Le busco por todas partes
- ( ) 9. Tengo sentimientos de culpa que me molestan mucho y me agobian
- ( ) 10. Estoy más irritable de lo normal
- ( ) 11. Duermo mal
- ( ) 12. Me siento muy deprimido/a
- ( ) 13. Siento que ya debería haber retomado la actividad normal
- ( ) 14. Necesito dormir más
- ( ) 15. Creo que no estoy haciendo lo necesario o correcto para recuperarme
- ( ) 16. Necesito cambiar mi actitud actual
- ( ) 17. Quiero hacer otras cosas además de las que ya hago
- ( ) 18. Duermo normal, como antes
- ( ) 19. Me cuesta mucho tomar decisiones para mi futuro
- ( ) 20. Ya me he recuperado
- ( ) 21. Ahora soy más sensible y compasivo con otros
- ( ) 22. Mi vida es ahora otra vez agradable

(\*) Nota: Esta escala es un diseño personal del autor; no ha sido validada ni homologada. Su aplicación es útil para evaluar la fase predominante del duelo en la que la persona se encuentra en el momento de la evaluación, así como para el seguimiento del proceso del duelo hasta su resolución. Las preguntas 1 a 5 corresponden a la primera fase del duelo; las preguntas 6 a 11 a la segunda fase; las preguntas 12 a 15 a la tercera fase; las preguntas 16 a 19 a la cuarta fase y las preguntas 20 a 22 a la quinta fase del duelo; la puntuación mayor obtenida orienta sobre la fase del duelo respectiva predominante. Para una explicación de las fases ver <http://homestead.com/montedeoya/fases.html>).

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave/ Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	