



Maestría en Psicología Clínica

**Estudio de Caso: Terapia de apoyo en proceso de duelo en pacientes atendidos en la
clínica psicológica Villeda, Ocotepeque.**

Autora: Stephany Alejandra Villeda Valle

Asesora: Máster en Psicología Angie Mendoza

San Pedro Sula, Cortes, Honduras, octubre 2025



AUTORIDADES

Rectora

Doctora María Antonia Fernández de Suazo

Vicerrector Académico

Máster Rosel Faustino Cerrato Juárez

Vicerrector administrativo

Máster Roldan Suazo Nuila

Secretario general

Máster Mirian Suyapa Varela Lagos

Directora de Posgrado

Máster Wilma Julissa Ramírez Guevara

COMPROMISO DE AUTOR

Yo, Stephany Alejandra Villeda Valle, declaro que:

El contenido del presente documento es un reflejo de mi trabajo personal y manifiesto que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, soy responsable directo legal, económico y administrativo sin afectar a los asesores del trabajo, a la Universidad y a cuantas instituciones hayan colaborado en dicho trabajo, asumiendo las consecuencias derivadas de tales prácticas.

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stephany Villeda', is centered within a light gray rectangular box.

No. Registro Académico 220310083

AGRADECIMIENTO

A DIOS: por darme fuerza, fe, fortaleza, la salud, paciencia y la esperanza para terminar mis estudios y hacer realidad este triunfo.

A mi apreciada Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio.

A mi esposo, Edas Rosa, por ser una motivación más en mi vida, por su apoyo, comprensión y cariño, por tenerme paciencia, por ser parte de la conclusión de este camino.

A mis padres, Doris Valle y Leonides Villeda y hermano, por quererme y cuidar de mí. Por creer en mí y secar mis malos ratos, por ser una motivación en mi vida, por formarme, apoyarme y guiarme en el camino.

A mi asesora de Tesis Ms. Angie Mendoza por su paciencia, consejos y conocimiento compartido hacia mí y mis compañeros.

RESUMEN.....	11
PALABRAS CLAVES:	11
ABSTRACT.....	12
KEYWORDS:	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL CASO Y EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1 Planteamiento del Caso	15
1.2 Antecedente Histórico y Contextual de la Situación Problemática.....	15
1.3 Descripción del Caso y el Ambiente Físico o Contexto.....	16
1.4 Definición del Problema de Investigación.....	16
1.5 Objetivos	17
1.5.1 Objetivo General	18
1.5.2 Objetivos Específicos.....	18
1.6 Pregunta de Investigación	18
1.7 Justificación.....	19
1.8 Viabilidad del estudio	19
1.9 Consecuencias Éticas	20
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Estado del Arte.....	21
2.2 Marco Conceptual.....	22
2.2.1 Descripción de las Dimensiones Emocionales y Psicológicas del Duelo	24
2.2.2 Síntomas	25
2.2.3 Los Signos y Síntomas de un Duelo Complicado	25
2.2.4 Causas.....	26
2.2.5 Factores de Riesgo	26
2.3 Marco Contextual.....	27

2.4 Marco Teórico	27
2.4.1 Teorías sobre la Naturaleza y Etapas del Duelo.....	27
2.4.2 Fases o Etapas del Duelo.....	29
2.4.3 Impacto Emocional del Duelo.....	31
2.4.4 Tipos de duelo	32
2.4.5 Duelo en adolescentes	34
2.4.6 Mitos y Realidades del Duelo	35
2.4.8 Terapia de Apoyo en el Contexto del Duelo	38
2.4.9 Definición y Características de la Terapia de Apoyo	38
2.4.9.1 Características.....	38
2.4.9.2 Aplicaciones.	39
2.4.10 Diferenciación de las Modalidades de Tratamiento Basadas en el Psicoanálisis, la Psicoterapia Psicoanalítica y la Psicoterapia de Apoyo	39
2.4.10.1 La Psicoterapia Psicoanalítica.	43
2.4.10.2 La Psicoterapia de Apoyo.....	45
2.5 Modelos Teóricos en Terapia de Duelo.....	46
2.5.1 Terapias Dinámicas.....	46
2.5.2 Terapia Interpersonal (TIP).....	48
2.5.3 Terapias Cognitivo-Conductuales	50
2.5.4 Las Terapias Humanistas	53
2.5.5 Terapia de Apoyo en el Duelo.....	55
2.6 Intervención y Apoyo a las Personas en Duelo.....	56
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	60
3.1 Enfoque de la Investigación	60
3.2. Diseño del Caso	60
3.3 Determinación de las categorías de análisis.....	61
3.3.1 Manifestaciones emocionales del duelo.....	61
3.3.2 Estrategias de afrontamiento	61
3.3.3 Percepción sobre la terapia de apoyo	62
3.4 Conceptualización de categorías.....	62
3.4.1 Manifestaciones emocionales del duelo.....	63
3.5 Población y muestra.....	64
3.5.1 Población.....	64
3.5.2 Muestra.....	64
3.5.3 Unidad de análisis	65
3.5.3.1 Primer Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Madre....	65

3.5.3.2 Segundo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Hermano.	65
3.5.3.3 Tercer Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Abuelo. ..	65
3.5.3.4 Cuarto Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Abuela. ..	65
3.5.3.5 Quinto Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Pareja. ...	66
3.5.3.6 Sexto Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Padre.	66
3.5.3.7 Séptimo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Esposo.	67
3.5.3.8 Octavo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Tía.	67
3.5.3.9 Noveno Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Padre. ..	67
3.5.3.10 Decimo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Hijo. ..	67
3.6 Técnicas e Instrumentos para la Recolección de la Información	68
3.6.1 Tipos de Instrumentos	68
3.7 Proceso de validación de los instrumentos	70
3.8 Descriptores de Estudio	71
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	72
4.1 Estudio de los casos	72
Primer caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su madre	75
Segundo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su hermano	75
Tercer caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuelo	76
Cuarto caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuela	76
Quinto caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su pareja	77
Sexto caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre	78
Octavo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su tía	80
Noveno caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre	80
Décimo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su hijo	81
4.2 Conclusiones	81
4.3 Recomendaciones	82
CAPITULO 5: APLICABILIDAD	84

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	101

Índice de Tablas

Tabla 1.	Primer caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su madre	84
Tabla 2.	Segundo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su herman.....	85
Tabla 3.	Tercer caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuelo.....	86
Tabla 4.	Cuarto caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuela.....	87
Tabla 5.	Quinto caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su pareja	88
Tabla 6.	Sexto caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre	89
Tabla 7	Séptimo caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su esposo.....	90
Tabla 8	Octavo caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su tía	91
Tabla 9.	Noveno caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre	92
Tabla 10.	Décimo caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su hijo	93

Índice de Anexos

Anexo 1. Gráfico Comparativo de Depresión	101
Anexo 2. Consentimiento	103
Anexo 3. Retest.....	112
Anexo 4. Documentos de Karla, caso 2.....	114
Anexo 5. Documentos de Lesly, Tercer caso	121
Anexo 6. Retest.....	125
Anexo 7. Documentos de cuarto caso Allison.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 8. Evidencias del Sexto caso Flor	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 9. Evidencias del Octavo caso Evelin	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

El duelo surge a partir de cualquier tipo de pérdida, especialmente cuando esta es significativa. La presente tesis, titulada “Sanando Corazones”, documenta el proceso de duelo en 10 pacientes, utilizando un enfoque cualitativo y un alcance descriptivo, lo que permite explorar y detallar las vivencias emocionales de los participantes. Se emplearon diversas técnicas terapéuticas con el objetivo de identificar los tipos de duelo, evaluar la presencia de depresión en los pacientes, proporcionar un espacio seguro para la expresión emocional y guiar el proceso de adaptación. Se observa que la personalización de estrategias y la validación emocional favorecen un afrontamiento saludable, promoviendo el bienestar de los pacientes en duelo.

Palabras claves: Duelo, Pérdida, Terapia.

ABSTRACT

Grief arises from any type of loss, especially when the loss is significant. This thesis, titled "*Healing Hearts*", documents the grieving process in 10 patients using a **qualitative approach** and a **descriptive scope**, which allows for an in-depth exploration and detailed understanding of each participant's emotional experiences. Various therapeutic techniques were employed with the objective of identifying types of grief, assessing the presence of depression in the patients, providing a safe space for emotional expression, and guiding the adaptation process. It was observed that the personalization of strategies and emotional validation support healthy coping, promoting the well-being of grieving patients.

Keywords: Grief, Loss, Therapy.

INTRODUCCIÓN

Para el autor Navar (2007), considerar la muerte de una persona querida como un tipo de pérdida, más que verla como algo único y totalmente diferente, nos va a permitir integrarla en un modelo más amplio de las reacciones humanas. Podemos, pues, considerar que el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida, y no sólo es aplicable a la muerte de una persona. “Por lo tanto, el proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa, siempre que se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde” (p. 164).

Es por lo que en el presente documento se muestra el trabajo realizado acerca de terapia de apoyo en procesos de duelo, para la cual se atendió a 10 casos que estaban pasando por un proceso de duelo, donde se aplicó diferentes tipos de apoyo psicológico en cuanto a sus terapias.

En el capítulo uno se presenta el tema de estudio, su relevancia y los antecedentes generales sobre el duelo. Se contextualiza la problemática y se expone la estructura de la investigación. En el capítulo 2 se describe el caso de estudio y el contexto en el que se desarrolla. Además, se define el problema de investigación, los objetivos generales y específicos, la pregunta de investigación, la justificación, la viabilidad del estudio y sus implicaciones éticas.

Luego en el capítulo 3 del Marco Teórico, se exploran conceptos clave sobre el duelo, incluyendo sus síntomas, factores de riesgo y teorías sobre sus etapas. También se analizan diferentes enfoques terapéuticos aplicados en el tratamiento del duelo, con énfasis en la terapia de apoyo. Después en el capítulo 4 Método, se detalla el enfoque cualitativo de la investigación, el diseño del estudio y su alcance. Se presentan los casos analizados, las técnicas de recolección de información y los recursos empleados para llevar a cabo la investigación.

Para ir finalizando el capítulo 5 de los Resultados, presentan los hallazgos obtenidos en el análisis de los casos, mostrando cómo los pacientes procesan su duelo y la efectividad de las intervenciones terapéuticas aplicadas y el capítulo 6 de Discusión se interpretan los resultados en función del marco teórico, comparando los hallazgos con investigaciones previas y evaluando la efectividad de las técnicas terapéuticas empleadas.

Para terminar las conclusiones donde sintetizan los principales hallazgos de la investigación, destacando la importancia de la intervención terapéutica en el duelo y sus beneficios en el bienestar emocional de los pacientes, y las recomendaciones donde se sugieren estrategias para mejorar la atención terapéutica en casos de duelo, así como futuras líneas de investigación sobre el tema.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL CASO Y EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Caso

Terapia de apoyo en el duelo. ¿Cómo afecta el duelo no resuelto en la salud mental (síntomas de ansiedad, depresión u otras dificultades emocionales) en los pacientes que han sufrido la pérdida de un ser querido?

1.2 Antecedente Histórico y Contextual de la Situación Problemática

Según el autor Gomendio (2019) mencionó que:

El duelo es la respuesta universal a un sentimiento de pérdida (Pacheco, 2003), es una respuesta natural y emocional de sufrimiento y aflicción provocada por la ruptura de un vínculo afectivo (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez, 2008). Los sentimientos que se generan ante la pérdida suponen una situación de riesgo desde un punto de vista psicológico, llegando a afectar a todas las dimensiones de la persona cuando la ruptura que se produce es definitiva, como lo es en el caso de la muerte (Cabodevilla, 2007 como se citó en (Gomendio , 2019, p. 3)

En el sitio Web Parque del Recuerdo (2024) mencionaron que el hecho de “Estar acompañado en el proceso de duelo por un profesional de la psicología especializado en este campo, supondrá un apoyo muy importante para lograr sobrellevar el fallecimiento de un ser querido”.

El objetivo de la terapia de duelo es que el paciente pueda recuperar el equilibrio emocional mediante la ayuda psicológica, que se centra en guiar a la persona que sufre la pérdida para que gestione los pensamientos y las emociones de manera saludable.

Uno de los aspectos más importantes de esta terapia es que el paciente encuentre el acompañamiento necesario en un momento sumamente delicado, y la orientación que permitirá aceptar y comprender el duelo.

1.3 Descripción del Caso y el Ambiente Físico o Contexto

El duelo es un proceso emocional y psicológico normal que surge en respuesta a una pérdida significativa de un ser querido, ya sea por muerte, separación o cualquier otra forma de pérdida profunda. El objetivo de la terapia de duelo es crear un espacio terapéutico donde las personas afectadas puedan explorar y procesar sus sentimientos, pensamientos y experiencias relacionados con el duelo.

Los antecedentes en el ambiente de la atención de duelo en la terapia son importantes ya que implica comprender la complejidad de las reacciones emocionales que pueden surgir durante el proceso de duelo. En el espacio de apoyo, comprensión y empatía proporcionado por la terapia, los individuos pueden comunicar de manera abierta sus sentimientos de tristeza, ira, confusión y otros elementos del duelo sin temor alguno.

1.4 Definición del Problema de Investigación

En este caso, se explora la efectividad de la terapia de apoyo en personas que atraviesan un proceso de duelo, con el objetivo de comprender cómo esta intervención promueve la adaptación emocional y el fortalecimiento de las redes de apoyo, facilitando un proceso de duelo más

saludable. El duelo es una respuesta emocional natural ante una pérdida significativa, como la muerte de un ser querido. Puede manifestarse a nivel emocional, cognitivo, conductual y físico, y su duración e intensidad varían según cada individuo. Si bien es un proceso esperable, en algunos casos el duelo puede complicarse y derivar en trastornos como la depresión o la ansiedad.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda, pérdida de interés o placer en las actividades diarias, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, y dificultades para concentrarse. Cuando estos síntomas se mantienen en el tiempo, pueden interferir significativamente en el funcionamiento personal y social del individuo. La ansiedad, por su parte, es una respuesta emocional ante una amenaza percibida. Aunque en niveles moderados es una reacción adaptativa, en exceso puede convertirse en un trastorno. La ansiedad se manifiesta a través de síntomas como inquietud, preocupación constante, tensión muscular, dificultad para concentrarse y alteraciones fisiológicas como taquicardia o sudoración.

La terapia de apoyo se enfoca en brindar contención emocional, facilitar la expresión de sentimientos, promover la comprensión del proceso de duelo y reforzar las redes sociales y familiares, lo cual favorece una adaptación emocional más saludable y previene el desarrollo de trastornos psicológicos asociados a la pérdida

1.5 Objetivos

A continuación, se presenta el objetivo general; siendo este una explicación genérica de lo que se desea lograr con la realización del estudio de caso seguido, de los objetivos específicos que detallan más a fondo aspectos concretos en cuanto a los resultados finales del estudio.

1.5.1 Objetivo General

- Identificar las posibles complicaciones que pueden surgir durante el proceso de duelo, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión, con el fin de brindar un apoyo psicológico integral y oportuno a los pacientes.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar los diferentes tipos de duelo y sus características.
- Evaluar los síntomas emocionales y conductuales presentes en los pacientes en duelo, para detectar signos de duelo complicado, ansiedad o depresión.
- Analizar los factores personales, familiares y sociales que puedan influir en la aparición de complicaciones durante el proceso de duelo.
- Diseñar estrategias de intervención psicológica que aborden de manera específica las necesidades emocionales de los pacientes con duelo complicado, ansiedad o depresión.

1.6 Pregunta de Investigación

- ¿Cómo se pueden identificar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de estrés postraumático o depresión, en los pacientes?
- ¿Cuáles son los diferentes tipos de duelo y sus características?
- ¿Cuáles son los síntomas emocionales y conductuales que presentan los pacientes en duelo y cómo se pueden identificar signos de duelo complicado, ansiedad o depresión?
- ¿Qué factores personales, familiares y sociales influyen en la aparición de complicaciones durante el proceso de duelo?

- ¿Qué estrategias de intervención psicológica pueden diseñarse para responder de manera efectiva a las necesidades emocionales de los pacientes con duelo complicado, ansiedad o depresión?

1.7 Justificación

Existen diversas razones que respaldan la importancia de esta investigación, como por ejemplo la Relevancia Social y Humanitaria: El duelo es una experiencia humana fundamental que todos enfrentamos en algún momento de nuestras vidas. A pesar de su omnipresencia, existen aún lagunas en nuestra comprensión de sus complejidades y la diversidad de respuestas emocionales que puede generar.

El Impacto en la Salud Mental y Emocional: El proceso de duelo puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de los individuos afectados. Comprender los mecanismos subyacentes y las posibles intervenciones para facilitar un duelo saludable es crucial para promover el bienestar y prevenir complicaciones psicológicas a largo plazo.

Desarrollo de Estrategias de Intervención: Una investigación exhaustiva sobre el duelo proporcionará una base sólida para el desarrollo de estrategias de intervención efectivas. Esto incluye el diseño de programas de apoyo, terapias especializadas y recursos de afrontamiento que puedan mejorar la calidad de vida de las personas en duelo.

1.8 Viabilidad del estudio

Esta investigación es viable porque se cuenta con los recursos y acceso al campo del estudio.

Contribución al Conocimiento Científico: Esta investigación tiene el potencial de enriquecer el campo de la psicología y la salud mental al proporcionar nuevas perspectivas y

datos empíricos sobre el proceso de duelo. Esto puede dar lugar a avances teóricos y prácticos que beneficien a profesionales de la salud mental y a la comunidad en general.

Por lo tanto, considero que esta investigación es esencial para llenar un vacío en la comprensión actual del duelo y su impacto en la salud emocional y psicológica. Además, se alinea con la misión de esta institución de promover el avance del conocimiento y contribuir al bienestar de la sociedad.

1.9 Consecuencias Éticas

La investigación debe garantizar el respeto por la dignidad humana, asegurando la voluntariedad, el consentimiento informado y la confidencialidad de los participantes.

El manejo ético de la información incluye garantizar que los datos solo se utilicen con los fines establecidos y sean protegidos contra accesos no autorizados.

La divulgación indebida de datos personales puede vulnerar la privacidad y los derechos de los participantes.

La falta de rigor ético, como la manipulación de datos, el plagio o conclusiones sesgadas, afecta la confianza en la investigación y puede desacreditar la comunidad académica.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del Arte

Perder a un ser querido es una de las experiencias más angustiosas y, desafortunadamente, frecuentes que enfrentan las personas. La mayoría de las personas que padecen una aflicción y un duelo normal atraviesan un período de dolor, aturdimiento, e incluso culpa e ira. Gradualmente estos sentimientos se alivian, y es posible aceptar la pérdida y seguir adelante.

Por tal razón, los autores Julian y Hernández (2022) mencionaron que:

El duelo es un proceso normal ante la pérdida de una persona significativa. Debido a diversos factores los síntomas implicados en el proceso pueden intensificarse y perdurar de tal manera que interfieren significativamente en la vida de los dolientes, generando así un duelo complicado. (p. 1)

Se suele asociar el duelo a las pérdidas relacionadas con la muerte de un ser querido. Sin embargo, a lo largo de la vida, los seres humanos hacemos duelo por distintas situaciones no necesariamente relacionadas con la muerte, sino con todo aquello que se experimenta como pérdida: rupturas de pareja, amputaciones, pérdidas laborales, entre otras (Worden, 1997, como se citó en Páez, 2017, p. 3). En palabras de Zazo (2009), “no todas las pérdidas son igual de significativas ni interfieren de la misma manera en nuestra vida cotidiana, pero toda pérdida, con valor real o simbólico, conlleva un proceso de duelo, consciente o no, para quien lo sufre”. (Zazo, 2009, como se citó en Páez, 2017. (p. 3).

“La familia es el marco natural donde cursa este proceso, por lo que su evaluación y participación en la intervención cobra una especial significación” (García et al., 2013, p. 121).

2.2 Marco Conceptual

El autor Navar (2007) planteó que:

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. El duelo, del latín dolus (dolor) es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. (p. 165)

También, el autor Rodríguez M. (2019) mencionó que:

Si las cosas no son eternas, quizás lo sea la relación entre ellas. La pérdida, entendida como un daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que se establece un vínculo emocional significativo (Harvey y Weber, 1998), implica reacciones importantes en todas las esferas del ser humano. Son numerosos los autores que han tratado de definir el duelo desde que Freud introdujera el concepto en el léxico psicológico.

Por otro lado, según el autor Navar (2007):

- Duelo para la Real Academia de Lengua tiene varios significados: Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
- Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
- Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales.
- Hay otro sentido de duelo, al menos en castellano, que hace referencia a desafío, combate entre dos, que algunos autores han querido relacionarlo con la

elaboración del duelo y el desafío que supone la organización de la personalidad del deudo.

