



Universidad del Azuay
Departamento de Postgrados
Maestría en Psicoterapia Integrativa

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA, PARA TRATAR LA COMPLEJIZACIÓN DEL DUELO, SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

**Tesis previa a la obtención del título de:
Magíster en Psicoterapia Integrativa.**

Directora:

- Mst.
Alexandra Córdova Vega.

Autor:

- Psc.
Adrián Felipe Vásquez.

CUENCA, ECUADOR
2012

Dedicatoria

Quiero dedicar éste esfuerzo académico a Dios por su infinito amor y misericordia para conmigo; a mis padres por su sombra protectora que siempre me cobija; a mi esposa por su paciencia, tolerancia, apoyo incondicional; y, a mis formadores, a todos y cada uno, por inducirme generosamente, al compartir su experiencia y conocimientos, en el apasionante mundo de la integración psicoterapéutica.

Agradecimiento

Quiero agradecer de manera especial al Dr. Lucio Balarezo Ch., Dr. J. Montoya Carrasquillas, Dr. Jorge Fernández Moya pues sus investigaciones en el campo de la psicoterapia sustentan nuestro trabajo; y, reconocer a la Mst. Alexandra Córdova Vega por sus acertadas orientaciones en la estructuración de nuestro trabajo de tesis.

Índice de Contenidos

<i>Contenido</i>	<i>Pág.</i>
Portada_____	I
Dedicatoria_____	II
Agradecimiento_____	III
Índice de contenidos_____	IV
Índice de anexos_____	VI
Resumen_____	VII
Abstract_____	VIII
Introducción_____	1
<i>Capítulo 1</i>	3
<i>DUELO COMPLICADO</i> _____	
1.1 Duelo_____	4
1.2 Proceso del Duelo_____	5
1.3 Complejización del Proceso de Duelo_____	7
1.4 Intervención del Duelo Complicado_____	7
1.5 Propuesta de Intervención Psicoterapéutica_____	8
<i>Capítulo 2</i>	
2. <i>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA</i> _____	9
2.1 Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica_____	10
2.2 Ficha Integrativa Tipos de Primera Entrevista_____	15
2.3 Ficha Integrativa de Síntesis Valorativa y Diagnóstica de Componentes Biológicos, Psicológicos y Sociales_____	16
2.4 Ficha Integrativa de Planificación del Proceso_____	16
2.5 Ficha Integrativa de Evolución_____	22
2.6 Ficha Integrativa de Evaluación Final del Proceso_____	26
2.7 Ficha Integrativa de Fenómenos de la Relación Psicoterapéutica_____	27
2.8 Ficha Integrativa de Apreciación del Grupo_____	30

Índice de Contenidos

<i>Contenido</i>	<i>Pág.</i>
<i>Capítulo 3</i>	
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA_____	31
3.1 Casos de Estudio_____	32
3.2 Sintomatología Común_____	34
3.3 Rasgos Clínicos Determinantes_____	34
3.4 Intervención_____	37
3.5 Evaluación_____	63
3.6 Resultados_____	71
Conclusiones_____	72
Recomendaciones_____	73
Referencias Bibliográficas_____	74

Índice de Anexos

<i>Anexo</i>	<i>Pág.</i>
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 1 _____	1
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 2 _____	8
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 3 _____	9
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 4 _____	10
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 5 _____	11
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 6 _____	13
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 7 _____	15
• Guía del Proceso Psicoterapéutica No. 9 _____	20
• Cuestionario de Personalidad SEAPSI _____	22
• Breve Inventario del Duelo (BID) _____	28
• Inventario del Duelo Complicado (IDC) _____	30
• Escala de las Tres Esferas (ETE) _____	41

Resumen

La Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para Tratar la Complejización del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad está constituida en tres momentos, a saber: marco teórico que expone la entidad clínica del duelo complicado, marco metodológico que demuestra el tratamiento planteado a manera de una guía explicativa y marco práctico que pone a prueba la iniciativa.