El experto e investigador J. Bowlby define el duelo como “todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado”. En efecto, el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo. (pp. 164,165)

Por otro lado, podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Así es que no se trata de ningún suceso patológico. Incluso hay quien sostiene que el duelo por la pérdida de un ser querido es un indicador de amor hacia la persona fallecida. No hay amor sin duelo por la pérdida. La forma en que comprendemos el proceso de duelo está relacionada con la forma en que manejamos la muerte en el medio cultural en el que nos movemos y ha ido evolucionando según las distintas épocas por las que ha atravesado la humanidad.

En efecto, nunca hay que olvidar que las manifestaciones de duelo no son universales, generalizables, sino que vienen mediadas por la cultura en las que sucede. De las manifestaciones externas del duelo, señala Tizón, no puede deducirse la intensidad del dolor privado. Veamos las vivencias más comunes en nuestro medio.

“El duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio y una cuarta parte de los viudos o viudas padecen depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida” (López & Calderón , 2022, p. 2).

2.2.1 Descripción de las Dimensiones Emocionales y Psicológicas del Duelo

- **Dimensión física.** Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecer a la persona en duelo. Sequedad de boca, dolor o sensación de “vacío” en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso, mareos. Algunas investigaciones han demostrado que las situaciones de estrés están íntimamente relacionadas con la inmunodepresión y, por tanto, el organismo humano es más vulnerable a enfermar. Y obviamente la muerte de un ser querido es una de las experiencias más estresantes.
- **Dimensión emocional.** Aquí señalamos los sentimientos que el deudo percibe en su interior. Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza. Voy a profundizar un poco más en alguno de estos sentimientos. Así, respecto a la tristeza, destacaremos que, si antes de morir la relación con el ser querido se ha sanado y se ha podido expresar el afecto, el manejo de la tristeza será menos complejo. Si no se ha podido expresar, todavía estamos a tiempo de aliviar la pena mediante técnicas de visualización etc.
- **Dimensión cognitiva.** Se refiere a lo mental. Dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, generalmente relacionadas con el difunto, sensaciones de presencia, olvidos frecuentes.

- **Dimensión conductual.** Se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. Aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, aumento del consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas.
- **Dimensión social.** Resentimiento hacia los demás, aislamiento social.
- **Dimensión espiritual.** Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida.

2.2.2 Síntomas

Según Mayo Clinic (2025):

Durante los primeros meses después de una pérdida, muchos signos y síntomas del duelo normal son los mismos que los del duelo complicado. Sin embargo, mientras que los síntomas del duelo normal comienzan a desaparecer gradualmente, aquellos síntomas del duelo complicado persisten o empeoran. El duelo complicado es como estar en un estado de aflicción constante e intensificada que no te permite recuperarte.

2.2.3 Los Signos y Síntomas de un Duelo Complicado

Los signos y síntomas varían según la persona y la etapa del duelo, pero suelen incluir:

- Tristeza profunda, dolor y pensamientos constantes acerca de la pérdida del ser querido.
- Falta de concentración en cuestiones que no sean la muerte del ser querido.
- Atención extrema a los recuerdos del ser amado o la anulación excesiva de los recuerdos.
- Deseo o añoranza intensos y persistentes por el difunto.
- Problemas para aceptar la muerte.
- Entumecimiento o distanciamiento.

- Resentimiento por la pérdida.
- Sentimiento de que la vida no tiene sentido ni propósito.
- Falta de confianza en otros.
- Incapacidad para disfrutar la vida o para recordar las experiencias positivas vividas junto con tu ser querido.

También se puede diagnosticar duelo complicado si continúa presentando lo que se indica a continuación:

- Tienes problemas para llevar a cabo las actividades cotidianas.
- Te aíslas de los demás y te apartas de las actividades sociales.
- Tienes depresión, tristeza profunda, sentimientos de culpa o autorreproches.
- Crees que hiciste algo mal o que podrías haber evitado la muerte.
- Sientes que no vale la pena vivir sin la persona querida.
- Deseas haber muerto junto con tu ser querido.

2.2.4 Causas

Se desconoce la causa del duelo complicado. Al igual que sucede con muchos trastornos de salud mental, puede estar relacionado con tu entorno, tu personalidad, tus rasgos hereditarios y con la composición química natural del organismo.

2.2.5 Factores de Riesgo

El duelo complicado ocurre, con mayor frecuencia, en las mujeres y en las personas mayores. Los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer duelo complicado son:

Una muerte inesperada o violenta, tal como una causada por un accidente automovilístico, o el asesinato o suicidio de un ser querido

- La muerte de un niño.
- Una relación cercana o de dependencia con la persona fallecida.
- Aislamiento social, o falta de un sistema de apoyo o amistades.
- Antecedentes de depresión, ansiedad por separación o trastorno de estrés postraumático.
- Experiencias traumáticas durante la infancia, tales como maltrato o descuido.
- Otros factores importantes de la vida que causan estrés, como dificultades económicas importantes.

2.3 Marco Contextual

El presente estudio de caso se desarrolla en el contexto hondureño, donde los procesos de duelo se encuentran profundamente influenciados por factores culturales, familiares, religiosos y socioeconómicos. En la sociedad hondureña, la muerte suele asumirse desde una perspectiva espiritual y comunitaria, donde la fe desempeña un papel central en la búsqueda de consuelo. Sin embargo, el limitado acceso a servicios de salud mental y la persistencia del estigma asociado a la expresión emocional dificultan que muchas personas reciban acompañamiento psicológico adecuado durante el proceso de duelo.

2.4 Marco Teórico

2.4.1 Teorías sobre la Naturaleza y Etapas del Duelo

Para Navar (2007):

Han sido muchos los pensadores que han intentado explicar el fenómeno del duelo. Ya los trabajos de Freud en su obra “Duelo y melancolía “(1917) define los objetivos de la elaboración del duelo en:

- La retirada de la libido invertida en el objeto.

- Su sana reinversión en otro objeto.

En definitiva, Freud creó un modelo de duelo muy directamente inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los “objetos”, son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo, es decir, cuando se pierde afectivamente algo o a alguien significativo, se pierde una parte del yo, del mundo interno, de la estructura personal.

Dentro de los modelos psicoanalíticos, Melaine Klein insistió en que cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio. El duelo, para Melaine Klein, supone alteraciones más profundas de nuestra relación con nuestros recuerdos, con nuestras representaciones mentales conscientes e inconscientes que nos vinculan con la madre, el padre, la familia original.

Otro modelo es el de la teoría del vínculo de Bowlby. Esta teoría describe el desarrollo psicoemocional sano en el ser humano. La persona desarrolla de forma instintiva vínculos (apegos). El mantenimiento de un vínculo se experimenta como fuente de seguridad y dicha. La meta de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo. Cuando tales vínculos se ven amenazados o rotos, se suscitan intensas reacciones emocionales.

Parkes ha sido otro estudioso del tema con su teoría de constructos personales, sugiriendo que la experiencia de duelo da lugar a grandes cambios en el espacio vital del individuo. La persona establece vínculos afectivos con los elementos de su espacio vital y los vivencia como propios. En el duelo, el individuo debe renunciar a los constructos acerca del mundo que incluía al fallecido y a él mismo con relación al fallecido y, por lo tanto, ha de desarrollar un nuevo esquema de constructor acerca del mundo acorde a sus nuevas circunstancias vitales.

Tradicionalmente se ha entendido el duelo como un proceso que sigue unas fases, que van desde el inicio a la resolución del mismo. Diversos autores (Bolwy, Parkes, Engel; Sanders) han definido distintas fases o etapas que con algunos matices se pueden apreciar elementos comunes. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas, de tal manera que no reproduce un corte claro entre una y otra fase, y existen fluctuaciones entre ellas. (pp. 166,167)

2.4.2 Fases o Etapas del Duelo

Para la Psicóloga Díaz (2025):

El duelo se trata de una herida y, por tanto, requiere de un tiempo para su cicatrización. En general se habla de que en el proceso de duelo se distinguen varias fases, escalones que hay que superar, aunque ello no significa que en todos los casos aparezcan todos.

- **Negación:** “No puede ser verdad”, “cómo ha podido ser”, “no es justo” Son frases que todos reconocemos haber utilizado alguna vez. La incredulidad es la primera reacción ante un golpe de la vida. La negación es un escalón inevitable que hay que atravesar y del que finalmente hay que salir para digerir la pérdida. Negar es una manera de decirle a la realidad que espere, que todavía no estamos preparados. El impacto de la noticia es tan fuerte que dejamos de escuchar, de entender, de pensar. Puede suceder que en un primer momento el bloqueo sea tan grande que no podamos ni sentir. La negación tiene el sentido de darnos una tregua. Hay quien niega la pérdida, pero también hay quien aceptando precipitadamente la crudeza de la realidad lo que en realidad trata es de negar el dolor.
- **Enfado:** Lo primero que debemos de hacer con la rabia es reconocerla y aceptarla para poder sacarla fuera. La rabia tiene una razón de ser. Es pedir ayuda, nos impulsa a tomar

otros caminos, cuando estamos en el fondo del agujero nos hace tomar impulso para salir a flote. Es un arma para la supervivencia. Toda la rabia que se queda dentro, que intentemos negar o esconder nos acabará machacando.

- **Negociación:** Es el momento en que fantaseamos con la idea de revertir la situación, se puede llegar a pactar con quien haga falta hasta incluso con Dios prometiendo lo que sea necesario. Se buscan formas de hacer que lo inevitable no sea posible. Pero esta etapa es breve porque estar pensando todo el día en soluciones es realmente agotador (Díaz B. , 2025).
- **Miedo o depresión:** La persona siente tristeza, incertidumbre ante el futuro, vacío y un profundo dolor. La persona se siente agotada y cualquier tarea se vuelve complicada. “La vida es una mierda”, “no seré feliz nunca”, “no encontraré a nadie igual” o “ya no volverá” es lo que suele repetirse cuando la persona se está enfrentando a su dolor. Pero a pesar de que pueda pensar que esto no acabará nunca y que va a durar para siempre, la realidad es que solo desde este punto podrá volver a reconstruirse.
- **Aceptación:** Es el último paso del duelo. Nunca es fácil aceptar que lo que se perdió se perdió y no hay vuelta atrás. Tenemos la alternativa de no aceptar, pero una vez llegados aquí nos damos cuenta de que si no lo hacemos el precio a pagar es muy alto. Llegar a este punto requiere de un gran trabajo. Se trata de aceptar que las piedras que vamos encontrando en la vida también forman parte del camino. Sentirse “uno más” es una manera de devolver el duelo a su lugar y trabajarlo como un aspecto más de la vida, de ese proceso en que reconocemos que también la pérdida forma parte de la vida, de la misma forma que perdemos juventud, relaciones, lugares, seres queridos.

2.4.3 Impacto Emocional del Duelo

Para las autoras Robert y Garrido (2024):

El duelo complicado puede afectarte física, mental y socialmente. Sin el tratamiento adecuado, las complicaciones pueden comprender:

- Depresión.
- Pensamientos y conductas suicidas.
- Ansiedad, comprende el trastorno de estrés postraumático.
- Alteraciones significativas del sueño.
- Mayor riesgo de contraer enfermedades físicas como enfermedades cardíacas, cáncer o presión arterial alta.
- Dificultad para sobrellevar tareas cotidianas, mantener relaciones y realizar actividades laborales en el largo plazo.
- Consumo de alcohol y nicotina o abuso de sustancias.

Existen 3 factores genéricos que pueden alterar el proceso de duelo de una persona.

- Factores situacionales: puede ser una muerte inesperada, una muerte con aspecto violento, o se puede tratar de un suicidio.
- Factores personales: edad, género, personalidad, antecedentes físico-patológicos, pérdida de figuras parentales, reacciones emocionales muy intensas.
- Factores interpersonales: vínculo de dependencia del doliente hacia el fallecido, percepción de escaso apoyo emocional, o relación ambivalente entre ambos y ausencia.

2.4.4 Tipos de duelo

Es tan importante entender qué es el duelo como saber las diferentes formas de las que se puede presentar. A continuación, se presentan los más frecuentes que surgen a la hora de superar una pérdida según lo expuso la autora Aranda (2019):

- **Duelo anticipado:** Se produce antes de la muerte y se da en el caso de largas enfermedades. Cuando la muerte llega, al fin, la persona puede sentirse aliviada. Suele ser un duelo largo y es aconsejable contar con ayuda psicológica para poder expresar el dolor y las emociones que van surgiendo en nosotros de forma adecuada. A menudo, estamos tan centrados en el enfermo que nos olvidamos de nuestro dolor y nuestro duelo.
- **Duelo sin resolver:** Si no conseguimos entender cómo superar la muerte de un ser querido y no trabajamos el duelo puede ser que éste se quede estancado en alguna de las fases y no se llegue a la aceptación. Se habla de duelo sin resolver cuando la persona lleva estancada en el proceso entre un año y medio y dos años. Si sentimos que no somos capaces de superar la tristeza o el enfado solos, lo más aconsejable es hablar de nuestras emociones con una persona cercana o un psicólogo y no guardarnos los sentimientos. Comunicarnos y decir cómo nos sentimos evitará que el duelo se convierta en crónico (Aranda, 2019).
- **Duelo crónico:** Cuando el duelo se apodera de nuestra vida y está presente en todo lo que hacemos, se le denomina duelo patológico o crónico. No somos capaces de olvidar y la muerte y el dolor siempre están ahí, siempre están en nuestro pensamiento. Es muy importante que identifiquemos el problema, que aceptemos que llevamos demasiado tiempo así y busquemos ayuda profesional.

- **Duelo ausente:** Como su nombre indica, es un duelo que parece que no se ha dado. La persona queda bloqueada en la primera fase del duelo, la negación, y no avanza.
Debemos, poco a poco, aceptar la nueva realidad, aunque duela. Tenemos que apoyarnos siempre en nuestros seres queridos y aceptar su ayuda para asumir la realidad. Si ves que llevas mucho tiempo negando la muerte de un ser querido, busca ayuda. Leer sobre cómo superar el duelo puede ayudar a aceptar la realidad tal y como es (Aranda, 2019).
- **Duelo retardado:** A veces, sentimos que debemos ser fuertes, controlar la situación y no dejar al descubierto cómo de tristes o enfadados nos sentimos ante la muerte de un ser querido. Las personas que tienen que aparentar fortaleza y control se pueden ver afectadas por el duelo retardado. Es un duelo normal que tarda más en llegar porque se ha contenido. Puede que seas madre y hayas tenido que contener tus emociones porque creías que tenías que ser fuerte por tus hijos. Poco a poco hay que dejar fluir lo que sientes y estar triste, todos merecemos pasar nuestro duelo para poder volver a vivir.
- **Duelo inhibido:** Puede que te sientas triste pero no sepas cómo expresar tus emociones de forma adecuada. Hay personas a las que les cuesta muchísimo expresar y decir cómo se sienten. Si sufrimos un duelo inhibido podemos tener algún tipo de dolor psicopatizado. Psicopatizar es un modo de expresar las emociones en nuestro cuerpo, de expresar el dolor. Si sufres de duelo inhibido puede aliviarte ir a un médico y explicarle lo que te pasa.
- **Duelo desautorizado:** Este duelo sucede cuando tu entorno no acepta que estés en duelo por la muerte de un ser querido, bien porque ellos no aprobaban tu relación con esa persona, bien porque se la considera una persona no merecedora de un duelo. Recuerda

que eres tú siempre el que decide sobre tus sentimientos y que nadie debe hacerlo por ti.

Todos los duelos son necesarios.

- **Duelo distorsionado:** Se da cuando una persona tiene una reacción de duelo desproporcionada porque ya ha vivido un duelo anterior por la muerte de un ser querido muy cercano como una pareja, un padre, un hermano o un hijo. Puede que al volver a escuchar las mismas frases de duelo y vivir una situación parecida por otra muerte, reaccione de la misma forma que reaccionó en el primer duelo, lo que dará lugar a un duelo distorsionado.

2.4.5 Duelo en adolescentes

Según la autora Ramirez (2022):

En la adolescencia perder a una persona importante o cercana se puede vivir con mayor intensidad y dificultad de afrontarlo, lo cual repercute en el desempeño académico y desarrollo personal de los jóvenes. (p. 115)

También, la opinión de las autoras García y Bellver (2019) se basó en que:

En muchas ocasiones se piensa que los niños no pasan por este proceso, que no viven la pérdida como los adultos o simplemente que no son conscientes de lo que está ocurriendo. Es cierto que no manifiestan la pena de la misma manera, pero esto no significa que no la experimenten ni la sientan. Su capacidad para comprender los conceptos de muerte y pérdida variarán en función de su desarrollo evolutivo, por lo que su forma de manifestar el duelo o la pérdida también será diferente tanto si se compara con los adultos, como con otros niños en etapas diferentes. Cada etapa evolutiva condiciona no solo la forma concreta de comprender la muerte sino también la capacidad para afrontar y expresar lo sucedido. (pp. 111,112)

Al mismo tiempo, la autora Aresté (2022) mencionó que:

El duelo en la adolescencia tiene un impacto directo en el ámbito de la salud, tanto mental como física, en el momento en que se produce y a lo largo de la vida, con merma importante en la calidad de vida. Este impacto abarca también al ámbito académico, con riesgo de disminución del rendimiento académico y del abandono escolar, y en el ámbito social, con posibilidad de incremento de las conductas de riesgo, cuyas consecuencias pueden persistir hasta la edad adulta.

Durante la adolescencia se producen significativos cambios en el desarrollo neurológico; y también, el duelo produce un impacto a nivel neurobiológico, afectando tanto a las vías relacionadas con el dolor como a las relacionadas con la recompensa, así como una activación de las vías del estrés, que afectan áreas del sistema límbico y de la corteza prefrontal. Todo ello influye en la regulación emocional, la memoria, la multitarea, la organización y el aprendizaje. (pp. 45,46)

2.4.6 Mitos y Realidades del Duelo

Según Figueroa et al. (2020) Expusieron una serie de mitos los cuales se muestran ahora:

MITO 1: El duelo se resuelve aproximadamente en un año. El duelo es un proceso complejo y muy personal, por lo que el periodo de tiempo para “resolverlo” satisfactoriamente varía en función de múltiples factores. En cualquier caso, dura tanto como cada persona lo necesite.

MITO 2: El duelo es como una depresión. De hecho, son términos prácticamente sinónimos. El duelo no es una enfermedad. Aunque ambos comparten en ocasiones ciertas manifestaciones (abatimiento, desilusión, tristeza profunda, llanto, desapego de la vida, apatía),

conviene recordar que la depresión es una enfermedad mental con sus propias causas y criterios diagnósticos. El duelo, es una reacción normal y adaptativa ante la pérdida de algo o alguien significativo.

MITO 3: Dentro de los diferentes tipos de muerte, hay unas que son peores que otras. El duelo no es una competición de méritos para ver quién ha tenido la peor desgracia y quién está sufriendo más. Nadie está dentro de la mente ni del corazón para comprobar cuánto importaba lo que se ha perdido.

MITO 4: Cuando la muerte es “natural”, sobre todo de una persona mayor, no genera duelo. En el duelo, lo que importa es la vinculación que se tenía con quien se ha perdido, ¿qué significaba para la persona misma? ¿por qué se necesitaba a esa persona? Una muerte puede ser “natural”, sin embargo, estar acompañada de ciertos factores de riesgo que puedan complicar en un momento u otro ese duelo.

MITO 5: Los hombres lo llevan mejor, para ellos es diferente, se recuperan antes. Durante años se ha hablado del duelo “en hombres” y el duelo “en mujeres”. No importando el género, cada uno hace lo que puede con su pérdida y organiza su experiencia como puede y como sabe para poder soportarla.

MITO 6: Quien más llora es quien más dolor tiene. El duelo es un proceso complejo y misterioso, donde están presentes muchas emociones, muy alteradas, mezcladas, como en una explosión o ebullición muy desordenada. No hay que reducir el duelo a tristeza y llanto. En el duelo también hay culpa, rabia, miedo y vergüenza. El llanto es solo una manera más de expresar el dolor y puede ser mal interpretado ya que una persona que llorar no está sintiendo más que una persona que no llora.

MITO 7: Las personas jóvenes lo llevan mejor. Ser joven no significa ser más feliz, igual que ser hombre no significa ser más fuerte, ni ser mujer es ser más sensible. Todos los seres humanos viven las experiencias de dolor diferente, cada uno siente el dolor de manera individual.

MITO 8: Lo mejor que puede hacer una persona en duelo (y cuanto antes) para recuperarse es pasar página y orientarse a la vida. “Centrarse en la pérdida es de depresivos”. No hay que olvidar nunca que, el duelo es un proceso individual, muy complejo, muy misterioso cuando aparece, parece invadirlo todo y ocupar toda la vida; hay momentos para centrarse en el dolor y otro momento para orientarse a la vida. Ambos momentos son necesarios.

MITO 9: El duelo es un proceso lineal de cinco fases (shock, negación, negociación, depresión y aceptación). Se va saltando de una en una hasta llegar a la quinta y, una vez ahí, todo habrá acabado. Durante décadas se ha consolidado la creencia de que todo duelo tiene cinco fases por las que todo el mundo pasa. Lo que es cierto es que el duelo es un proceso dinámico, con algún tipo de fases o etapas, pero de ningún modo todo el mundo pasa por todas ellas, ni en el mismo orden. (pp. 11,12)

De igual manera, para Mayo Clinic (2025):

El duelo es el proceso psicológico que se produce tras una pérdida, una ausencia, una muerte o un abandono. Es diferente para cada persona. Se pueden sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

El dolor por la pérdida se puede experimentar no solo por la muerte, sino cada vez que en la vida tenemos una experiencia de interrupción definitiva de algo, de pérdida, de distancia que no podrá ser cubierta. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida es lo que llamamos elaboración del duelo, que nos conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación.

2.4.8 Terapia de Apoyo en el Contexto del Duelo

En un proceso de duelo es importante poder manejar las emociones y sentimientos que se manifiestan debido a la pérdida, por ello es necesario tomar en cuenta la terapia como un apoyo para poder sobrellevar la pérdida.

2.4.9 Definición y Características de la Terapia de Apoyo

Para la autora Ruiz (2019):

La terapia que planteó inicialmente Sigmund Freud fue la cura tipo psicoanalítica, terapia donde el paciente se tumbaba en un sillón o diván y expresaba imágenes mentales e ideas que pasaran por su mente bajo las indicaciones del psicoanalista. Las sesiones se desarrollaban entre 4 y 5 veces a la semana. Se trataba de una terapia que duraba varios años (prácticamente “toda la vida”).

Asimismo, para Muñoz (2018):

Algunas intervenciones para el duelo traumático se han enfocado en exponer a los individuos a situaciones asociada con la persona ausente a través de tareas de reexperimentación (Shear et al., 2001), con el fin de conseguir la extinción de tales repertorios.

Posteriormente, surgieron nuevas formas de terapia, las llamadas psicoterapias psicoanalíticas, que son tres: Psicoterapia psicoanalítica propiamente dicha, Psicoterapia dinámica breve y Psicoterapia de apoyo. En las próximas líneas veremos cómo fue concebida la terapia de apoyo. (p. 92)

2.4.9.1 Características. El autor Ruiz (2019) mencionó que: La psicoterapia de apoyo, como hemos visto, tiene sus raíces en el psicoanálisis. Sin embargo, actualmente muchas escuelas psicoterapéuticas, enfoques y técnicas la utilizan. Su área de intervención es más amplia que la

de las otras dos psicoterapias psicoanalíticas mencionadas (así como la de la cura tipo psicoanalítica). Se centra en buscar el alivio del sufrimiento del paciente y en reestructurar su personalidad. En cuanto a su encuadre, las sesiones se realizan cara a cara, con una periodicidad variable y una duración de las sesiones de entre 30 y 60 minutos.

2.4.9.2 Aplicaciones. Se trata de un tipo de intervención centrada en tres objetivos fundamentales: posibilitar la expresión de sentimientos, reforzar las defensas y contener la ansiedad. Más concretamente, se orienta a mantener o reforzar las defensas adaptativas del paciente, de forma que éstas le permitan sobrellevar lo mejor posible su día a día o su situación.

Pero también, la autora Ruiz (2019) manifestó que:

La psicoterapia de apoyo hace énfasis en movilizar las fortalezas del paciente para aumentar su autoestima. Usa las defensas adaptativas y las estrategias de afrontamiento del paciente de un modo positivo, para que éste se enfrente mejor a su situación o crisis vital.

2.4.10 Diferenciación de las Modalidades de Tratamiento Basadas en el Psicoanálisis, la Psicoterapia Psicoanalítica y la Psicoterapia de Apoyo

Primeramente, es importante distinguir la teoría que las engloba del tratamiento y de sus objetivos y separar las técnicas empleadas del proceso resultante. Obviamente, también hay que diferenciar el proceso del resultado, pero creo que podemos dejar de lado los esfuerzos para definir las modalidades de tratamiento sobre la base de su desenlace.

Respecto a la teoría subyacente de la motivación inconsciente (conflictos inconscientes entre la agresión y la libido, por un lado, y las defensas contra ellas, por otro, incluyendo las implicaciones estructurales de las configuraciones de impulso/defensa y las relaciones de objeto internalizadas en las cuales se encuentran tales conflictos inconscientes), esta teoría general es

común a las tres modalidades, aunque el énfasis en las relaciones entre la teoría de las pulsiones, la teoría de las relaciones objetales y la organización estructural (“primera y segunda tópica” en el psicoanálisis francés, es decir, la teoría topográfica y la estructural, respectivamente) varía en los diferentes enfoques psicoanalíticos.

Ahora bien, el autor Kernberg (2000) se refirió a que:

Respecto a los objetivos del tratamiento, estas modalidades de tratamiento varían: el objetivo del psicoanálisis es el fundamental cambio estructural, la integración del conflicto inconsciente reprimido o disociado en el yo consciente.

En la psicoterapia expresiva o psicoanalítica, el objetivo es una reorganización parcial de la estructura psíquica en el contexto de cambio sintomático significativo. El objetivo de la psicoterapia de apoyo es la mejoría sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulso/defensa, con un reforzamiento de defensas adaptadas, así como de derivados pulsionales adaptados.

Las siguientes son las diferencias técnicas básicas entre las tres modalidades de tratamiento basadas en la teoría psicoanalítica. Al comenzar con la definición de Gill (1954) de psicoanálisis, es decir, la facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia regresiva y su resolución sólo por medio de la interpretación, llevada a cabo por un psicoanalista desde una posición de neutralidad técnica, definiría interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica como los tres rasgos esenciales del método psicoanalítico (Kernberg, 1984; Kernberg y cols., 1989).

Aunque el propio Gill se cuestionó esa definición en años posteriores, creo con firmeza sobre la base de casi cuarenta años de compromiso con la investigación naturalista y empírica de

las modalidades psicoanalíticas de tratamiento, que es la más simple, y tanto clínica como teóricamente, la definición más útil del método psicoanalítico.

Con la asunción subyacente de que la neurosis de transferencia regresiva reproduce en la situación analítica, las configuraciones dominantes impulso/defensa inconsciente de la psicopatología del paciente, la mayoría de los analistas anglófonos, probablemente todavía se sienten cómodos hoy día con esta definición. Si, al mismo tiempo, se especifica que las configuraciones impulso/defensa están parcialmente depositadas y totalmente internalizadas en las relaciones objétales, de manera que ambos lados impulsivo y defensivo de los conflictos inconscientes patógenos están representados por estas relaciones de objeto internalizadas, un amplio espectro de los teóricos de las relaciones de objeto de las tres regiones de la comunidad psicoanalítica se sentiría cómodo.

De esta manera, por ejemplo, el énfasis de estas escuelas sobre el análisis de la contratransferencia y sobre la naturaleza intrincada de los vínculos transferenciales contra transferenciales puede ser compatible con la definición propuesta de psicoanálisis, excepto cuando la comunicación contra transferencial o puesta en acto disminuye o elimina la neutralidad técnica, la cual, si no se reduce por medio de la interpretación, cambiaría la modalidad del tratamiento en psicoterapia psicoanalítica o, aun, en una de apoyo.

La técnica de la interpretación incluye la clarificación de la experiencia consciente y preconsciente del paciente, la confrontación como la focalización cuidadosa en el comportamiento verbal y no-verbal que complementa la comunicación de la experiencia subjetiva del paciente por medio de la asociación libre, y la interpretación per se del significado inconsciente de lo que se ha aclarado y construido, confrontando el significado inconsciente del

“aquí y ahora” que es generalmente un puente importante para la interpretación del significado inconsciente en el “allá y entonces” (Sandler & Sandler, 1987).

El análisis de la transferencia es el foco interpretativo principal en el psicoanálisis clásico, llevado a cabo sistemáticamente, en el sentido de que una secuencia actualmente emergente de desarrollos transferenciales es explorada metódicamente sin una presunción sesgada del orden genético de estas disposiciones transferenciales. La consideración de las expresiones de la transferencia sincrónica y diacrónica, es decir, las condensaciones de los conflictos de diferentes etapas del desarrollo, que contrastan con una narrativa secuencial de un período particular del desarrollo han reemplazado conceptualmente modelos más antiguos de desarrollo lineal (Kernberg, 1993).

Mientras que el análisis de la transferencia, particularmente en la noción kleiniana de análisis de la “situación de transferencia total” (Joseph, 1989), siempre incorpora los desarrollos fuera de las sesiones, se centra esencialmente en los desarrollos inconscientes de la relación analista/paciente, con el análisis de la contratransferencia como componente esencial del análisis de la relación terapéutica.

Aun otorgando diferencias significativas respecto al enfoque de la transferencia por ejemplo, centrándose especialmente en la comunicación lingüística y en la estructura de los analistas franceses, la focalización en la activación de las relaciones objetales primitivas de los enfoques kleiniano y de los británicos independientes, la focalización en las defensas caracteriales en la psicología del yo, tal predominio del análisis sistemático de la transferencia puede ser considerado una característica esencial del método psicoanalítico. La neutralidad técnica se refiere a la equidistancia interpretativa del superyó, del ello, del yo agente y de la

realidad externa, es decir, enfocando el material desde la posición de la observación de un segmento del yo del paciente (Kernberg, 1997).

Tal neutralidad técnica implica una objetividad preocupada (alerta o vigilante) que permite el énfasis de la transferencia y su análisis como una distorsión implícita de la relación terapéutica “normal (estableciendo desde el comienzo el encuadre) y definiendo las tareas de ambos participantes (la asociación libre para el paciente y la interpretación para el analista). La asociación libre es un método común al psicoanálisis y a la psicoterapia psicoanalítica.

Las únicas características adicionales del psicoanálisis que contribuyen a sus diferencias con la psicoterapia psicoanalítica son la frecuencia de las sesiones y la utilización del diván. La psicoterapia psicoanalítica utiliza la interpretación, pero con pacientes con severa psicopatología, para muchos de los cuales este es el tratamiento de elección; la clarificación y la confrontación ocupan un espacio significativamente mayor que la interpretación per se y las interpretaciones de los significados inconscientes en el “aquí y ahora”. (A como se citó en (Kernberg, 2000, pp. 339, 340, 341).

2.4.10.1 La Psicoterapia Psicoanalítica. Según Winograd (2018): Generalmente requiere de dos a cuatro sesiones por semana, pero no menos de dos sesiones; para explorar los desarrollos transferenciales como para seguir la realidad cambiante de la vida diaria del paciente. No es posible llevar a cabo estas tareas con pacientes con patologías severas una vez por semana, porque el tiempo se utilizaría completamente para poner al día al terapeuta de los desarrollos de la vida del paciente, no incluyendo de esta manera el análisis de la transferencia o, de lo contrario, el análisis transferencial sistemático en estas circunstancias puede fomentar la escisión de importantes desarrollos (y actings out) de la situación vital diaria del paciente.

Cabe agregar que “Duelo y Melancolía” es un trabajo central, en el cual Freud realiza exámenes semiológicos, psicopatológicos y metapsicológicos de los funcionamientos psíquicos que intenta diferenciar entre sí. Uno, el llamado “duelo” o aflicción que resulta una ilustración de la operación que podríamos llamar “saludable” cuando el sujeto sufre una pérdida significativa. El otro, llamado “melancolía”, caracteriza un procesamiento psicopatológico de la pérdida al postular la noción de pérdidas significativas. Tal significación puede variar en grados extremos, desde algunas consensuadas entre el sujeto y lo que se registra desde una perspectiva intersubjetiva, cuando la relevancia de la pérdida resulta compartida para cualquier interlocutor, hasta otra de valor netamente singular, no siempre consensualizable por el contexto relacional del sujeto, metaforizada por Freud con la expresión de no saber “qué perdió”. (pp. 18, 19)

Freud estaba más interesado en dar la explicación del duelo patológico y nos dejó a nosotros, el explicar verdaderamente qué es el trabajo más allá de lo patológico [...]. Para ejemplificar en el campo mitológico “Penélope había perdido a Ulises quién se había ido de viaje y después de un tiempo no se sabía si regresaría”. La historia dice que ella encuentra entonces la argucia de decir “escogeré un pretendiente cuando termine la tapicería que estoy haciendo” y sabemos que cada noche deshacía la tapicería, de modo que el trabajo se tornaba infinito [...]. Estamos verdaderamente ante una imagen maravillosa. Tanto el trabajo de duelo como el trabajo de análisis, nuestro trabajo, es deshacer la tapicería y permitía al sujeto tejer una nueva, si le es posible”. (Laplanche, 1980, p. 9, como se citó en (Winograd, 2018, p. 21).

La psicoterapia psicoanalítica tendría que realizarse “cara a cara” para permitir tomar nota de la comunicación del paciente por medio del comportamiento no verbal modo predominante de comunicación en los trastornos graves de la personalidad facilitando, de esta forma, la atención simultánea del terapeuta hacia: a) la comunicación del paciente de la

experiencia subjetiva por medio de la asociación, b) la comunicación por medio del comportamiento no verbal y c) el análisis de la contratransferencia del terapeuta.

2.4.10.2 La Psicoterapia de Apoyo. En este sentido, el autor Kernberg (2000): La psicoterapia de apoyo basada en la teoría psicoanalítica también puede ser definida a lo largo de las tres técnicas importantes mencionadas. Con respecto a la interpretación, la psicoterapia de apoyo utiliza los pasos preliminares de la técnica interpretativa, es decir, la clarificación y la confrontación, pero no utiliza la interpretación per se. Por el contrario, utiliza el apoyo cognitivo y emocional, es decir, afirmaciones del terapeuta que tienden a reforzar los compromisos adaptativos entre el impulso y la defensa por medio del aprovisionamiento de la información cognitiva (como la persuasión y el consejo) y por medio del apoyo emocional (incluyendo la sugestión, el reaseguramiento, el dar aliento y la alabanza).

Además, la psicoterapia de apoyo utiliza la intervención directa del ambiente, por medio del terapeuta, de los familiares, u otros servicios del personal de salud mental comprometido en funciones auxiliares terapéuticas (Rockland, 1989, a como se citó en (Kernberg, 2000, p. 343). Por lo tanto, la transferencia, no es interpretada en la psicoterapia de apoyo, pero tampoco es ignorada.

La atención cuidadosa a los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar, con tacto, la naturaleza “inapropiada” de los desarrollos transferenciales, su reproducción, en las sesiones, de interacciones patológicas en que generalmente el paciente se ve implicado con los otros significativos; y alentar al paciente para disminuir este comportamiento patológico en la sesión.

Al señalar la naturaleza distorsionada, improductiva, destructiva o confusionante del comportamiento del paciente, se une la aclaración de las razones conscientes del paciente de su

comportamiento en las sesiones con la confrontación de su naturaleza inapropiada, seguida de impartirle o “exportarle” el conocimiento así adquirido a las relaciones del paciente fuera del tratamiento. En resumen, la psicoterapia de apoyo incluye la clarificación, la reducción y la “exportación” de la transferencia, contribuyendo, de esta manera, con las funciones reeducativas de la psicoterapia de apoyo junto al apoyo directo cognitivo y emocional de combinaciones adaptativas de impulso y defensa, e intervenciones directas de apoyo al ambiente. (p. 343)

2.5 Modelos Teóricos en Terapia de Duelo

Según los autores Alonso et al. (2020):

Existe diversidad de posibilidades en cuanto al tratamiento después de la pérdida. Los tratamientos pueden ser individuales, grupales o familiares, e incluso combinarse entre sí. Uno de los abordajes más empleado es el counselling, otros abordajes se han centrado en la terapia cognitivo conductual, y en las terapias de tercera ola (en la terapia de aceptación y compromiso, en la terapia cognitiva basada en mindfulness). (p. 87)

Las propuestas de terapia son múltiples, y cada autor en función de su formación suele indicar la suya. A continuación, realizaremos una breve exposición del abordaje del duelo según las principales escuelas.

2.5.1 Terapias Dinámicas

Todas las escuelas psicodinámicas que han tratado el tema del duelo tendrán su punto de arranque en el ensayo Duelo y Melancolía de S. Freud. Este autor aportó dos conceptos fundamentales como son la pérdida de objeto y el concepto de trabajo de duelo, mediante el que habría que romper la unión que existiera entre el sujeto (deudo) y el objeto (el fallecido). Tanto

en el duelo como en la melancolía aparecerá un estado de ánimo doloroso, una ausencia de interés por el mundo externo, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición de casi toda actividad. Pero en la segunda, además, cursará con descenso de la autoestima que se manifestará en autorreproches y en expectativas irracionales de castigo.

En este sentido, los autores Gutiérrez et al. (2001) consideran que:

Para trabajar el duelo desde esta perspectiva el elemento clave es el análisis de la transferencia. Carl Jung es uno de los primeros en definir la transferencia como armonía psicológica y no como neurosis, destacando la función del analista y sugiriendo que para que el paciente logre cumplir con las demandas de adaptación debe encontrar una relación con un objeto en el presente. Por tanto, en la elaboración de un proceso de duelo el desarrollo de la Relación Real exige un contacto donde el terapeuta presente al paciente una relación que ponga todo su énfasis en el encuentro inmediato real entre ambos.

Este examen de la realidad en el duelo demuestra que el objeto no existe, por lo que hay que ir retirando las ataduras libidinales. Este es un trabajo paulatino y doloroso por la resistencia del sujeto a abandonar cualquier posición libidinal, pero que con el trabajo de duelo normal tiende a la resolución, algo que no ocurre en la melancolía.

Un factor predisponente a la melancolía y al duelo patológico es la ambivalencia hacia el objeto. Esta ambivalencia dota al duelo de una estructura patológica que se exterioriza en el reproche de haber deseado la pérdida del objeto amado, o incluso de ser culpable de ella. Al tener que enfrentar la pérdida se produce una conmoción que se resuelve con una identificación con el objeto muerto, para perderlo y para mantener las partes del Yo que se perdieron con él.

Grinberg lo describe como una actuación masoquista del Yo bajo el predominio de la pulsión de muerte.

Para M. Klein la evolución del duelo guardaría relación con las pérdidas sufridas durante el primer año de vida y las relaciones con el periodo de lactancia y destete. Afirmaría que todo duelo cursaría con culpa y ansiedad paranoide. La pena por la pérdida de la persona amada está aumentada por la fantasía de haber perdido los objetos buenos internos. Para esta autora el trabajo de elaboración consiste en ir gradualmente tomando confianza en los objetos externos, para fortalecer sus objetos buenos internos y su capacidad de amar, como le ocurre al bebé en el momento de la elaboración de la posición depresiva.

Por lo cual las teorías psicodinámicas se centran en el sentido intrapsíquico y personal del duelo, llevando a cabo énfasis en los conflictos internos y la ambivalencia con las que luchan estos pacientes. No se ha prestado mucha atención a las maneras en que los pacientes hacen frente los eventos traumáticos externos. Un enfoque más contemporáneo del duelo derivado del procesamiento biológico y cognitivo y los hallazgos psicoterapéuticos, otorgan una formulación psicodinámica sobre la aparición de indicios postraumáticos.

2.5.2 Terapia Interpersonal (TIP)

La TIP es un tipo de psicoterapia breve basada en la experiencia clínica y la evidencia experimental, que utiliza conceptos psicoanalíticos, conductuales y cognitivos. Las metas generales son reducir los síntomas depresivos y acrecentar la aptitud interpersonal. Fue creada en por Gerald Klermen y Myrna Weissman en la década de los 70, durante el Proyecto Cooperativo de la Depresión de Boston-New Haven y desarrollada específicamente para el tratamiento de la

depresión, aunque posteriormente se han añadido manuales de tratamiento para otras patologías (Gutiérrez et al., 2001).

Para los autores Abdul et al. (2023):

La psicoterapia interpersonal (IPT) es una psicoterapia basada en evidencia de gran prestigio que tiene como objetivo aliviar el sufrimiento de los clientes y mejorar su funcionamiento interpersonal. La investigación ha demostrado la eficacia de la IPT en los trastornos depresivos, bipolares y alimentarios. La IPT también se centra en el duelo y la pérdida como un área problemática para ayudar a los clientes a abordar y procesar sus síntomas de duelo, llevándolos a alcanzar una fase de búsqueda de significado. Sin embargo, el duelo traumático que se caracteriza por alguien que tiene tanto síntomas de trauma como de duelo puede complicar aún más el tratamiento. (p. 1)

También, para Gutiérrez et al. (2001):

Se desarrolla en tres fases: inicial, intermedia y final. En la primera de ellas se evalúan los síntomas, se examinan los vínculos interpersonales actuales y se identifican una o dos áreas problemáticas como focos terapéuticos. En último lugar dentro de la fase inicial, explicaremos al paciente los conceptos de la TIP y haremos el contrato terapéutico.