Investigación con la que hemos evidenciado la plasticidad metodológica del Modelo Integrativo Ecuatoriano, la necesidad de emplearla en un mayor número de personas para observar la efectividad del tratamiento en los distintos rasgos de personalidad predominantes y la posibilidad de futuras modificaciones que permitan constituir la en un verdadero manual de procedimiento.

ABSTRACT

**PROPOSAL FOR A PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION
TO TREAT COMPLEX GRIEF ACCORDING TO THE
INTEGRATIVE MODEL FOCALIZED ON PERSONALITY**

The proposal of Psychotherapeutic Intervention to treat Complex Grief according to the Integrative Model focalized on personality contains three parts: theoretical framework that presents the clinical aspect of complex grief, methodological framework that shows the treatment in the form of a guide, and practical framework that puts this initiative to test.

This investigation has demonstrated the methodological plasticity of the Ecuadorian Integrative Model. It is necessary to employ it in a larger number of people in order to observe the effectiveness of the treatment in different predominant personality traits and to present the possibility of future modifications that allow converting it into an actual procedure manual.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
DPTO. IDIOMAS


Translated by,
Diana Lee Rodas

Introducción

El interés e impulso por hacer una psicoterapia que se ajuste a la idiosincrasia de nuestra sociedad se ve plasmada en los esfuerzos del *Dr. Lucio Balarezo Chiriboga* y su equipo de colaboradores, quienes con su dedicación, entrega y sacrificio han ido consolidando por más de una década las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas, metodológicas y prácticas del *Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad*, que dio origen a la *Sociedad Ecuatoriana de Asesoría y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI)* y que es parte de la *Asociación Latinoamericana de Psicoterapia Integrativa (ALAPSI)*.

Dentro de éste continuado trabajo han sido creadas, en nuestro país, diferentes cohortes de *maestranterías en Psicoterapia Integrativa*, con el apoyo: del *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI)*, dirigido por el *Dr. Roberto Opazo Castro*; la *Sociedad AIGLÉ de Argentina*, regentada por el *Dr. Héctor Fernández Álvarez*; y, la *Sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)*, representada por la *Dra. Margarita M. Dubourdieu*.

Formaciones que cuentan con el aval del *Departamento de Postgrados de la Universidad del Azuay* y de la *Sociedad Ecuatoriana de Asesoría y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI)*.

Así con cada promoción de magísteres y psicoterapeutas integrativos se ha ido ampliando, a través de investigaciones científicas, la riqueza de los modelos de integración y muy especialmente del ecuatoriano, denotando su efectividad en el abordaje de las diferentes entidades clínicas.

Por lo que nuestra tesis justamente procura aportar con la creación de una *Propuesta Integrativa de Tratamiento del Duelo Complicado*, buscando se evidencie, principalmente: la utilización de los recursos metodológicos de asesoría y consejería psicológica, alivio sintomático y conocimiento de los rasgos de personalidad; se logre un instrumento de intervención útil para los tratantes; y, se pueda utilizar a futuro el esquema en pacientes con un diagnóstico similar a los casos de estudio.

La Propuesta de Intervención Psicoterapéutica, para Trabajar el Duelo Complicado, según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, constituye nuestra Tesis de Grado, misma que está conformada por los siguientes capítulos:

1. El marco teórico hace referencia a la entidad clínica del duelo como un proceso natural y cómo los rasgos de cada etapa de resolución pueden agudizarse dando como resultado la complejización así como la necesaria intervención para evitar la patologización.
2. El marco metodológico explica la manera en cómo sugerimos intervenir en pacientes diagnosticados de duelo complicado, según el modelo integrativo ecuatoriano, utilizando para ello los procesos y las fichas creadas por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI).
3. El marco práctico pone en evidencia nuestra propuesta metodológica, a través de la visibilización de resultados, tomando para su efecto de la consulta privada, el análisis clínico de cinco pacientes adultos, quienes expresaron su voluntad y nos concedieron autorización para ser partícipes del estudio.