En la fase intermedia se focaliza sobre una de las cuatro áreas elegidas: duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficit interpersonal. Se revisan las estrategias de afrontamiento y se emplean técnicas de clarificación, liberación de afectos y resolución de problemas.

En la fase final se debe de hablar explícitamente de la terminación, se resume el proceso y se identifican los recursos para neutralizar los síntomas, reforzando el sentimiento de autonomía del paciente. El tratamiento se lleva a cabo en doce a dieciséis sesiones (con carácter

semanal entre 30 y 50 minutos). El terapeuta no es neutral, es activo y a menudo rector. Se aprovecha el vínculo terapéutico, pero en vez de interpretar la transferencia, se presta atención a la comunicación. Se investigan los sentimientos y reacciones en el aquí y ahora.

La TIP se ocupa de la depresión asociada a reacciones de duelo anormales resultantes de la incapacidad para atravesar las diferentes fases de un proceso normal de duelo. Los dos objetivos terapéuticos principales en esta situación serían el facilitar la actuación del proceso de duelo tardío y ayudar al paciente al restablecimiento de los intereses y las relaciones que puedan sustituir lo que se ha perdido.

Para alcanzar estos objetivos se utilizan estrategias y técnicas que centran la atención del paciente en los recuerdos de la persona perdida y en las emociones relacionadas con lo vivido con el difunto. Las principales estrategias que se utilizan son las siguientes:

- Revisar los síntomas depresivos.
- Relacionar el inicio de los síntomas con la muerte de la persona de referencia.
- Reconstruir la relación del paciente con el difunto.
- Describir la secuencia y las consecuencias de los acontecimientos poco antes, durante y después de la muerte.
- Explorar los sentimientos asociados (tanto positivos como negativos).
- Considerar posibles maneras de relacionarse con otros.

2.5.3 Terapias Cognitivo-Conductuales

La TCC ha sido ampliamente adaptada a diferentes problemas de salud mental pero se mantiene la estructura del modelo teórico cognitivo propuesto por Beck et al. (2010), quienes argumentan que el organismo humano es un sistema conformado por cuatro subsistemas:

cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual, mismos que se interrelacionan entre sí, siendo el componente cognitivo el de mayor importancia ya que es el encargado de recibir, procesar y enviar información a los otros subsistemas que hacen que el organismo reaccione a nivel fisiológico y afectivo, y que se comporte de cierta manera, respondiendo a los diversos estímulos a los que se enfrenta. (Julian & Hernández, 2022, p. 3)

Asimismo, Gutiérrez et al. (2001) opinó que:

El abordaje del duelo, desde el punto de vista de la terapia cognitivo-conductual, también se centra fundamentalmente en el duelo patológico. Para este tipo de terapia, el duelo patológico se va a caracterizar por un estado de tristeza que persiste más de un año o por la intensidad de los sentimientos experimentados. Se consideraría, por tanto, un cuadro depresivo relacionado con un suceso estresante como sería la muerte de un ser querido.

De igual manera (Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005, a como se citó en (Sanabria, 2022)

La TCC puede incluir estrategias para cambiar los patrones de comportamiento, como son: Hacer frente a los propios miedos en lugar de evitarlos, utilizar juegos de rol para prepararse ante interacciones potencialmente problemáticas con los demás, programación de actividades para fomentar la activación conductual y aprender a calmar la mente y relajar el cuerpo (APA, 2017). No obstante, la TCC no utilizará todas estas estrategias, por lo cual es necesario que entre el profesional y el paciente desarrollen una comprensión del problema que les permita elegir la mejor estrategia de tratamiento (APA, 2017). En tal sentido, es importante precisar que según el modelo cognitivo conductual la vulnerabilidad del Trastorno de Duelo Complejo Persistente puede explicarse mediante tres procesos que interactúan entre sí: 1) Integración insuficiente de los recuerdos relacionados con la pérdida; 2) Valoración negativa relacionada con la pérdida; y 3) Conductas de evitación. (p. 24)

Por otro lado, los autores Gutiérrez et al. (2001) Recomendaron que:

En las entrevistas iniciales se realizaría un análisis de las conductas problemas (cogniciones, sentimientos, emociones y respuestas fisiológicas, conductas motoras), los antecedentes y consecuentes, evaluación de los recursos de enfrentamientos a los problemas y de los factores de protección que pudiéramos potenciar. Se formularía una hipótesis del origen y mantenimiento de los problemas principales y se elegirían y definirían los objetivos terapéuticos. Durante el desarrollo de la terapia se aplican distintas técnicas de intervención según los objetivos (reestructuración cognitiva, asignación de tareas graduales, ejercicios de reatribución de Rehm).

El programa terapéutico suele constar de un número reducido de sesiones (entre cinco y seis) y tiene una parte de exposición en imaginación a los recuerdos evitados y otro de exposición in vivo a las situaciones temidas. Fundamentalmente se va a referir a los siguientes aspectos:

- Hacer frente a las evitaciones cognitivas mediante la descripción de los recuerdos del difunto, de las circunstancias de la pérdida, etc.
- Enfrentarse gradualmente a las situaciones externas evitadas, como acudir a lugares compartidos, visitar el cementerio, mirar el álbum de fotos.

Parkes (1975) utiliza también un modelo cognitivo para explicar el duelo. Plantea el duelo como un periodo de transición psicosocial que llevaría a la persona a revisar y modificar su mundo interno de presunciones. En la propuesta de tratamiento que plantea Parkes (1983) expone que uno de los principios fundamentales para el éxito de la terapia es que el terapeuta sea

capaz de suministrar al paciente una base segura, es decir que el paciente se sienta aceptado y respetado.

Propone para los síntomas de culpa, de ira y para la aflicción crónica, plantear al deudo que planifique objetivos y que dé soluciones creativas a sus emociones. En el caso de que existieran importantes signos físicos de ansiedad estaría indicado la utilización del entrenamiento en técnicas de relajación o autocontrol respiratorio. En caso de negación del duelo, se fomentará el empleo de objetos del fallecido que atraigan los recuerdos.

En conclusión, los autores Sanz et al. (2023) finalizaron en que:

La terapia cognitivo-conductual es eficaz para mejorar la sintomatología de duelo prolongado en la población adulta. La evidencia recabada en los estudios señala la superioridad de la TCC con componente de exposición para el tratamiento de DP frente al no tratamiento, otras modalidades terapéuticas y frente a la propia TCC sin dicho componente. Es decir, en todos los casos tras aplicar esta terapia se hallaron mayores mejorías tanto en el DP como en su sintomatología comórbida otros trastornos o alteraciones de la funcionalidad psicosocial. (pp. 82,83)

2.5.4 Las Terapias Humanistas

Cuyas bases filosóficas beben del existencialismo, la fenomenología, el humanismo clásico y socialista y el humanismo francés moderno. Entre ellas destacan la psicoterapia gestáltica, la terapia centrada en el cliente (Rogers), la programación neuro-lingüística, el enfoque sistémico y las escuelas alternativas al psicoanálisis clásico (psicoterapia transpersonal, bioenergética, análisis transaccional y análisis jungiano) (Gutiérrez et al., Modalidades terapéuticas en el duelo, 2001).

Para el autor Alvarez (2019):

El Duelo es un complejo proceso de búsqueda de significados, de sentir y reflexionar, de sufrir y comprender, de reordenar. La psicoterapia Humanista es un espacio de reflexión personal, lejos de las presiones de los familiares y amistades, donde poder hablar, expresar, sentir con libertad lo que nos está pasando. El objetivo no es que supere la pérdida de una manera concreta, sino que encuentre su propia manera de vivir con lo que le ha pasado.

También para Gutiérrez et al. (2001):

Estas vertientes, además de considerar los aspectos intrapsíquicos y culturales hacia la muerte y los moribundos, afirman que la identidad de la persona vendrá determinada socialmente y se creará, se mantendrá o cambiará en función de las interacciones con personas significativas (sistemas). El duelo llevará a profundos cambios sociales, incluyendo posición social, estatus y roles. Para estos autores el duelo debería entenderse como una “crisis de la identidad fenomenológica”. Como ya hemos dicho en otro apartado, para las corrientes existencialistas, que siguen a Heidegger, el duelo sería la consecuencia de la vivencia de la ansiedad existencial, entendida esta como la posibilidad de no ser (Gutiérrez et al., 2001).

A nivel práctico el trabajo de duelo quedaría resumido de la siguiente manera:

confrontación con la negación que suele verse en casos de muertes súbitas y traumáticas insistiendo por ejemplo en que se repita en voz alta frases que representen una situación sin ambigüedad así, ¡mi hijo ha muerto! Estos comentarios se deberían hacer mientras el deudo siente el contacto emocional y el apoyo de otra persona, preferentemente del grupo familiar; la

segunda tarea, que consiste en trabajar sobre las emociones es especialmente dura por la gran profusión y alternancia de sentimientos que la persona va a tener que soportar.

Autoras como (Leick y Davidsen-Nielssen citado en (Gutiérrez et al., Modalidades terapéuticas en el duelo, 2001) proponen para favorecerla un trabajo en seis pasos: 1) pedir que se cuente la historia de forma detallada; 2) conseguir penetrar en el dolor y en el sentido de la pérdida. Para ello se dirigirá la atención del paciente a aspectos del relato especialmente traumáticos para él y que capturemos por su expresión, pausas o evitación; 3) favorecer el llanto profundo y no inhibirlo cuando aparezca; 4) contacto corporal de apoyo con el paciente, si éste lo requiere; 5) trabajar la rabia, la amargura, la culpa y la vergüenza. Con respecto a la primera no sólo se refiere a su expresión verbal sino incluso a la posibilidad de expresarla en forma de golpes o gritos. También deberá potenciarse la expresión escrita en forma de cartas; 6) se utilizarán fotografías, cartas, música y otros elementos con tal de evocar recuerdos y emociones.

2.5.5 Terapia de Apoyo en el Duelo

La psicoterapia básica de apoyo o ayuda psicológica no reglada es el tipo de intervención más sencillo, y la que debemos usar habitualmente en Atención Primaria, bien como única técnica de abordaje o como marco estructural a cualquier otra forma de psicoterapia (es lo que se denomina relación de apoyo). Es la terapia no sistemática que va implícita en cualquier acto médico. Se basa, fundamentalmente, en la propia acción terapéutica del médico y en el sentido común clínico. Su finalidad es contener la ansiedad del paciente, ofrecerle un espacio de escucha en el que pueda tratar confidencialmente sus problemas y orientarle acerca de cómo afrontarlos. (Mitjana, 2019, p. 93)

La interacción entre la figura del médico y el paciente es la variable más importante en cualquier tipo de psicoterapia y lo que hace que sean difíciles de medir los resultados de cada una de ellas. Esa relación es algo único que depende de múltiples factores que afectan a las dos partes y que además está muy influida por las expectativas mutuas. La confianza en la eficacia del tratamiento es un factor importante en el logro de resultados positivos en todas las modalidades terapéuticas.

El núcleo fundamental es el desarrollo de una buena entrevista clínica. Crear un espacio de cordialidad, escucha activa, asertividad y flexibilidad, donde el paciente se sienta cómodo para expresar sus síntomas, sus problemas y sus temores, enfatizando en la confidencialidad. (p. 94)

2.6 Intervención y Apoyo a las Personas en Duelo

Sea cual fuere la relación de los deudos con el difunto, sólo puede lograrse una recuperación si aquéllos llevan a cabo el trabajo de duelo. Esto exige que un deudo se desprenda de la relación e interacción con el difunto, con el fin de liberarse de ellas para desarrollar relaciones por otro lado. Los objetivos de la intervención con las personas en duelo pueden esquematizarse en cinco puntos:

- Mejorar la calidad de vida del sufriente
- Disminuir el aislamiento social
- Aumentar la autoestima
- Disminuir el estrés
- Mejorar la salud mental (prevención de enfermedades). (Meza et al., p. 30)

Por otro lado, para Mitjana (2019):

Las técnicas básicas de la Psicoterapia de apoyo son:

- Construir una relación terapéutica relación terapéutica relación terapéutica con el paciente: debe ser una relación empática, que transmita confianza, para que el paciente se sienta cómodo y sienta que nos preocupamos por su problema. Para evitar la dependencia también deben entender que esta preocupación es estrictamente profesional. No mostrar prisa, practicar una escucha activa, calmada, en un lugar tranquilo y sin interferencias y sabiendo manejar el tiempo y ritmo de esta. Comunicarnos con el paciente con un lenguaje claro, sencillo y comprensible.
- Escuchar atentamente las preocupaciones del paciente: Animarle a que verbalice sus problemas, que se exprese libremente sobre cómo se siente, qué necesita, etc. favoreciendo la expresión de emociones. Haremos una anamnesis, primero con preguntas abiertas para luego ir concretando. También haremos preguntas aclaratorias. Es importante, posteriormente, hacer un resumen de lo que el paciente nos ha contado: sintetizaremos la entrevista sintetizaremos la entrevista sintetizaremos la entrevista, reflexionando en voz alta con el paciente sobre lo acaecido. Así conseguimos estar seguros de que hemos entendido lo que nos quiere decir y él mismo se da cuenta de que efectivamente le hemos entendido.
- Ofrecer información: Debemos informarle, con un lenguaje adecuado, sin tecnicismos, de lo que le ocurre, su diagnóstico, desculpabilizarle tratando que sea consciente de que está padeciendo una enfermedad, cómo vamos a tratarle (efectos secundarios de los fármacos, periodo de latencia, duración aproximada del tratamiento, consultas de seguimiento, alternativas terapéuticas en caso de no respuesta, etc.) y el

pronóstico. Así mismo, aclararemos las dudas que pueda tener, dentro de nuestros conocimientos, sin tratar de infundirle expectativas incorrectas, ni minusvalorar su sufrimiento.

- Favorecer la esperanza: los pacientes tienen la tendencia a presentar un pesimismo mórbido. Sin caer en falsos triunfalismos, el médico debe mostrarse esperanzado, haciendo hincapié en cualquier mejoría. Tratar de tranquilizarle en el sentido de que su enfermedad en la actualidad tiene tratamientos eficaces, que logran la curación por remisión completa entre el 65 y el 90% de los casos.
- Buscar y hacer que trabajen las funciones indemnes del paciente, su parte sana. Reforzar la autoayuda: favoreciendo cualquier conducta autónoma del paciente, por muy pequeña que sea, y no permitiendo conductas ni relaciones de dependencia en lo posible.

En la psicoterapia se trabaja mediante la clarificación o esclarecimiento del problema que el paciente plantea. Por medio de ella, se es capaz de advertir dónde se encuentra su dificultad personal, qué le impide salir de la situación. Con ello, se produce en el sujeto un cambio afectivo, cognitivo y/o volitivo.

Sus principales características, por tanto, son:

- La cordialidad: dar a entender al interlocutor que es bienvenido y que se está satisfecho de poder comunicarse con él.
- Establecer una escucha activa escucha activa escucha activa (transmitir “te atiendo” y “te entiendo”) y una relación empática (transmitir: “imagino lo que debes sentir”)

- Asertividad: capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social.
- Flexibilidad: capacidad de modificar la estructura Flexibilidad y/o los objetivos prefijados en función de los datos que van apareciendo.
- Proveer una explicación racional para los síntomas del paciente.
- Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Tratar de conseguir el apoyo de la familia y otros.
- Respetar las creencias del paciente y familiares: nunca erigirse en juez ni pretender dar lecciones de moral. (pp. 94- 96)

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la Investigación

En este estudio se utilizó un enfoque cualitativo, centrado en la exploración profunda de las experiencias y percepciones de los participantes. Este diseño de investigación permite comprender el significado que las personas atribuyen a sus vivencias mediante el análisis de datos descriptivos. Se emplearon entrevistas semiestructuradas, abiertas y flexibles, lo que facilitó que los participantes expresaran sus experiencias de manera detallada y en sus propios términos.

La atención psicológica se brindó en un rango de tres a siete sesiones, dependiendo de la complejidad de cada caso. Además, se aplicaron instrumentos estandarizados para complementar la evaluación clínica, entre ellos: Escala de Hamilton para la Depresión e Inventario de Depresión Infantil.

3.2. Diseño del Caso

El diseño que se utilizará en este estudio es el diseño de estudio de caso el cual se puede definir como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).

El estudio de caso clínico sobre la terapia de apoyo en procesos de duelo generalmente pertenecería al tipo de investigación no experimental. En los estudios de caso, se busca comprender y describir fenómenos específicos en profundidad, sin manipular variables ni aplicar intervenciones controladas típicas de diseños experimentales. La atención se centra en la observación detallada y en la comprensión del caso particular en su entorno natural.

3.3 Determinación de las categorías de análisis

3.3.1 Manifestaciones emocionales del duelo

Esta categoría comprende las emociones predominantes que experimentan los participantes durante el proceso de duelo, tales como tristeza, ansiedad, culpa o ira.

Según lo planteado por Cabodevilla I. (2007):

Las emociones son parte del legado genético de nuestra especie, que permanecen en nuestras células. Y aunque somos un todo interdependiente, podemos distinguir distintas dimensiones de nuestro ser que se verán afectadas de diferente manera ante la experiencia de duelo. Todas estas manifestaciones que a continuación vamos a señalar de manera sucinta deben ser matizadas por el hecho de que la expresión de duelo no es universal, ni uniforme, ni homogénea, y posee diferentes matices, expresiones, ritos y comprensiones desde variables socioculturales. En efecto, nunca hay que olvidar que las manifestaciones de duelo no son universales, generalizables, sino que vienen mediadas por la cultura en las que sucede. (p. 168)

3.3.2 Estrategias de afrontamiento

Según (Lazarus & Folkman, 1984 citados en Londoño et al., 2006): “Las personas utilizan diversas estrategias de afrontamiento que terminan siendo una serie de recursos cognitivos y conductuales dirigidos a resolver una problemática en particular y reducir consigo el impacto en la afectación emocional” (Matajira & Vargas, 2024, p. 83).

De igual manera, la autora Loria (2018):

Existen diversas técnicas y estrategias para abordar el duelo, siendo este un proceso tan común pero muchas veces inesperado, es importante conocer la mejor manera de abordaje del

mismo, no se puede generalizar en cuanto a técnicas y abordaje ya que la manera de trabajarlo va a depender del tipo de duelo y características de la personalidad del paciente. (p. 12)

3.3.3 Percepción sobre la terapia de apoyo

Esta categoría analiza la opinión de los participantes sobre la utilidad de la terapia, incluyendo cambios percibidos en su comprensión del duelo, bienestar emocional y satisfacción con la intervención.

Por tal razón, Neimeyer (2012) enfatiza que: “La percepción positiva de los recursos terapéuticos influye directamente en la efectividad del proceso de duelo, aumentando la motivación y la adherencia a la intervención” (p. 3).

También para Alberola et al. (2025):

La terapia hace referencia al uso de técnicas específicas que ayudan en la resolución del duelo complicado o patológico. Ambos términos han sido utilizados indistintamente en la literatura para hacer referencia a la dificultad o imposibilidad de resolución de forma adaptativa de un proceso de duelo, aunque en la mayor parte de los estudios se utiliza el término duelo complicado. (p. 147)

3.4 Conceptualización de categorías

Las categorías de análisis permiten organizar y profundizar en la información obtenida de los participantes, relacionándola con los objetivos del estudio. Para este estudio de caso sobre terapia de apoyo en el proceso de duelo, se definieron las siguientes categorías:

Para este estudio de caso sobre terapia de apoyo en el proceso de duelo, se definieron las siguientes categorías:

3.4.1 Manifestaciones emocionales del duelo

Para el autor Román (2024): Se pueden clasificar en físicas, emocionales, cognitivas y conductuales.