Para ello caracterizamos los casos al definir la sintomatología común y los rasgos determinantes; contextualizamos los recursos psicoterapéuticos bajo el enfoque integrativo focalizado en la personalidad; y, sistematizamos, desarrollamos y evaluamos la propuesta de intervención integrativa.

Todo sujeto a las normativas éticas que rigen el quehacer investigativo en las Ciencias de la Salud Mental, especialmente las señaladas en el Código Deontológico del Psicólogo, al cual nos suscribimos.

Resultando una investigación de tipo cualitativa con visión prospectiva y proactiva pues de ella podrían desprenderse otros aportes en campo de la Tanatología.

Capítulo I

1. DUELO COMPLICADO

1.1 Duelo.

1.2 Proceso del Duelo.

1.3 Complejización del Proceso de Duelo.

1.4 Intervención del Duelo Complicado.

1.5 Propuesta de Intervención Psicoterapéutica.

Capítulo I DUELO COMPLICADO

El primer capítulo, a manera de una reseña, aborda el duelo y su conceptualización, diferenciación, identificación, etapas, tratamiento e iniciativa de una intervención psicoterapéutica para tratar la complejización del mismo, aplicando un proceso sistematizado, fundamentado en la metodología del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

Palabras clave: duelo, etapas, tratamiento, proceso, integrativo

This chapter, by way of a review, discusses the bereavement and its conceptualization, differentiation, identification, staging, treatment and a psychotherapeutic intervention initiative to address the complexity of it, using a systematic process, based on the methodology of Integrative Model Focused on the Personality.

Keywords: bereavement, stages, treatment, process, integrative

1.1 El Duelo.

El duelo como lo expresa *Jorge Bucay* en su libro: *“El camino de las Lágrimas”* es:

“... el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad...”.

(Capítulo IV, Qué es el Duelo, pág. 38).

Realidad que produce altos grados de estrés en aquel individuo que ya no tiene contacto tangible con el objeto y/o sujeto con el que mantenía un vínculo afectivo debido a la ausencia o la separación con tales, lo que genera sufrimiento.

Sufrimiento impostergable con el que se vivencia el perder otros seres humanos, animales y cosas relevantes a las que uno les había asignado un valor subjetivo en base a la relación que ha tenido con ellos mientras estaban disponibles y podía establecer interacción.

Interacción cuya ruptura se hace manifiesta en el dolor que se legitima al reaccionar y atravesar un proceso característico que como señala Irvin Yalom D. reúne las siguientes características:

“... tiene un comienzo tan preciso, una causa identificable tan específica, un curso más razonablemente predecible, un tratamiento más limitado en el tiempo, ni un punto de finalización mejor definido...”.

(Desde el Diván, 1997).

Mismo que puede expresarse de formas distintas y que el Manual Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades y Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, etiqueta como:

“... parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor... la persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como ‘normal’ aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados... la duración y la expresión de un duelo ‘normal’ varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales...”.

(DSM-IV-TR, Z63.4 Duelo [V62.82], pág. 298).

1.2 El Proceso del Duelo.

Según David Flórez Meza, del Departamento de Psiquiatría, de la Universidad de Antioquía, en Medellín –Colombia, el proceso del duelo refiere:

“... a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa...”.

(Duelo/Grief, ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 3).

Pérdidas que generan vulnerabilidad manifiesta principalmente en las respuestas defensivas de negación e ira del sujeto previa a la necesaria aceptación que no es más que aprender a vivir con el dolor que causa la pérdida de lo significativo que lo hace resiliente, es decir, según palabras de *Melanie Klein*, reinstalar dentro de uno mismo a lo ausente, darle una presencia interna en la que eso no sea un perseguidor interior que genere culpa y convertirlo en un buen recuerdo con la dosis justa de melancolía, que *Sigmund Freud* nos ayudó entender en sus tratados. Sucediendo un proceso, didácticamente diferenciado, en cinco etapas, tal y como las describe *J. Montoya Carrasquilla (2006)*:

- a. *Aflicción aguda* que se inicia en el momento mismo de la separación, agonía o fallecimiento y que tiene prácticamente todos los elementos de un estado de shock emocional cuya intensidad varía en cada individuo y de acuerdo con los antecedentes que precedieron al desenlace.
- b. *Conciencia de la pérdida* que se presenta a medida que los síntomas y reacciones iniciales disminuyen su intensidad y la persona acepta intelectualmente la situación reconociéndola fuera del estado analgésico anterior, lo que produce desorganización emocional que intensifica el dolor.
- c. *Conservación* que es considerada por muchos como el peor y más complejo período pues es durante éste que la aflicción se parece más a una depresión y sus rasgos característicos de tristeza, llanto y aislamiento que alienan al doliente en una confusión entre duelo y dolor.
- d. *Cicatrización* que significa la aceptación intelectual y emocional de la pérdida que se manifiesta a través de un cambio en la visión del mundo compatible con la nueva realidad que permite al sujeto desarrollar nuevas actividades y madurar, es decir, confrontar el dolor.
- e. *Renovación* que se produce una vez que el deudo ha realizado los cambios ineludibles en su realidad, sentido y estilo de vida y ha recuperado la forma positiva de verse a sí mismo y a su mundo como ha encontrado “sustitutos” para aminorar el dolor de la separación con el objeto o el sujeto amado.

1.3 La Complejización del Proceso de Duelo.

El duelo puede complejizarse debido a una mala elaboración y estanco en algunas de las etapas del proceso arriba referido antecedidos por factores de riesgos tales como: quién es la persona fallecida, la ansiedad por separación, el retardo para reconocer o expresar el dolor, la negación del hecho, la forma de muerte, el tipo de desenlace, el historial de sufrimiento, la temporalidad de la congoja, la carente red de contención del deudo, el deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de la vida cotidiana y la nula intervención psicoterapéutica cuando ésta se hacía necesaria.

Manifiestos, como señala el DSM-IV:

“por la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo ‘normal’... entre ellos...: 1). culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente...; 2). pensamientos de muerte más que voluntad de vivir...; 3). preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4). enlentamiento psicomotor acusado; 5). deterioro funcional agudo y prolongado; y, 6). experiencias alucinatorias...”.

(DSM-IV-TR, Z63.4 Duelo [V62.82], pág. 299).

1.4 Intervención del Duelo Complicado.

La intervención del duelo complicado, coinciden los especialistas e investigaciones de la comunidad científica, parte con la evaluación psicológica haciéndose prioritario valorar, principalmente: la resolución del conflicto, la gravedad del cuadro depresivo, la presencia o no de un trastorno psicótico, la posibilidad de un trastorno de estrés postraumático, la existencia de alcoholismo u otra drogodependencia y el riesgo suicida; así, se tendrá una percepción integral para definir el tratamiento más adecuado y en la recuperación podría utilizarse la psicoterapia, la medicación o los grupos de apoyo como recursos de trabajo.

La psicoterapia, en cualquiera de sus enfoques, tiene por objeto brindarle al paciente o cliente un espacio para que se exprese, tratar los trastornos psíquicos asociados e instrumentarle en formas adecuadas de resolución.

La medicación está dirigida a apalejar los trastornos de ansiedad, depresión, sueño, alimentación, etc. que lo requieran y considere el psiquiatra, el que señalará la droga, la dosis y la duración del uso farmacológico.

Y, los grupos de apoyo mutuo son vistos como una alternativa que favorece la disminución de la pena al compartir la experiencia personal con otros individuos que están atravesando situaciones similares.

Lo que se busca es brindar información para contrastar lo que actualmente siente el consultante, ventilar al hablar de lo sucedido lo más detalladamente posible, curar al abordar por separado cada uno de los componentes del sufrimiento y reconstruir el significado asignado al examinar cada una de las dimensiones del mundo personal (realidad, sentido y estilo de vida).