Físicas

- Cambios en los patrones de sueño y de alimentación
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular
- Dolor de pecho
- Sequedad en la boca
- Problemas digestivos, estreñimientos o diarreas
- Fatiga constante, falta de energía

Emocionales

- Sentirse embotado o “anestesiado” emocionalmente, “no sentir nada”
- Tristeza profunda
- Coraje, ira, sentimientos de culpa (“y si yo hubiera hecho...”)
- Fluctuaciones en el estado de ánimo (experimentar emociones contradictorias durante el trayecto del día, como ira, alegría y tristeza)

Cognitivas (del pensamiento)

- Confusión
- Dificultad para concentrarse. Incluso las tareas más sencillas parecen imposibles.
- Problemas de memoria
- Pensamientos obsesivos o repetitivos
- Imágenes mentales repetitivas acerca de la persona fallecida

- Negación de la realidad
- Pensamientos de culpa
- Pensamientos de abandono o desesperanza

Conductuales

- Abandono del autocuidado (Descuidar la higiene, el aseo personal, la actividad física, la alimentación saludable, etc.)
- Llanto frecuente
- Aislamiento
- Mantenerse muy ocupado. (p. 1)

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

La población del estudio está conformada por 10 personas que han atravesado un proceso de duelo, de las cuales 9 son mujeres y 1 es hombre. Estos participantes representan casos reales que permiten analizar de manera profunda las experiencias individuales durante el proceso de duelo.

3.5.2 Muestra

Dado que la población es pequeña y accesible en su totalidad, la muestra corresponde a la población completa, es decir, los 10 participantes incluidos en el estudio. Este enfoque permite realizar un análisis detallado y profundo de cada caso, característica central de la metodología de estudio de caso.

3.5.3 Unidad de análisis

A continuación, se presentan una serie de casos de duelo, donde se le brindó la atención específica según la necesidad del paciente.

3.5.3.1 Primer Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Madre. Paciente del sexo femenino de 37 años, que actualmente está pasando por un duelo no resuelto debido al fallecimiento de su madre quien era uno de los pilares más importantes para la misma, y debido a ello han surgido varias situaciones que están ocasionando que R se sienta sola, sin apoyo por parte de sus relaciones estrechas (hermanos), ya que están en una disputa por la herencia familiar. Lo cual ha provocado que R este bajo más estrés y tensión, y se sienta culpable por no estar cumpliendo lo que la madre dejó establecido en el testamento.

3.5.3.2 Segundo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Hermano. Paciente de 33 años del sexo femenino que acude al servicio de psicología, porque tras la pérdida de su hermano hace un año por homicidio, continúa sintiéndose decaída, con llanto recurrente, con síntomas depresivos, apatía, pensamientos recurrentes acerca del posible sufrimiento de su hermano en los últimos momentos de su vida, falta de sueño y falta de apetito, y poca motivación para hacer las cosas.

3.5.3.3 Tercer Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Abuelo. Paciente de 38 años del sexo femenino que acude a consulta por la muerte de su abuelo, ella expresa que se ha sentido muy triste sin ganas de hacer las cosas que, hacia antes, sin ganas de salir con sus amigos, llora contantemente y extraña mucho a su abuelo. Su abuelo falleció hace 6 meses.

3.5.3.4 Cuarto Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Abuela. Paciente de 14 años del sexo femenino que acude a consulta por el fallecimiento de su abuela, ocurrido hace 3 meses. La paciente expresa que se ha sentido muy triste, lo cual ha afectado su

rendimiento académico y su vida en general. Refiere que no tiene el mismo interés en realizar actividades que antes disfrutaba y que su concentración en los estudios ha disminuido. Comenta que llora con frecuencia y siente un gran vacío al recordar a su abuela.

3.5.3.5 Quinto Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Pareja. Paciente de 33 años del sexo femenino que acude a consulta por la reciente pérdida de su esposo, quien falleció de forma violenta. El paciente refiere que su pareja estuvo detenida por 12 años, período en el cual creyó que él había muerto, viviendo un proceso de duelo. Tras su regreso, ambos convivieron durante tres años y criaron juntos a su hija, quien actualmente es adolescente. Hace aproximadamente dos días, su esposo salió de casa y fue encontrado sin vida. La paciente manifiesta sentimientos de tristeza profunda, confusión y una pérdida general de interés en sus actividades diarias. Presenta síntomas de ansiedad y depresión, condiciones previamente diagnosticadas, que se han intensificado desde la pérdida. Expresa miedo a perder el control de sus emociones.

3.5.3.6 Sexto Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Padre. Paciente de 29 años del sexo femenino que acude a consulta por la muerte de su padre, quien falleció en 2021 debido a COVID-19. El paciente expresa que aún no ha podido superar esta pérdida, ya que siente una profunda culpa por no haber hecho más por él en sus últimos momentos. Refiere que frecuentemente sueña con su padre y ha perdido el interés en varias actividades que antes le eran significativas. Además, tiene una hija de 7 meses, lo que la lleva a reprimir sus emociones para evitar transmitir su tristeza al bebé. La paciente también menciona un embarazo ectópico ocurrido hace algunos años, evento que ha impactado negativamente en su estado emocional. Por otra parte, en tres ocasiones ha sido víctima de abuso no consumado.

3.5.3.7 Séptimo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Esposo. Paciente de 90 años del sexo femenino que acude a consulta debido a un estado de tristeza profunda tras el fallecimiento de su esposo, quien murió recientemente a causa de un derrame cerebral. La paciente expresa que extraña mucho a su esposo y que la ausencia de su compañía le ha generado sentimientos de soledad y vacío.

3.5.3.8 Octavo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Tía. Paciente de 33 años del sexo femenino que acude a consulta por el fallecimiento de su tía hace 2 meses, quien murió a causa de insuficiencia renal. La paciente relata que tenía una relación muy cercana con su tía y estuvo presente durante todo el proceso de su enfermedad, brindándole apoyo y acompañamiento. Expresa que la pérdida ha sido un golpe emocionalmente fuerte tanto para ella como para su familia, y manifiesta sentimientos de tristeza al recordarla.

3.5.3.9 Noveno Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Padre. Paciente de 31 años del sexo masculino que acude a consulta por el fallecimiento de su padre, ocurrido hace 6 meses debido a cáncer de páncreas. El paciente menciona que ha sido una experiencia muy difícil, ya que comenzó a vivir el duelo desde el momento del diagnóstico. A pesar de ello, siente profundamente la ausencia de su padre y expresa que esta pérdida le ha generado un gran vacío. Además, comenta que con la muerte de su padre ha asumido mayores responsabilidades, haciéndose cargo de varios asuntos del hogar y de las fincas familiares, lo cual ha añadido una carga significativa a su vida.

3.5.3.10 Decimo Caso: Paciente que Acude a Consulta por la Muerte de su Hijo. La paciente, una mujer de 60 años, acude a consulta a raíz de la pérdida de su hijo, quien falleció hace dos años en circunstancias violentas. Desde entonces, ha experimentado un incremento en síntomas de tristeza profunda, apatía y dificultad para retomar su rutina diaria. Menciona que le

cuesta realizar actividades que anteriormente disfrutaba y que ha perdido el interés en socializar. Además, relata que le invade una sensación de vacío y desesperanza, especialmente al recordar a su hijo.

Antes de la pérdida, la paciente ya había sido diagnosticada con ansiedad, y presentaba síntomas como preocupación excesiva, tensión muscular y dificultades para dormir. En la última evaluación, aplicada a través del *Test de Hamilton para la Depresión*, obtuvo una puntuación de 16, indicando una depresión moderada. Los síntomas depresivos actuales incluyen llanto frecuente, insomnio, baja autoestima, y sentimientos de culpa, así como una visión negativa del futuro.

La paciente expresa que, aunque intentó superar la pérdida, siente que la intensidad del dolor y el sufrimiento ha aumentado, afectando su salud mental y emocional. Además, muestra dificultad para hablar sobre la muerte de su hijo, ya que esto le genera un gran malestar emocional, aunque reconoce que desea aprender a lidiar con su duelo de una manera más adaptativa.

3.6 Técnicas e Instrumentos para la Recolección de la Información

3.6.1 Tipos de Instrumentos

Entrevistas Semi Estructuradas

Para los autores Díaz et al. (2013):

Las entrevistas semi estructuradas Son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio (p. 163).

Escala de Hamilton para la depresión

Según el autor Purriños (s.f):

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. (p. 1)

Inventario de Depresión Infantil

El CDI es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos. Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos.

El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

Técnica de Observación

Para la recolección de información en este estudio de caso cualitativo sobre terapia de apoyo en el proceso de duelo, se utilizó la observación como técnica principal. La observación

permite registrar de manera sistemática las conductas, emociones y reacciones de los participantes durante el desarrollo del proceso terapéutico, identificando patrones y comportamientos relevantes que aportan información directa sobre el proceso de duelo (Creswell, 2014).

3.7 Proceso de validación de los instrumentos

Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS o Ham-D)

La página de Medscape (2020) mencionó que:

La Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D o HDRS) es el instrumento más utilizado para evaluar los síntomas de depresión. Se ha empleado en numerosos estudios clave sobre la depresión y su tratamiento. Está diseñada para ser administrada por profesionales clínicos tras una entrevista estructurada o no estructurada al paciente para determinar sus síntomas. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones individuales de cada pregunta.

Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Maria Kovacs

A como lo estipula el autor Kovacs (2004):

Es una herramienta de autoinforme diseñada para evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Se trata de uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptado por todos los expertos en DI. Sin embargo, se le han hecho algunas críticas. Una de ellas se refiere a la presentación de cada ítem en tres frases que expresan gradación del síntoma, puesto que se considera que puede dificultar la comprensión en edades inferiores a los 7 años. También se ha criticado la baja especificidad, del instrumento que se achaca a su precoz aparición cuando aún no estaba bien determinado el concepto de depresión infantil. (p. 6)

3.8 Descriptores de Estudio

Objetivo 1: Identificar los diferentes tipos de duelo y sus características.

Descriptores: duelo, tipos de duelo, manifestaciones emocionales, pérdida, reacciones emocionales.

Objetivo 2: Evaluar los síntomas emocionales y conductuales presentes en los pacientes en duelo, para detectar signos de duelo complicado, ansiedad o depresión

Descriptores: duelo complicado, ansiedad, depresión, síntomas emocionales, comportamiento, salud mental.

Objetivo 3: Analizar los factores personales, familiares y sociales que puedan influir en la aparición de complicaciones durante el proceso de duelo.

Descriptores: factores personales, factores familiares, factores sociales, apoyo social, entorno familiar, estigmas, recursos internos.

Objetivo 4: Diseñar estrategias de intervención psicológica que aborden de manera específica las necesidades emocionales de los pacientes con duelo complicado, ansiedad o depresión.

Descriptores: estrategias de intervención, terapia de apoyo, afrontamiento, manejo emocional, bienestar psicológico, técnicas de intervención.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Estudio de los casos

De acuerdo con el objetivo general de la investigación el cual es identificar las posibles complicaciones que pueden surgir durante el proceso de duelo, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión, con el fin de brindar un apoyo psicológico integral y oportuno a los pacientes, el resultado obtenido revela una prevalencia significativa de depresión o síntomas depresivos en la mayoría de los pacientes específicamente 8 de ellos.

Este hallazgo difiere de las emociones negativas, que pueden requerir servicios especializados para prevenir el desarrollo de mayores conflictos y mejorar la calidad de vida de los afectados. Además, los resultados resaltan la importancia de utilizar estrategias adecuadas de seguimiento e intervención temprana como la terapia cognitiva conductual que fue la terapia de apoyo utilizada en la investigación la cual ayudo a aliviar síntomas y reducir los efectos emocionales y psicológicos del duelo en las personas afectadas.

Según el objetivo específico de este estudio, que es identificar los diferentes tipos de duelo y sus características, los resultados mostraron que se encontró que los casos 4, 8 y 9 corresponden al tipo de duelo anticipado, en el que el paciente comienza a experimentar el proceso de duelo antes de perder a un ser querido, generalmente en respuesta a una enfermedad aguda o crónica.

Por otro lado, los casos 1, 2 y 6 presentan características propias de un duelo sin resolver. Estos pacientes manifiestan una dificultad persistente para aceptar la pérdida, lo que conlleva una prolongación en el tiempo del dolor y malestar emocional. En estos casos, es común observar síntomas como la negación de la realidad de la pérdida, sentimientos de culpa y una tendencia a evitar la confrontación con los recuerdos del ser querido. En cuanto al caso 8, se clasifica como

duelo ausente, un tipo de duelo en el que el individuo parece no mostrar signos externos de dolor o afectación tras la pérdida. Este tipo de respuesta puede deberse a mecanismos de defensa o negación inconsciente, y es frecuente en personas que no permiten o no logran expresar sus emociones ante la pérdida. Finalmente, los casos 3 y 5 presentan características de un duelo inhibido, en el cual los pacientes experimentan dificultades significativas para expresar o procesar su dolor emocional. Este tipo de duelo se caracteriza por una represión o contención de las emociones asociadas a la pérdida, que en algunos casos puede derivar en síntomas psicossomáticos o trastornos de salud mental a largo plazo si no se interviene adecuadamente.

Con respecto al objetivo de diseñar estrategias de intervención psicológica que aborden de manera específica las necesidades emocionales de los pacientes con duelo complicado, ansiedad o depresión, se implementaron intervenciones terapéuticas en diversos contextos. Las sesiones se realizaron tanto en la clínica como en el entorno familiar del paciente. Esta variedad de modalidades permitió crear un ambiente de confianza y apoyo constante, adaptado a las necesidades y disponibilidad del cliente, facilitando así la apertura emocional.

Durante estas sesiones, se empleó la terapia cognitivo-conductual (TCC) como enfoque principal para brindar el apoyo emocional necesario y acompañar al cliente en el proceso de duelo. La TCC se utilizó para ayudar a identificar y modificar pensamientos y patrones de conducta que podrían estar contribuyendo a intensificar el dolor de la pérdida, promoviendo al mismo tiempo habilidades de afrontamiento saludables y la aceptación de emociones complejas. Los resultados de estas intervenciones muestran una mejora en el bienestar emocional del cliente, manifestada a través de una mayor capacidad para identificar y verbalizar sus emociones, así como una disminución de sentimientos de aislamiento y confusión.

A medida que se avanzó en el proceso, se observó que el cliente lograba integrar de manera más adaptativa sus emociones de tristeza y enojo, mientras que los sentimientos de culpa y confusión fueron abordados y reformulados de manera terapéutica, favoreciendo una perspectiva de autocompasión y entendimiento. El espacio seguro y el apoyo emocional brindado a través de estas sesiones han resultado efectivos para mejorar el estado emocional del cliente, fortaleciendo su resiliencia y facilitando una adaptación saludable en su proceso de duelo.

Con respecto al objetivo de evaluar los síntomas emocionales y conductuales presentes en los pacientes en duelo, para detectar signos de duelo complicado, ansiedad o depresión, se trabajó en sesiones terapéuticas con un enfoque en cada una de estas fases para facilitar una mayor claridad y autoconciencia en los pacientes. En los casos analizados (del 1 al 9), se observó que cada paciente transitaba las etapas de manera única, mostrando distintas velocidades y grados de dificultad en cada fase.

Etapas de Negación: En los casos 1, 4 y 7, se evidenció una negación prolongada. Los pacientes en esta etapa tendieron a evitar confrontar la realidad de la pérdida, mostrando una resistencia inicial a aceptar los cambios emocionales y de vida derivados de la misma. Las intervenciones terapéuticas se enfocaron en validar sus emociones y ayudarles a reconocer la negación como una respuesta natural inicial al duelo.

Etapas de Ira: Los casos 2, 3 y 6 manifestaron una ira intensa, que incluía sentimientos de injusticia y enojo hacia sí mismos, otros o situaciones relacionadas con la pérdida. Se trabajó en el manejo de esta emoción a través de técnicas de reestructuración cognitiva, ayudando a los pacientes a comprender y canalizar su enojo de manera constructiva.

Etapas de Negociación: En los casos 5 y 8, la negociación fue una etapa relevante, donde los pacientes presentaron pensamientos de "qué hubiera pasado si" o intentos de buscar

explicaciones que ofrecieran sentido a la pérdida. La intervención en esta fase incluyó la identificación de estos patrones de pensamiento y el fomento de una autocompasión y aceptación gradual de las limitaciones de control sobre la situación.

Etapas de Depresión: En los casos 1, 6 y 9, los pacientes experimentaron síntomas de depresión relacionados con el duelo, que incluían sentimientos de tristeza profunda, pérdida de interés en actividades y aislamiento social. La terapia se centró en validar estos sentimientos y en promover actividades que fomentaran el bienestar emocional, junto con técnicas de TCC para reestructurar pensamientos negativos asociados con la pérdida.

Etapas de Aceptación: En los casos 3 y 8, los pacientes lograron alcanzar la etapa de aceptación, mostrando una disposición creciente a integrar la pérdida en sus vidas y a continuar adelante con mayor serenidad.

Primer caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su madre

Se logró el mejoramiento en el bienestar físico general del paciente, implementaron técnicas de relajación progresiva y ejercicios de respiración dentro de su rutina diaria en la madrugada al hacer estiramientos y antes de dormir, manejo de emociones (tristeza y enojo), cambio en algunos pensamientos.

Sin embargo, hay otras áreas en las que la paciente debe de trabajar y abordarse en terapia, ya que como esta terapia fue específicamente solo para duelo no se puede trabajar las otras áreas en las que la paciente necesita atención psicológica.

Segundo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su hermano

Los resultados que se pudieron observar durante y al finalizar la terapia son bienestar físico y emocional, aceptación de la pérdida. Además, se midió el progreso en cuanto a los síntomas depresivos con la escala de Hamilton la cual al inicio mostro un diagnóstico de una

depresión moderada donde la paciente menciona que algunos días sentía que no quería existir que sentía un vacío por la muerte de su hermano, sin embargo, recordaba que tiene una hija se motivaba a continuar, al final de la terapia el resultado del retest fue de no deprimido, lo cual significa que la paciente se encuentra en un estado de bienestar emocional adecuado en cuanto a su duelo. Para finalizar se puede decir que la paciente aprendió a aceptar su pérdida.

Sin embargo, hay otras áreas en las que la paciente debe de trabajar y abordarse en terapia, ya que como esta terapia fue específicamente solo para duelo no se pueden trabajar las otras áreas en las que la paciente necesita atención psicológica.

Tercer caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuelo

Los resultados obtenidos durante la atención terapéutica de la paciente fueron bastante significativos ya que en la primera aplicación de la escala de Hamilton la paciente puntuó en 13 lo que significa una depresión ligera o menor, durante las sesiones la paciente se mostró colaboradora y poco a poco se fueron abordando los problemas emocionales relacionados a su duelo. Al momento de realizar el retest la paciente obtuvo una puntuación de 7 lo que significa que no está deprimida y que logró aceptar el fallecimiento de su ser querido y su ausencia.

Sin embargo, hay otras áreas en las que la paciente debe de trabajar y abordarse en terapia, ya que como esta terapia fue específicamente solo para duelo no se pueden trabajar las otras áreas en las que la paciente necesita atención psicológica.

Cuarto caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuela

El paciente mostró disposición para conversar acerca de sus emociones de tristeza, vacío y pérdida. Al compartir recuerdos y vivencias junto a su abuela, describió de manera clara la tristeza emocional que experimenta y cómo la falta de su abuela ha impactado en su rutina diaria. En la entrevista se aplicó un test llamado CDI para medir depresión en niños y adolescentes, la

cual obtuvo un percentil de 91 que indica la presencia de sintomatología depresiva debido al duelo. Durante la sesión, el paciente se permitió llorar en ciertos momentos para soltar parte de la tensión emocional que tenía acumulada. Esta expresión de tristeza fue reconocida como una reacción normal y beneficiosa ante la aflicción. Además, experimentó una reducción en su habilidad para concentrarse y en su motivación académica.

Mediante preguntas de investigación, descubrió en qué medida su tristeza afecta su rendimiento académico, lo que llevó a reconocer la importancia de recibir apoyo en esa área. Se identificaron recursos de apoyo como familiares, amigos y actividades que aún le brindan consuelo, aunque en menor medida. Se fijaron algunas metas iniciales por el paciente y el terapeuta, como adquirir habilidades de afrontamiento emocional, aumentar la concentración en las tareas escolares y buscar formas positivas y constructivas de recordar a la abuela, que al final de las sesiones terapéuticas se lograron. Se aplicó nuevamente un retest de CDI donde la paciente obtuvo una puntuación de 75 lo cual indica que mejoro su sintomatología.

Quinto caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su pareja

El paciente mostró una combinación de shock, tristeza e incredulidad al expresar sus sentimientos y confusión emocional. Habló sobre cómo en el pasado comenzó a sentir duelo al pensar que su esposo había muerto mientras estaba detenido, lo que le provocó confusión al sentir nuevamente el duelo por su reciente y definitiva pérdida. Se aplicó un test de Hamilton para medir la sintomatología depresiva en donde la paciente obtuvo una puntuación de 23 lo que indica que se encuentra en una depresión severa.

La paciente explicó cómo la noticia ha impactado su salud mental, sus actividades diarias y su conexión con los demás. Manifestó problemas para volver a sus rutinas habituales y se sintió abrumada por la continua experiencia de duelo, lo que le ocasiona sensaciones de falta de

esperanza. Durante la consulta, el paciente mencionó síntomas físicos y emocionales como ansiedad, insomnio y pérdida de apetito. Este logro les permitió identificar áreas de intervención que abordan no solo el dolor emocional, sino también las manifestaciones físicas de su proceso de duelo. Se exploraron ciertas tácticas preliminares de cuidado personal y métodos de respiración para asistirle en disminuir la ansiedad en situaciones críticas. Se indica la opción de implementar una rutina que contenga actividades agradables o tranquilizantes como estrategia para disminuir la incomodidad. Esto fue fundamental para empezar a consolidar su red de apoyo y disminuir la sensación de soledad durante su duelo. (falta hacer retest, ya que la paciente abandono terapia).

Sexto caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre

La paciente manifestó emociones de tristeza, frustración y cierta culpa sin resolver en relación con su padre. Habló sobre la inesperada muerte de su padre durante la pandemia, lo que la privó de despedirse apropiadamente y ha dificultado su proceso de duelo. La paciente indicó cómo este suceso continúa impactando su rutina diaria y sus vínculos interpersonales. Se aplicó un test de Hamilton para medir la sintomatología depresiva en donde la paciente obtuvo una puntuación de 23 lo que indica que se encuentra en una depresión severa.

Además, menciona que, a pesar de intentar seguir con sus actividades habituales, la tristeza y la sensación de vacío siguen presentes, y le está resultando complicado finalizar este proceso de duelo. La paciente mencionó señales como nerviosismo, falta de sueño y episodios de llanto repentinos. Este reconocimiento permitió abordar cómo su proceso de duelo no resuelto ha contribuido a su malestar emocional y físico. El paciente se sintió acompañado y escuchado durante la sesión, lo que favoreció la expresión sincera de sus emociones.

El entorno seguro permitió momentáneamente disminuir su inquietud y le brindó la oportunidad de reflexionar sobre los recuerdos de su padre de forma más interna. Se fijaron ciertos objetivos iniciales para las siguientes sesiones, como abordar la aceptación de la pérdida, investigar métodos de cuidado personal emocional y técnicas para disminuir la ansiedad y mejorar el descanso. Además, se consideró la opción de establecer un ritual individual para despedirse de su padre, con el objetivo de lograr un cierre simbólico. Se aplicó un retest para observar si el proceso de terapia le ha ayudado a su bienestar emocional donde la paciente obtuvo una puntuación de 16 lo que indica un mejoramiento en su sintomatología. Sin embargo, existen otras áreas de su vida que se deben trabajar en otras sesiones.

Séptimo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su esposo

La paciente comunicó emociones de profunda tristeza y soledad, indicando que su esposo la acompañó como compañía principal por muchos años. Se aplicó un test de Hamilton para medir la sintomatología depresiva en donde la paciente obtuvo una puntuación de 11 lo que indica que se encuentra en una depresión menor. Durante la sesión, se le permitió llorar, lo que le ayudó a liberar algo de su dolor ya mostrar cuánto había sufrido por la pérdida.

La paciente mencionó vivencias con su esposo, demostrando agradecimiento y añoranza. Recordar este proceso permitió acceder a los aspectos buenos de su relación y la identidad formada a lo largo de los años con su pareja. Además, admitió que la falta de su esposo ha cambiado notablemente su rutina diaria y su sensación de propósito. Explicó que las cosas que solía hacer con él ahora le dejan un vacío, lo cual añade a su tristeza. Se examinaron las conexiones de respaldo existentes, como parientes o amigos, que podrían ofrecerle compañía y apoyo emocional.

Se fijaron metas iniciales para abordar la aceptación de la pérdida y desarrollar una nueva rutina que le brinde un sentido de propósito y bienestar. Además, se discutió la opción de llevar a cabo ceremonias (rezar el rosario) pequeñas en memoria de su esposo, como una manera de expresar su tristeza y encontrar a consuelo. Se aplicó un retest donde la paciente obtuvo una puntuación de 8 lo que indica que ha mejorado en su sintomatología depresiva.

Octavo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su tía

La paciente logró comunicar sin reservas sus emociones de tristeza y soledad. Rememorar experiencias con su tía ha sido liberador, ayudándole a apreciar la importancia que esta persona tuvo en su vida y la influencia de su ausencia. La aceptación de sus reacciones como parte natural del duelo se logró mediante la validación de estas emociones en terapia. El paciente describió cómo la tristeza ha impactado en su estado de ánimo y en sus hábitos diarios, disminuyendo su participación en actividades que solía disfrutar.

Noveno caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre

Durante las sesiones, el paciente aprendió a identificar y expresar sus sentimientos de tristeza y vacío, reconociendo también el impacto positivo de sus esfuerzos para asumir las nuevas responsabilidades familiares.

Se observó un progreso significativo en su capacidad para manejar la carga emocional y las exigencias derivadas de sus obligaciones, fortaleciendo sus habilidades de afrontamiento y promoviendo un mayor equilibrio en su vida personal y familiar. Aunque el duelo sigue siendo un proceso en curso, el paciente reporta sentirse más preparado para continuar enfrentando los desafíos, encontrando sentido en el legado de su padre y en las responsabilidades asumidas.

Décimo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su hijo

En el proceso de terapia, se consiguió una disminución en la intensidad de la sensación de vacío y desesperanza, además de un avance en su habilidad para manejar emociones vinculadas al luto.

A pesar de que el interés por las actividades de ocio y la socialización todavía necesita reforzamiento, la paciente ha comenzado a incorporar pequeñas actividades en su día a día y a hallar instantes de tranquilidad al recordar a su hijo. Se aconseja seguir con el apoyo psicológico para consolidar los avances alcanzados y fomentar un vínculo más fuerte con su ambiente y con actividades de relevancia.

4.2 Conclusiones

Los resultados evidencian que una intervención oportuna favorece un proceso de adaptación más saludable y previene el desarrollo de trastornos emocionales severos.

Se observa que reconocer los diferentes tipos de duelo y sus características facilita la personalización de las estrategias de intervención. La investigación confirma que la evaluación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en terapia de duelo proporciona información fundamental para el diseño de intervenciones ajustadas a su estado emocional. Se evidencia que aquellos pacientes con síntomas elevados requieren un seguimiento más intensivo y, en algunos casos, derivaciones a otros especialistas.

Los resultados destacan la importancia de proporcionar un espacio seguro donde los pacientes puedan expresar emociones como tristeza, enojo, culpa o confusión. Se concluye que la validación emocional dentro del proceso terapéutico favorece la regulación afectiva y el afrontamiento saludable de la pérdida.

Se confirma que ayudar a los pacientes a comprender y procesar las diferentes etapas del duelo facilita su adaptación a la pérdida. La orientación terapéutica en cada fase contribuye a la reducción del sufrimiento emocional y al avance progresivo hacia la aceptación.

4.3 Recomendaciones

Permitir que se aborde el tema en otras tesis o estudios posteriores mediante otros instrumentos y metodologías diferentes, más avanzadas o del mismo nivel y áreas de conocimiento distintas o incluso en otros temas.

Se recomienda a los profesionales de la salud mental implementar protocolos de evaluación sistemática para identificar signos de duelo prolongado, ansiedad o depresión en los pacientes. Esto permitirá una intervención temprana y reducirá el riesgo de desarrollar trastornos emocionales severos.

Es fundamental que los profesionales de la salud mental adapten sus enfoques terapéuticos a las características específicas de cada tipo de duelo. Para ello, se sugiere capacitar a los terapeutas en el reconocimiento de las distintas manifestaciones del duelo y su abordaje adecuado.

Se recomienda a la UCENM aplicar herramientas estandarizadas en sus prácticas para medir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en terapia de duelo. Estas evaluaciones permitirán un seguimiento más preciso y facilitarán la toma de decisiones respecto a la necesidad de intervenciones más intensivas o derivaciones a otros especialistas.

Es esencial garantizar un entorno terapéutico donde los pacientes puedan expresar libremente sus emociones sin temor a ser juzgados. Para ello, se recomienda implementar técnicas que fomenten la validación emocional y la exploración segura de sentimientos relacionados con la pérdida.

Se sugiere que los terapeutas en general empleen estrategias psicoeducativas para ayudar a los pacientes a comprender y procesar las diferentes etapas del duelo. Esto facilitará su adaptación emocional y promoverá un afrontamiento más saludable.

CAPITULO 5: APLICABILIDAD

A continuación, se presentan los planes terapéuticos de acuerdo a la necesidad del paciente para trabajar la pérdida.

Tabla 1

Primer caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su madre

Objetivos	Actividades	Sesiones	Recursos
Conocer al paciente y generar una buena relación terapéutica.	Entrevista al paciente Aplicación de escala de depresión de Hamilton. El paciente exprese la historia del caso.	1	Material didáctico.
Facilitar la expresión de sentimientos relacionados con la situación actual	Psicoeducación acerca del duelo y sus etapas. Tarea: Diario de emociones.	2	Material didáctico.
Desarrollar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente.	Escribir pensamientos positivos y negativos. Sugerir la realización de actividades agradables para la reintegración a la vida diaria.	3	Material didáctico.
Afrontar y procesar el duelo no resuelto para aliviar los síntomas depresivos y promover el bienestar emocional.	Realizar carta a su madre. Enseñar una técnica de relajación.	4	Material didáctico.
Reconocer y aceptar la realidad de la muerte.	Mostrar un video motivacional y hacer una reflexión.	5	Material didáctico.
Evaluar el progreso de la terapia.	Aplicación de escala de depresión de Hamilton.	6	Material didáctico.
Realizar el cierre de la terapia	Reconocer los avances mediante la elaboración de un resumen de sus emociones desde el inicio hasta el final de la terapia.	7	Material didáctico.

Tabla 2

Segundo caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su hermano

Objetivos	Actividades	Sesiones	Recursos
Conocer al paciente y generar una buena relación terapéutica.	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de depresión de Hamilton.	1	Material didáctico.
Lograr que el paciente sea capaz de reconocer y verbalizar sus emociones.	Utilizar actividades de expresión emocional como el emocionometro. Psicoeducación acerca del duelo y sus etapas. Tarea: Redactar una carta para su hermano.	2	Material didáctico.
Afrontar y procesar el duelo no resuelto para aliviar los síntomas depresivos y promover el bienestar emocional.	Lectura de la carta que escribió para su hermano. Enseñar una técnica de relajación.	3	Material didáctico.
Identificar y desafiar pensamientos negativos que contribuyan a la depresión.	Aprender sobre las distorsiones cognitivas y tratar de identificarlas en tus pensamientos negativos.	4	Material didáctico.
Reconocer y aceptar la realidad de la muerte.	Mostrar un video motivacional y hacer una reflexión.	5	Material didáctico.
Evaluar el progreso de la terapia.	Aplicación de escala de depresión de Hamilton.	6	Material didáctico.
Realizar el cierre de la terapia.	Reconocer los avances mediante la elaboración de un resumen de sus emociones desde el inicio hasta el final de la terapia.	7	Material didáctico.

Tabla 3

Tercer caso: Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuelo

Objetivos	Actividades	Sesiones	Recursos
Conocer al paciente y generar una buena relación terapéutica.	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de depresión de Hamilton.	1	Material didáctico.
Identificar y comunicar los sentimientos asociados con la pérdida.	Utilizar actividades de expresión emocional como la ruleta emocional. Psicoeducación acerca del duelo y sus etapas. Tarea: Diario de emociones. Carta a su abuelo.	2	Material didáctico.
Afrontar y procesar el duelo no resuelto para aliviar los síntomas depresivos y promover el bienestar emocional. Fomentar la evocación de recuerdos positivos y significativos.	Discusión del diario de emociones. Leer carta de despedida expresando lo que significó el abuelo y cómo seguirá presente en su vida. Enseñar una técnica de relajación.	3	Material didáctico.
Identificar y desafiar pensamientos negativos que contribuyan a la depresión.	Realizar una lista de pensamientos negativos y positivos.	4	Material didáctico.
Identificar y expresar emociones relacionadas con la pérdida.	Realizar actividad de expresión de emociones.	5	Material didáctico.
Evaluar el progreso de la terapia	Aplicación de escala de depresión de Hamilton.	6	Material didáctico.
Cierre de la terapia.	Reconocer los logros durante la terapia.	7	Material didáctico.

Tabla 4

Cuarto caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su abuela

Objetivos	Actividades	Sesiones	Recursos
Facilitar la expresión de emociones relacionadas con la pérdida.	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de Hamilton de Depresión. Tarea: diario de emociones.	1	Hojas de papel y lápiz.
Validar y expresar emociones relacionadas con el duelo.	Discusión de tarea. Ejercicio de expresión emocional: Dibujar o escribir sobre los recuerdos con su abuela y cómo se siente al recordarla.	2	Materiales de arte.
Identificar pensamientos negativos y fomentar el recuerdo positivo.	Técnica de la "carta de despedida" en la que escriba una carta a su abuela expresando sus sentimientos actuales. Tarea: Técnica de "recuerdo positivo": Crear un "álbum de memoria" donde añada fotos o dibujos de momentos felices con su abuela.	3	Papel y lápiz.
Mejorar la concentración y la motivación académica.	Practicar reemplazo de pensamientos negativos por pensamientos de gratitud hacia su abuela. Realizar ejercicios de relajación y respiración para reducir la ansiedad antes de estudiar. Comentarle a la madre los avances de su hija.	4	Material de autoayuda.

Tabla 5.

Quinto caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su pareja

Objetivos Terapéuticos	Actividades	Sesiones	Recursos
Validar y procesar emociones complejas (shock, confusión, rabia).	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de Escala de Hamilton de Depresión. Tarea: Diario Emocional (escribir diariamente sobre sus pensamientos y emociones).	Sesión 1	Diario, bolígrafo y Test de Hamilton.
Reconocer y explorar el duelo previo y el impacto de esta pérdida.	Técnica de línea de tiempo para reflejar cómo ha sido el proceso de duelo inicial y cómo esta pérdida afecta sus sentimientos actuales. Conversación guiada sobre los momentos más difíciles de cada proceso de duelo.	Sesión 2	Papel, lápices de colores y guía para elaborar línea de tiempo.
Construir estrategias de afrontamiento para el dolor y la ira.	Identificación de disparadores emocionales y desarrollo de un plan de afrontamiento con técnicas como la respiración profunda o el conteo regresivo.	Sesión 3	Técnicas de respiración.
Establecer una nueva perspectiva de futuro y fomentar el autocuidado	Dinámica de “Visión a Futuro”: Realizar una lista de metas que desea alcanzar para su bienestar y paz. Crear un plan de autocuidado semanal con actividades que le ayuden a reconectar con su identidad.	Sesión 4	Hojas de papel y hoja de trabajo para plan de autocuidado.

Tabla 6

Sexto caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre

Objetivos Terapéuticos	Actividades	Sesiones	Recursos
Validar y expresar las emociones relacionadas con ambas pérdidas.	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de depresión de Hamilton. Tarea: Técnica de "diario de duelo": Escribir sobre los sentimientos de pérdida de su padre y del embarazo.	Sesión 1	Cuaderno, bolígrafo y Test de Hamilton.
Explorar el impacto emocional de ambas experiencias y reconocer el proceso de duelo.	Línea de tiempo emocional para reflexionar sobre momentos clave desde la pérdida de su padre Conversación sobre el impacto emocional y cómo ha cambiado su vida. Tarea: Listado de recursos de apoyo y red social para afrontar momentos difíciles.	Sesión 2	Papel, lápices de colores y plantilla para línea de tiempo.
Identificar estrategias de afrontamiento para el dolor y la aceptación.	Técnica de reencuadre para cambiar pensamientos negativos relacionados con ambas pérdidas.	Sesión 3	Hoja de trabajo para reencuadre y lista de contactos de apoyo.
Promover la reconstrucción de la identidad y la proyección hacia el futuro.	Ejercicio de "redefinición de metas": Establecer objetivos personales y actividades que la motiven. Crear un plan de autocuidado que incluya actividades que le generen bienestar. Cierre de Proceso terapéutico.	Sesión 4	Papel para plan de metas y guía de autocuidado semanal.

Tabla 7

Séptimo caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su esposo

Objetivos Terapéuticos	Actividades	Sesiones	Recursos
Validar y expresar emociones de duelo	Entrevista al paciente El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de Escala de Hamilton de Depresión. Sesión de conversación abierta sobre sus sentimientos y recuerdos de su esposo.	Sesión 1	Cuaderno, bolígrafo, guías para la expresión de emociones y Test de Hamilton.
Recordar y honrar la vida del esposo.	Describir los recuerdos positivos y negativos compartidos con su pareja.	Sesión 2	Hoja de papel, y lápiz.
Promover el autocuidado y la búsqueda de apoyo social.	Elaborar un plan de autocuidado que incluya actividades diarias placenteras y tiempos de descanso acompañada por su hija. Fomentar la interacción social mediante la planificación de visitas familiares o actividades en grupo.	Sesión 3	Guía para el plan de autocuidado y lista de actividades sociales disponibles.

Tabla 8

Octavo caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su tía

Objetivos Terapéuticos	Actividades	Sesiones	Recursos
Validar y expresar emociones de duelo.	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de depresión de Hamilton. Tarea: Ejercicio de diario emocional para reflexionar sobre sus emociones y recuerdos.	Sesión 1	Cuaderno, bolígrafo, guías para la expresión de emociones. Test de Hamilton.
Recordar y honrar la vida de su tía.	Crear un "collage de recuerdos" que incluya fotos y mensajes sobre lo que su tía significó para ella. Participar en una actividad simbólica (como encender una vela) en memoria de su tía. Tarea: Carta de despedida para su tía.	Sesión 2	Material para el collage (fotos, tijeras, pegamento), vela.
Desarrollar estrategias de afrontamiento y autocuidado.	Lectura de carta a su tía Elaborar un plan de autocuidado que incluya actividades diarias placenteras y tiempos para el autocuidado emocional.	Sesión 3	Guía para el plan de autocuidado, lista de contactos de apoyo.

Tabla 9.

Noveno caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su padre

Objetivos Terapéuticos	Actividades	Sesiones	Recursos
Validar y expresar emociones relacionadas con el duelo.	Entrevista al paciente. El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de depresión de Hamilton. Tarea: Ejercicio de diario emocional para reflexionar sobre sus emociones y recuerdos.	Sesión 1	Cuaderno, bolígrafo, guías para la expresión de emociones. Test de Hamilton.
Reconocer y explorar el impacto del duelo.	Crear una "línea de tiempo" donde el paciente marque eventos significativos relacionados con la enfermedad y la muerte de su padre. Reflexionar sobre cómo ha cambiado su vida tras la pérdida.	Sesión 2	Papel, lápices de colores, plantilla para la línea de tiempo.
Desarrollar estrategias de afrontamiento y resiliencia.	Redactar una carta de despedida para su padre. Realizar ejercicios de respiración y mindfulness para manejar la ansiedad y el dolor emocional.	Sesión 3	Hoja de papel
Fomentar la conexión social y el autocuidado.	Elaborar un plan de autocuidado que incluya actividades diarias que promuevan el bienestar emocional (ejercicio, hobbies, etc.). Planificar reuniones con amigos o familiares para fortalecer el apoyo social. Cierre de sesiones terapéuticas.	Sesión 4	Guía para el plan de autocuidado, lista de actividades sociales, calendario.

Tabla 10

Décimo caso. Paciente que acude a consulta por la muerte de su hijo

Sesión	Objetivo	Actividades	Recursos
Sesión 1: Introducción y creación de un espacio seguro.	Establecer un ambiente de confianza y apertura, y explorar la experiencia de pérdida de la paciente.	Presentación y explicación del proceso terapéutico. Entrevista al paciente El paciente exprese la historia del caso. Aplicación de escala de depresión de Hamilton.	- Material de escritura (libreta y bolígrafos). - Ambiente privado y cómodo.
Sesión 2: Expresión emocional y validación del dolor.	Facilitar la expresión de emociones relacionadas con la pérdida, especialmente el dolor, la ira y la tristeza.	Técnica de externalización del dolor mediante cartas: la paciente escribe una carta a su hijo o al autor del crimen. Técnica de validación emocional mediante escucha empática.	Hojas y bolígrafos. Ambiente seguro para expresar emociones intensas.
Sesión 3: Exploración de recuerdos y significados.	Profundizar en los recuerdos y el significado de la relación madre-hijo para facilitar la aceptación de la pérdida.	Ejercicio de memoria positiva: compartir recuerdos significativos con su hijo y reflexionar sobre su legado. Dibujo o creación de un collage sobre la relación con su hijo.	Material de arte (colores, papel, revistas, tijeras, pegamento). Fotos o recuerdos personales, si lo desea.
Sesión 4: Trabajo en la reconstrucción del sentido de vida	Ayudar a la paciente a explorar cómo reconstruir su vida y establecer nuevas metas tras la pérdida.	Identificación de actividades y relaciones significativas que puedan aportar sentido. Elaboración de una lista de metas a corto y largo plazo para reencontrar un propósito personal.	Material de escritura. Plantillas de planificación de metas.
Sesión 5: Cierre	Reforzar el proceso de sanación y establecer estrategias para el manejo de momentos difíciles a futuro.	Reflexión sobre el proceso terapéutico y los logros alcanzados. Creación de una caja de recuerdos o símbolo de despedida. Plan de autocuidado y técnicas para mantener el bienestar emocional.	Caja decorativa y materiales para llenarla (si lo desea). Guía escrita con técnicas de autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdul, F., Vincent, X., Koon, S., & Bin, M. (2023). Psicoterapia interpersonal para el duelo traumático tras una pérdida por COVID-19: reporte de un caso. *frontiers in psychiatry*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10576431/>
- Alberola, V., Adsuara, L., & Reina, N. (2025). Intervención Individual en Duelo. *Hospital Arnau de Vilanova. Valencia*.
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>
- Alonso, L., Lacomba, L., & Pérez, M. (2020). Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Revista apoyada por los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021009>
- Alvarez, E. (2019). *Psicoterapia Humanista para el Duelo ¿En qué consiste?* Mar de Sendas Psicoterapia: <https://mardesendas.es/psicoterapia-humanista-para-el-duelo/#:~:text=La%20psicoterapia%20Humanista%20para%20el%20Duelo%20es%20un%20espacio%20de,lo%20que%20nos%20est%3%A1%20pasando>.
- Aranda, I. (2019). *Qué es el duelo y qué tipos existen*. Therapyside:
<https://www.therapyside.com/post-es/que-es-el-duelo-y-que-tipos-de-duelo-existen>
- Aresté, E. (2022). Abordaje integral del duelo en los adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*.
https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n2-2022/2022-n2-45_51_Tema-de-revision-Abordaje-integral-del-duelo-en-los-adolescentes.pdf
- Cabodevilla. (2007). Las pérdidas y sus duelos.
<file:///C:/Users/steph/OneDrive/Escritorio/maestria/duelo%20cadove.pdf>

- Cabodevilla, I. (2007). Las Pérdidas y sus Duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Díaz, B. (2025). *Julia Pascual*. El Duelo: <https://www.juliapascual.com/duelo/>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Elsevier*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
- Figueroa, M., Cáceres, R., & Torres, A. (2020). *Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo*. Fundasil.
<https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- García, I., & Bellver, A. (2019). El proceso del duelo: Particularidades en la infancia y la adolescencia. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/profile/Ascension-Bellver-Perez/publication/342232767_EL_PROCESO_DE_DUELO_PARTICULARIDADES_EN_LA_INFANCIA_Y_ADOLESCENCIA/links/5ee9e4a4299bf1faac5c929e/EL-PROCESO-DE-DUELO-PARTICULARIDADES-EN-LA-INFANCIA-Y-ADOLESCENCIA.pdf
- García, C., Grau, J., & Infante, O. (2013). Duelo y proceso salud - enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012
- Gomendio, L. (2019). *Duelo y Terapia Familiar Sistémica*. Universidad Pontificia.
<https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/238971/retrieve>
- Gutiérrez, M., de Horteiga, E., & Benítez, M. (2001). *Modalidades terapéuticas en el duelo*. Psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/depresion/modalidades-terapeuticas-en-el-duelo/>

Gutiérrez, M., de Horteza, E., & Benítez, M. (2001). *Modalidades terapéuticas en el duelo*.

Psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/depresion/modalidades-terapeuticas-en-el-duelo/>

Hamilton, M. (1959). Escala de Hamilton para la ansiedad. *consejería de salud*,

file:///C:/Users/steph/Downloads/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.

Julian, L., & Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *clinica contemporanea*.

<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2022a8>

Julian, L., & Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Clínica Contmporánea*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.5093/cc2022a8>

Kernberg, O. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Psicoterapias_de_apoyo.pdf

Kovacs, M. (2004). *Children's Depression Inventory, Maria Kovacs, 1992. Multi-Health*

Systems. Toronto. (V. Gándara, & M. Carrasco, Trans.) Madrid: TEA Ediciones, S.A.

<https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/a01a360967ee6f89584a30da425ab119.pdf>

López, S., & Calderón, D. (2022). Caso clínico: el duelo. *Revista Sanitaria de Investigación*.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-el-duelo/>

Loria, L. (2018). *Estrategias para superar el duelo no complicado en una paciente de 26 años, atendida en La Dirección Municipal de la Mujer*. Universidad Panamericana.

<https://www.colegiodepsicologos.org.gt/wp-content/uploads/2022/06/Estudio-de-caso-estrategias-para-superar-el-duelo-no-complicado-en-una-paciente-de-26-anos.pdf>

Martinez, R. (2020). AFRONTAMIENTO DEL DUELO: ABORDAJE DESDE LA TERAPIA PSICODINAMICA. <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/14e3d078-82cf-48e4-acb2-4fe9b28a6a46/content>.

Matajira, Y., & Vargas, N. (2024). Estrategias de afrontamiento en adultos jóvenes con duelo por finalización de la relación de pareja. *Psychologia*. <https://doi.org/https://doi.org/10.21500/19002386.7022>

Mayo Clinic. (2025). *Duelo complicado*. <https://www.mayoclinic.org/es/enfermedades-condiciones/grief-complicado/symptoms-causes/syc-20360374>

Medscape. (2020). *Medscape*. Medscape:

<https://reference.medscape.com/calculator/146/hamilton-depression-rating-scale-ham-d-or-hdrs>

Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Suárez, S., & Martínez, S. (n.d.). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* .
<https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf#:~:text=El%20duelo%20es%20la%20reacci%C3%B3n%20emocional%20y,ante%20la%20p%C3%A9rdida%20de%20una%20persona%20amada>

Mitjana. (2019). Psicoterapia de apoyo: qué es y cuáles son sus características.

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c3e4eff7-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL5.pdf

- Muñoz, A. (2018). Intervención en un Caso Clínico de Duelo Traumático a Través de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*.
https://www.researchgate.net/profile/Amanda-Munoz-Martinez/publication/321356221_Intervencion_en_un_Caso_Clinico_de_Duelo_Traumatico_a_Traves_de_la_Psicoterapia_Analitica_Funcional/links/5a7bb7a6458515c95de4bcde/Intervencion-en-un-Caso-Clinico-de-Duelo-Tr
- Navar. (2007). Las perdidas y sus duelos. *scielo*, 30.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Neimeyer, R. (2012). Técnicas de terapia del duelo. In R. A. Neimeyer, *Técnicas de terapia del duelo* (p. 408). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203152683>
- Páez, F. (2017). *Tratamiento psicológico del duelo patológico desde la Terapia de Aceptación y Compromiso*. UAM. <https://libros.uam.es/tfm/catalog/download/924/1638/1617?inline=1>
- Parque del Recuerdo. (2024). *Apoyo al Duelo*. <https://contigoenelrecuerdo.cl/nuevo-el-papel-de-un-psicologo-en-el-proceso-de-duelo/>
- Purriños, M. (s.f). Escala de Hamilton.
https://medsol.co/informacion/medixen/depresion_escala_hamilton.pdf
- Ramirez, R. (2022). Pérdidas significativas y duelo en adolescentes, una mirada desde la orientación educativa. *REVISTA ConCiencia*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.7-2.7>
- recuerdo, P. d. (2024). Apoyo al duelo. *Parque del recuerdo*,
<https://contigoenelrecuerdo.cl/nuevo-el-papel-de-un-psicologo-en-el-proceso-de-duelo/>.
- Robert, V., & Garrido, V. (2024). *Abrazando el dolor: Cómo la terapia emocional puede ayudar a superar el duelo*. <https://adipa.cl/noticias/abrazando-el-dolor-como-la-terapia->

emocional-puede-ayudar-a-superar-el-
 duelo/?srsltid=AfmBOor9jWZYkd8RC0YaiKnXjo4vej6j-
 vH45BXn_rym8QxOh3mrmf3s

Rodríguez, M. (2019). Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado. *Ene Gris*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300008

Román, M. (2024). *Manifestaciones comunes durante la experiencia del duelo*.

ASSMCA.PR.GOV: <https://lifelinkfoundation.org/wp-content/uploads/2020/09/Manifestaciones-comunes-durante-la-experiencia-del-duelo.pdf>

Ruiz, L. (2019). *Psicoterapia de apoyo: qué es y cuáles son sus características*. Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/clinica/psicoterapia-de-apoyo>

Sampieri. (2022). Alcance de la investigación. <https://blogs.ugto.mx/mdued/wp-content/uploads/sites/66/2022/10/Tipos-alcances-y-disenos-de-investigacion-paginas-66-79.pdf>.

Sampieri, R. (2007). enfoque mixto segun sampieri. la metodología mixta es un diseño de investigación (o metodología) en el que los investigadores recopilan, analizan y combinan (integran o conectan) datos cuantitativos y cualitativos en un solo estudio o programa de investigación multifásica.

Sanabria, A. (2022). *EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL ABORDAJE DEL DUELO PERSISTENTE*. Konrad Lorenz.

<https://repositorio.konradlorenz.edu.co/server/api/core/bitstreams/f4ca6ca4-4dd7-4516-9b64-5b3be7ef377a/content>

Sanjuán Nuñez, L. (2019). *Investigación a la metodología cualitativa de la investigación*. Oberta UOC Publishing, SL.

https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147145/4/MetodosDeInvestigacionCualitativaEnElAmbitoLaboral_Modulo1_IntroduccionALaMetodologiaCualitativaDeInvestigacion.pdf

Sanz, B., Sanz, A., & Cruzado, J. (2023). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el duelo prolongado. *Psicooncología*.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/87570/4564456563797>

Vega, D. (s.f.). Escala de depresion de hamilton.

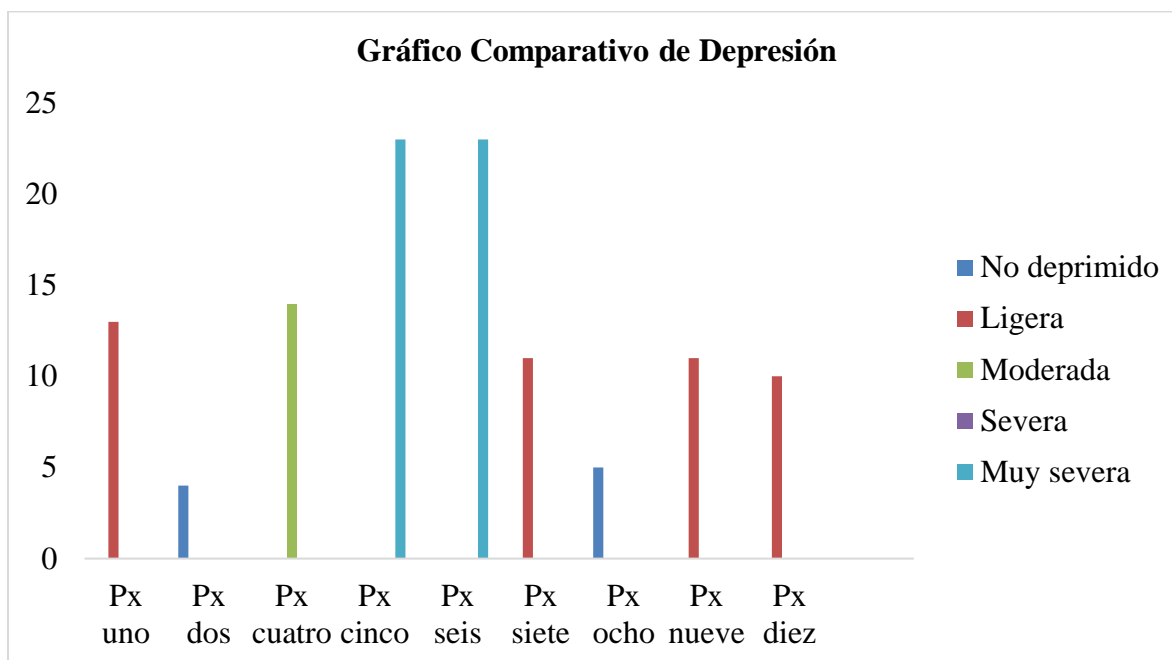
https://www.academia.edu/28326454/Escala_de_Hamilton_para_la_depresi%C3%B3n_Nombre_Original_Hamilton_Rating_Scale_for_Depression.

Winograd, B. (2018). Los trabajos de duelo Psicoanálisis y vicisitudes existenciales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/001-WINOGRAD.pdf>

Anexos

Anexo 1.

Gráfico Comparativo de Depresión



NOTA DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN POR UCENM


San Pedro Sula, Cortes

Dirección De Posgrado.

Por este medio autorizo la publicación, en físico o electrónica, de la versión aprobada de mi Proyecto Final bajo el título **Terapia de apoyo en proceso de duelo en pacientes atendidos en la clínica psicológica Villeda, Ocotepeque.**, en el campus virtual y en otros espacios de divulgación de esta Institución. Informo los datos para la descripción del trabajo:

Titulo	Estudio de Caso: Terapia de apoyo en proceso de duelo en pacientes atendidos en la clínica psicológica Villeda, Ocotepeque.
Autor	Stephany Alejandra Villeda Valle
Resumen	El duelo surge a partir de cualquier tipo de pérdida, especialmente cuando esta es significativa. La presente tesis, titulada Terapia de apoyo en proceso de duelo en pacientes atendidos en la clínica psicológica Villeda, Ocotepeque. Documenta el proceso de duelo en 10 pacientes, utilizando un enfoque cualitativo y un alcance descriptivo, lo que permite explorar y detallar las vivencias emocionales de los participantes. Se emplearon diversas técnicas terapéuticas con el objetivo de identificar los tipos de duelo, evaluar la presencia de depresión en los pacientes, proporcionar un espacio seguro para la expresión emocional y guiar el proceso de adaptación. Se observa que la personalización de estrategias y la validación emocional favorecen un afrontamiento saludable, promoviendo el bienestar de los pacientes en duelo.

Anexo 2. Consentimiento


UCENM
 Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio

Consentimiento informado para participar en investigación


Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en una investigación, conducida por Stephen Alejandro Villeda Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de estrés post-traumático o depresión en los pacientes.

Se me ha informado también que todos los datos que participe en esta encuesta, lo cual tendrá aproximadamente 10 minutos, igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de este folio de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.

Roymar Dantes
 Firma del participante que da el consentimiento.

Fecha 22 de enero de 2024


UCENM
 Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio

Consentimiento informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en una investigación, conducida por Stephen Alejandro Villeda Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de estrés post-traumático o depresión en los pacientes.

Se me ha informado también que todos los datos que participe en esta encuesta, lo cual tendrá aproximadamente 10 minutos, igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de este folio de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.

Roseli Pachera
 Firma del participante que da el consentimiento.

Fecha 22 de enero de 2024



Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Vilfida Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**

Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, la cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.



Firma del participante que da el consentimiento

Fecha:



Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Vilfida Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**

Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, la cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.



Firma del participante que da el consentimiento

Fecha:



Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Vilfida Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**

Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, la cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.



Firma del participante que da el consentimiento

Fecha: 19/04/2024



Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto que mi hijo Alfonso Quinterillo pueda participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Vilfida Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**


Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, la cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.



Firma de la madre que da el consentimiento

Fecha:



UCENM
Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio

Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Villeda Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**


Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.

Ledy Anís Rosa Pichardo

Firma del participante que da el consentimiento

Fecha 22 de enero de 2024



UCENM
Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio

Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Villeda Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**


Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.

Deysi Natemy Franco

Firma del participante que da el consentimiento

Fecha



UCENM
Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio

Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Villeda Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**


Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.

Jonathan Reyes

Firma del participante que da el consentimiento

Fecha



UCENM
Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio

Consentimiento Informado para participantes en investigación

Por medio de este documento declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Alejandra Villeda Valle estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM). He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: **Identificar y gestionar posibles complicaciones, como el duelo prolongado, trastornos de ansiedad o depresión en los pacientes.**

Se me ha indicado también que tendré que participar en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Igualmente he sido informado (a) que los resultados del estudio serán publicados en una revista dedicada a la divulgación de la investigación científica.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para esto, puedo contactar al estudiante de la Maestría mencionado.

Elor Pineda

Firma del participante que da el consentimiento

Fecha

ENTREVISTA CLINICA

I. DATOS GENERALES

Nombre completo: Yenny Patricia...
 Fecha de nacimiento: 10/01/2000
 Lugar De Nacimiento: San José
 Departamento: San José
 Nacionalidad: Costarricense
 Sexo: M F Edad: _____
 caso cronológico _____
 Estado Civil: Casada Teléfono: _____
 Ocupación Actual: Gerente de tienda
 Manos de Lateralidad: de la izquierda
 Dirección Actual: San José

Nivel Educativo: Universidad
 Pasatiempos: Salir a comprar, ir al cine, viajar

Depresión:
 ¿Fuec Algún Ataque o Síntomas? Sí No Si respondió que sí especifique _____
 Frec: Sí No Si respondió sí, Cuantos al día _____

II. MOTIVO DE CONSULTA
IV. ANTECEDENTES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS
 ¿Tiene usted alergias? Sí No
 Cuales? _____
 Toma algún medicamento regular? Sí No ¿Por qué? _____
 ¿Cuales son las enfermedades que sufrió durante la infancia? X
 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? Sí No
 respondió Sí, Especifique _____
 ¿Ha sido hospitalizado? Sí No ¿Por qué? _____

¿Mareas que se le dificultaron más? _____
 ¿Mareas profundas? _____
 ¿Actividades que se hacen en su tiempo? _____
 ¿Cuanto años tenía cuando entró a la escuela? _____

¿Cuanto tiempo en que se casó? _____
 ¿Cuanto años tenía cuando entró a la Secundaria? _____
 ¿Cuanto en que la Casó? _____
 Especificar si tuvo algún problema en su tiempo escolar _____

Marque con una "X" si en su vida se ha presentado algo de lo que a continuación se le presenta

Intenso	<input checked="" type="checkbox"/>	Célebr y / o Dientes frías	<input type="checkbox"/>
Conocer los años	<input type="checkbox"/>	Haber desatado	<input type="checkbox"/>
Prendido	<input type="checkbox"/>	Correlaciones	<input type="checkbox"/>
Múltiple Fisión	<input type="checkbox"/>	Ornato en la noche	<input type="checkbox"/>
Escucha voces	<input type="checkbox"/>	Furia	<input type="checkbox"/>
Miedo o Fobias	<input type="checkbox"/>	Constante de sueño	<input type="checkbox"/>
Crises en la Cabeza	<input type="checkbox"/>	Crises de amor	<input checked="" type="checkbox"/>
Ver cosas extrañas	<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>
Mareas o Demencia	<input type="checkbox"/>	Reacción social	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	Atraer	<input type="checkbox"/>
Insomnio nocturno	<input type="checkbox"/>	Entrelazamiento	<input type="checkbox"/>
Tatamientos	<input type="checkbox"/>	Tendencias en los sueños	<input checked="" type="checkbox"/>
Cambiar de sexo	<input type="checkbox"/>	Tics Nerviosos	<input checked="" type="checkbox"/>

¿Cuál del primer herman@? _____
¿Edad de la primera Relación Sexual? _____
¿Ha pasado Dificultades con la ley? Si _____ No _____ Si contesto Si ¿ De que tipo? _____
¿Prestó Servicio Militar? Si _____ No _____
¿Ha sufrido alguna Catástrofe Natural O Guerra? Si _____ No _____ Si contesto Si _____
Especifique _____

V. INFORMACIÓN FAMILIAR
Nombre del Padre _____
Edad _____ Vivos _____ / Muerto _____
Nivel Académico _____
Ocupación Actual _____
Tipo de relación que usted sostiene con su padre:
Describe: _____

Nombre de la Madre: _____
Edad _____ Vivos _____ / Muerto _____

Nivel Académico _____
Ocupación Actual _____
Tipo de relación que usted sostiene con su madre:
Describe: _____

Estado Civil De sus Padres: Casados _____ / Divorciados _____ / Unión

de _____ separados _____ nunca vivimos juntos _____ / Otra _____
Situación _____
Si contesto lo anterior, díjeme de casado y unión libre, Explique, según su percepción, El motivo de la separación _____

¿Cuántos Hermanos tiene? _____ Varones _____ / Mujeres _____
¿Qué posición Ocupa usted, en el orden de nacimiento de su Familia? _____
¿Escriba el nombre del hermano (A) con quien usted se lleva mejor _____
Explique el Motivo: _____

Su situación Económica es: Muy Buena _____ / Buena _____ / Regular _____ / Mala _____

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafañila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no vacilaba sucesivamente al desearse del ánimo.
 2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...
 3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; ruminaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.
 4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ligero*: autocríticas, teme haber decepcionado a la gente.
 2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención.
 3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece.
 4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin afirmaciones acuosatorias.

3- SUICIDIO _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla.
 2 *Moderado*: desea estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse.
 3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas.
 4 *Extremo*: serio intento de suicidio.

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntaje 1) _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana).
 2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches/semana).

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntaje 1) _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche, si se despierta tarde casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana).
 2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana).

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntaje 1) _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana).
 2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana).

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ | 1 |

0 Ausente

- 1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinguido de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.
 2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
 3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o doméstico) apenas a las peticiones de la sala. Notable desatención del aspecto personal.
 4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se ama o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN

0 Ausente

- 1 Ligera: ligera inhibición durante la entrevista, sentimientos ligeramente embotados, facies inexpresiva.
- 2 Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
- 3 Intensa: entrevista difícil y prolongada, lentitud de movimientos al caminar.
- 4 Extrema: estado depresivo completo, entrevista imposible.

9- AGITACION

0 Ausente

- 1 Ligera: mueve los pies, juega con las manos o con los cabellos.
- 2 Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla, se resaca las manos, se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve rápidamente los brazos, se truerde las uñas, las manos.
- 3 Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista, se levanta de la silla.
- 4 Extrema: la entrevista se desarrolla "convulsivo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA

0 Ausente

- 1 Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
- 3 Intensa: actitud agresiva evidente en la cara y el lenguaje.
- 4 Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA

0 Ausente

- 1 Ligera: un solo síntoma o sistema dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
- 2 Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.
- 3 Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
- 4 Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

0 Ausente

- 1 Ligera: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo, sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 Intensa: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

0 Ausente

- 1 Ligera: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cadera, miembros.
- 2 Intensa: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre)

0 Ausente o información insuficiente o sin información (cuales los temas posibles en los ítems)

- 1 Ligera: descenso de la libido, actividad sexual alterada (menstruación, poca orina).
- 2 Intensa: pérdida completa de apetito sexual, impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA

0 Ausente

- 1 Ligera: preocupación de sí mismo (superficialmente).
- 2 Moderada: preocupado por su salud.
- 3 Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
- 4 Extrema: ideas hipocóndricas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ | 1 |

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ | 1 |

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ | 3 |

SESION 4: PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS

OBJETIVO: RECONOCER LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS, LUEGO MODIFICAR NUESTROS PENSAMIENTOS NEGATIVOS POR POSITIVOS, PARA TENER EMOCIONES POSITIVAS Y ASI CONSEGUIR CONSECUENCIAS FAVORABLES EN NOSOTROS Y NUESTRA FAMILIA.

ACTIVIDAD N° 1: PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y PENSAMIENTOS POSITIVOS



SIEMPRE ME EQUIVOCO EN TODO

HE MEJORADO EN MIS NOTAS

NADIE ME QUIERE

SOY MUY TORPE PARA LAS MATEMATICAS

SOY MALA

SE QUE HOY ME IRA BIEN

CADA DIA APRENDO MAS

SOY BUENA

MAMA ME GRITA PORQUE NO ME QUIERE

SI ME ESFUERZO LO LOGRARE

SOY CAPAZ

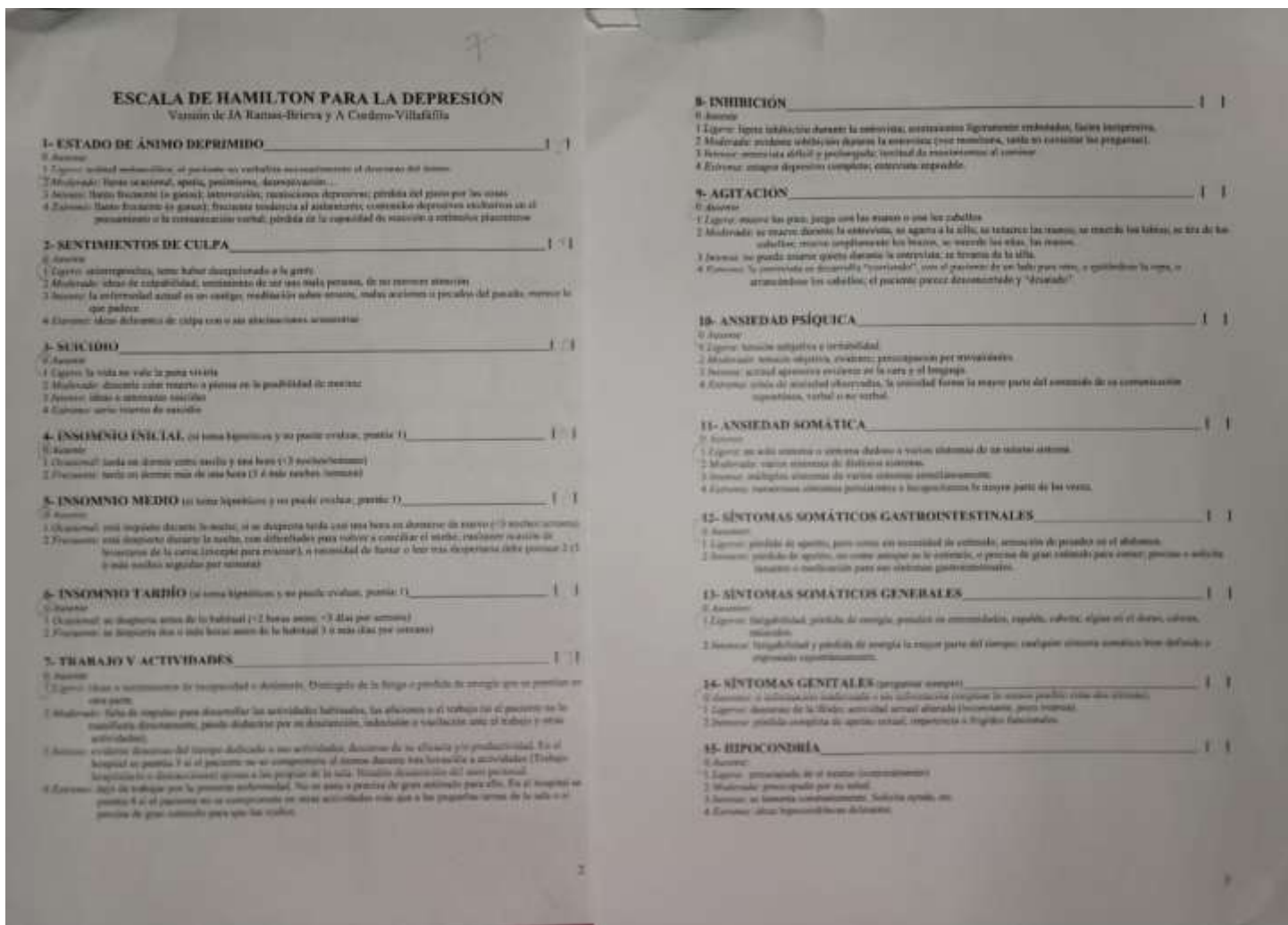
MAMA ME GRITA PORQUE NO ME QUIERE

ME QUIERO Y AGRADO COMO SOY

COLOCA LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS DONDE CORRESPONDAN, PARA ESO LEE CON ATENCIÓN CADA PENSAMIENTO DE LA PARTE SUPERIOR Y LUEGO MUEVELO EN EL CUADRO QUE CORRESPONDA

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
que me da igual	soy Buena
No me gusta salir	capaz
no me gusta	me gusta oser mis
compartir con nadie	cosas bien chas
me siento sola	me ariego en todo
deprimida	
soy Grosera	

Anexo 3. Retest



bio es. Identificar s
do, trastor

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ | |

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ | |

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ | |

Anexo 4. Documentos de Karla, caso 2

ENTREVISTA CLINICA

I. DATOS GENERALES
 Nombre completo: Karla Mariela Pacheco Duarte
 Fecha de nacimiento: 4/5/1991
 Lugar De Nacimiento: Santa Fe, Dept.
 Departamento: Quetzaltenango
 Nacionalidad: Hondureña
 Sexo: M F Edad: 23
 Edad Cronológica: _____
 Estado Civil: Soltera Teléfono: _____
 Ocupación Actual: Auxiliar de Cocina
 Manual de lateralidad: Derecha
 Dirección Actual: Sto. Anjo, Concepción, Quetzaltenango

Nivel Educativo: Primaria y Secundaria Pública
 Pasatiempos: Jugar fútbol con los amigos

Deportes: Ninguno
 Tiene Algún Apodo o Sobrenombre? Si / No Si responde que si especifique _____
 Fuma: Si No Si respondió si, Cuantos al día _____

II. MOTIVO DE CONSULTA
IV. ANTECEDENTES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS
 ¿Tiene algún alergia? Si / No
 Cuales? _____
 Toma algún medicamento regular? Si / No Para que? _____
 ¿Cuáles son las enfermedades que sufrió durante la infancia? Resfriados
 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si / No Si respondió Si, Especifique _____
 Le han hospitalizado? Si / No Porque? _____

¿Materia que se le dificultaba más? _____
 ¿Materia preferida? _____

¿Actividades que se dedicaba en su tiempo libre?
 ¿Cuántos años tenía cuando entró a la escuela? 6 años

¿Tiempo en que la cursó? 6 años
 ¿Cuántos Años Tenía cuando entró a la Secundaria? 12
 ¿Tiempo en que la cursó? 6 años
 Especifique Si tuvo algún problema en su tiempo escolar _____

Marque con una "X" si en su vida se ha presentado algo de lo que a continuación se le presenta

Tronco	Cólico y/o Diarrea Intestinal	
Copiar las notas	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pensamientos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Malestar Físico	<input checked="" type="checkbox"/>	
Excitación excesiva		
Miedo o Fobias	<input checked="" type="checkbox"/>	
Crisis en la Cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ver cosas extrañas	<input checked="" type="checkbox"/>	
Miedo a Descargas	<input checked="" type="checkbox"/>	
Accidentes		<input checked="" type="checkbox"/>
Intentos suicidas		
Tartamudeo		
Cambiar de escuela		

Edad del primer Noviazgo? 25

Edad de la primera Relación Sexual? _____

Ha pasado Dificultades con la ley? Si _____ / No / Si contesto Si, De que tipo? _____

Preso Servicio Militar? Si _____ / No /

Ha sufrido alguna Catástrofe Natural O Guerras? Si _____ / No / Si contesto _____

Si _____

Especifique _____

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del Padre Jorge Durazo

Edad _____ Vive Muerto _____

Nivel Académico _____

Ocupación Actual _____

Tipo de relación que usted sostiene con su padre _____

Describe Es un rebelde muy rebelde

Nombre de la Madre Angela Durazo

Edad _____ Vive Muerto _____

Nivel Académico Primario

Ocupación Actual Amo de casa

Tipo de relación que usted sostiene con su madre _____

Describe Muy buena

Estado Civil de sus Padres Casado _____ Divorciado Único _____

Libre _____ Separados _____ Nunca vivieron juntos Otra situación _____

Si contesto lo anterior, dentro de casados y union libre, Explique, según su percepción, El motivo de la separación:

¿Cuántos Hermanos tiene? _____ Varones? Mujeres? _____

¿Qué posición Ocupa usted, en el orden de nacimiento de su familia? La 1

¿Escriba el nombre del hermano (A) con quien usted se lleva mejor _____

Escriba el Motivo _____

Su situación Económica es Muy Buena _____ Buena Regular _____ Mala _____

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN
 Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villalón

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: sentir melancolía, al parecer no ser feliz y estar cansado o decaído del ánimo
 2 Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...
 3 Severo: tanta tristeza lo gana; amorosa, ranciosa; depresión; pérdida del gusto por las cosas
 4 Extremo: tanto llanto lo gana; llanto constante; tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reaccionar o sentirse a placer

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: auto-reproches, tener culpa desproporcionada a la gente
 2 Moderado: ideas de culpabilidad, sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención
 3 Severo: la infidelidad actual es un castigo; realización sobre errores, mala conciencia o penales del pasado; sentir la que padeció
 4 Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin deliraciones somáticas

3- SUICIDIO _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: la vida se ve la pena vivir
 2 Moderado: pensar en suicidio o pensar en la posibilidad de hacerlo
 3 Severo: ideas o querencias suicidas
 4 Extremo: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede dormir, puntas 1) _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (> 2 noches/semana)
 2 Frecuente: tarda en dormir más de una hora (5 ó más noches/semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede volver, puntas 1) _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ocasional: está inquieto durante la noche, si se despierta tarda una hora en dormirse de nuevo (> 2 noches/semana)
 2 Frecuente: está inquieto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño, cualquier sonido lo despierta de la cama (excepto para orinar), y necesidad de levantarse o hacer sus deposiciones debe puntar 2 ó 4 más veces seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede volver, puntas 1) _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ocasional: se despierta antes de la habitual (< 2 horas antes, < 3 días por semana)
 2 Frecuente: se despierta dos o más horas antes de la habitual (3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad e inercia. Disgusto de la falta y pérdida de energía que se puntan en otra parte.
 2 Moderado: falta de tiempo para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo desarrolla directamente, puede deducirse por su desmotivación, indiferencia o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
 3 Severo: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades, descenso de su eficacia y productividad. En el hospital se puntan 7 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas a actividades (Trabajo, aprendizaje o distracción) antes de las pruebas de la sala. También descensos del muy personal.
 4 Extremo: dejó de trabajar por la propia enfermedad. No se va a prueba de que está bien para ello. En el hospital se puntan 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas cosas de la sala o si puntan de gran esfuerzo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: ligera inhibición durante la entrevista, sentimientos ligeramente entorpecidos, falta de iniciativa.
 2 Moderado: evidente inhibición durante la entrevista (con miradas, tarda en comenzar la pregunta).
 3 Severo: entrevista difícil y prolongada, lentitud de movimientos al pensar.
 4 Extremo: entorpecimiento completo, entrevista imposible.

9- AGITACIÓN _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: mover los pies, jugar con las manos o con los cabellos.
 2 Moderado: se mueve durante la entrevista, se agita o le cede, se retuerce las manos, se mueve los labios, se tira de los cabellos, mueve constantemente los brazos, se mueve los ojos, los brazos.
 3 Severo: no puede estar quieto durante la entrevista, se levanta de la silla.
 4 Extremo: se mueve en dirección "vertical", con el paciente de los pies para arriba, e agitándose la ropa, o arrastrando los cabellos, el paciente parece desconcertado y "desahogado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: tensión subjetiva e irritabilidad.
 2 Moderado: tensión objetiva, irritación, preocupación por trivialidades.
 3 Severo: actitud aporética evidente en la cara y el lenguaje.
 4 Extremo: crisis de ansiedad observada, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: un solo síntoma o síntomas débiles o varios síntomas de un mismo sistema.
 2 Moderado: varios síntomas de distintos sistemas.
 3 Severo: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
 4 Extremo: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: pérdida de apetito, pero como una necesidad de calentar, sensación de plenitud en el abdomen.
 2 Severo: pérdida de apetito, no como simple no le interesa, o presión de gran esfuerzo para comer, gases o náuseas habituales o molestias para sus comidas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en movimientos, espaldas, cabeza, rigidez de la mano, piernas, miembros.
 2 Severo: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier mínima actividad hace delirar o expresar agotamiento.

14- SÍNTOMAS GÉNITALES (preguntar siempre) _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Severo: o alteraciones evidentes o sin alteraciones (excepto lo menor puntas cero los síntomas).
 2 Ligero: descenso de la libido, actividad sexual alterada (frecuencia, para sexual).
 3 Severo: pérdida completa de actividad sexual, impotencia o frigidez femenina.

15- HIPOCONDRIA _____ [1]

- 0 Ausente
 1 Ligero: preocupación de sí mismo (conspicua).
 2 Moderado: preocupado por su salud.
 3 Severo: se lamenta constantemente, habla de su salud, etc.
 4 Extremo: ideas hipochondriacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ [8]

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ [7]

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ [15]

EMOCIÓMETRO

Relaciona cada emoción con un color y registra en tu emociómetro cómo te sientes durante todos los días de la semana.



calma



amor



alegría



tristeza



miedo



enojo



confusión



Yarla

Escribe tu nombre

Semana # _____



SESION 4: PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS

OBJETIVO: RECONOCER LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS, LUEGO MODIFICAR NUESTROS PENSAMIENTOS NEGATIVOS POR POSITIVOS, PARA TENER EMOCIONES POSITIVAS Y ASI CONSEGUIR CONSECUENCIAS FAVORABLES EN NOSOTROS Y NUESTRA FAMILIA.

ACTIVIDAD N°1: PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y PENSAMIENTOS POSITIVOS



SIEMPRE ME EQUIVOCO EN TODO

HE MEJORADO EN MIS NOTAS

NADIE ME QUIERE

SOY MUY TORPE PARA LAS MATEMATICAS

SOY MALA

SE QUE HOY ME IRA BIEN

CADA DIA APRENDO MAS

SOY BUENA

MAMA ME GRITA PORQUE NO ME QUIERE

SI ME ESFUERZO LO LOGRARE

SOY CAPAZ

MAMA ME GRITA PORQUE NO ME QUIERE

ME QUIERO Y AGRADO COMO SOY

COLOCA LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS DONDE CORRESPONDAN, PARA ESO LEE CON ATENCIÓN CADA PENSAMIENTO DE LA PARTE SUPERIOR Y LUEGO MUEVELO EN EL CUADRO QUE CORRESPONDA

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
Perdi a mi hermana	Soy buena
Nadie me quiere	Cada dia aprendo mas
Siempre me equivoco en todo	se que hoy me ira bien

Anexo 5. Documentos de Lesly, Tercer caso

16

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafañila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ | |

0 Ausente

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; ruminaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ | |

0 Ausente

1 *Ligero*: autorrepochos, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad, sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ | |

0 Ausente

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desea estar muerto o piensa en la posibilidad de morir

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntaje 1) _____ | |

0 Ausente

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches/semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntaje 1) _____ | |

0 Ausente

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño, cualquier ocasión de levantarse de la cama (evasejo para evasuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntaje 1) _____ | |

0 Ausente

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ | |

0 Ausente

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Disminución de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o aficiones/cursos) antes o las propias de la sala. Finaliza discontinuación del ocio personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se saca ni gracia de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si percibe de gran estímulo para que las realice.

2

8- INHIBICION

0 Ausente

- 1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.
 2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
 3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.
 4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACION

0 Ausente

- 1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos
 2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos...
 3 *Intensa*: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
 4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA

0 Ausente

- 1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.
 2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
 3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.
 4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA

0 Ausente

- 1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
 2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.
 3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
 4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

0 Ausentes

- 1 *Ligeras*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.
 2 *Intensas*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

0 Ausentes

- 1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.
 2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENTALES (preguntar siempre)

0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (explicar lo menos posible estas dos últimas).

- 1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
 2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA

0 Ausente

- 1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).
 2 *Moderada*: preocupado por su salud.
 3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
 4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ []

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ []

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ []



Anexo 6. Retest

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN
Versión de JA Ramos-Bricva y A Cordero-Villafáfila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ | |

0 Ausente
1 *Ligero:* actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo
2 *Moderado:* llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...
3 *Intenso:* llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas
4 *Extremo:* llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ | |

0 Ausente
1 *Ligero:* autorespingos, teme haber decepcionado a la gente
2 *Moderado:* ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención
3 *Intenso:* la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece
4 *Extremo:* ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ | |

0 Ausente
1 *Ligero:* la vida no vale la pena vivirla
2 *Moderado:* desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirle
3 *Intenso:* ideas o amenazas suicidas
4 *Extremo:* serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ | |

0 Ausente
1 *Ocasional:* tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)
2 *Frecuente:* tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ | |

0 Ausente
1 *Ocasional:* está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)
2 *Frecuente:* está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ | |

0 Ausente
1 *Ocasional:* se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)
2 *Frecuente:* se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ | |

0 Ausente
1 *Ligero:* ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distingalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.
2 *Moderado:* falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
3 *Intenso:* evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) propias a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.
4 *Extremo:* dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

2

8- INHIBICIÓN

0 Ausente

- 1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpressiva.
 2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
 3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.
 4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN

0 Ausente

- 1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.
 2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla, se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos...
 3 *Intensa*: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
 4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA

0 Ausente

- 1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.
 2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
 3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.
 4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA

0 Ausente

- 1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
 2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.
 3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
 4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

0 Ausente

- 1 *Ligera*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.
 2 *Intensa*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

0 Ausente

- 1 *Ligera*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.
 2 *Intensa*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre)

0 Ausente: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

- 1 *Ligera*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
 2 *Intensa*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA

0 Ausente

- 1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).
 2 *Moderada*: preocupado por su salud.
 3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
 4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.