1.5 Propuesta de Intervención Psicoterapéutica del Duelo Complicado según el Modelo Integrativo Ecuatoriano.

La *Propuesta de Intervención del Duelo Complicado según el Modelo Integrativo Ecuatoriano* se sustenta en las investigaciones del Dr. Lucio Balarezo Ch.¹ y pretenden agrupar los tratamientos psicoterapéuticos de mayor efectividad con las bases metodológicas del mismo, es decir, con los recursos de asesoría y consejería psicológica, alivio sintomático y conocimiento de los rasgos de personalidad para la generación de cambios sin descuidar, como es obvio, la relación terapéutica.

Proceso que explicamos ampliamente en el capítulo siguiente donde bosquejamos los aspectos metodológicos que estructuran nuestra iniciativa a manera de una guía para el psicoterapeuta.

¹ Creador del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, fundador de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoría y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI), director de la Maestría en Psicoterapia Integrativa en diversas universidades del Ecuador.

Capítulo II

2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

2.1 Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica.

- **Ficha Integrativa Complementaria de Pareja y Familiar.**
- **Ficha Integrativa de Análisis de Demanda, Expectativas y Motivaciones Previas al Inicio del Proceso.**

2.2 Ficha Integrativa de Tipos de Primera Entrevista.

2.3 Ficha Integrativa de Síntesis Valorativa y Diagnóstica de Componentes Biológicos, Psicológicos y Sociales.

2.4 Ficha Integrativa de Planificación del Proceso.

2.5 Ficha Integrativa de Evolución.

2.6 Ficha Integrativa de Evaluación Final del Proceso Psicoterapéutico.

2.7 Ficha Integrativa Fenómenos de la Relación Psicoterapéutica.

2.8 Ficha Integrativa de Apreciación del Grupo.

Capítulo II

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El segundo capítulo bosqueja, paso a paso, a manera de una guía explicativa, los aspectos metodológicos que estructuran nuestra iniciativa de una Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para Tratar la Complejización del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

Palabras clave: sistematización, ficha integrativa, reactivos, evaluación, diagnóstico

This chapter outlines, step by step, by way of an explanatory guide, the methodological aspects that structured our initiative of a Proposal for Psychotherapeutic Intervention for Treating Complexity of Bereavement according the Integrative Model Focused on the Personality.

Keywords: systematization, integrative tab, reagents, assessment, diagnostic

2.1 Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica.

En primera instancia aplicamos la *Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs)* con el objeto de: analizar la demanda, expectativas y motivaciones; incluir los datos informativos del paciente/cliente; identificar antecedentes disfuncionales de la demanda; redactar la bibliografía psicológica personal y familiar o representarla en un genograma; sintetizar los resultados de las pruebas psicológicas; hacer una descripción diagnóstica del trastorno, rasgos de personalidad y del entorno; establecer los criterios pronósticos; y, plantear recomendaciones al inicio del proceso y como parte de la primera entrevista.

- *Ficha Integrativa Complementaria de Pareja y Familiar:*

La *Ficha Complementaria de Pareja y Familiar* incluye las características de personalidad de los integrantes, las interacciones de relación entre ellos y observaciones de la dinámica de familia.

- *Ficha Integrativa Análisis de Demanda, Expectativas y Motivaciones Previas al Inicio del Proceso:*

El análisis de la demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio del proceso psicoterapéutico se escriben en la *Ficha SEAPSI No. 2*.

La demanda incluye su origen es decir si proviene del paciente/cliente o de algún familiar, profesional, institución u otra causa; y, su tipo pudiendo ser explícita (manifiesta) o implícita (latente). Siendo necesario identificar si con ello se requiere un trabajo de asesoramiento/consejería psicológica, psicoterapia o la combinación de ambos abordajes.

Las expectativas y motivaciones del paciente/cliente podrían ser: la búsqueda de ayuda o supresión de síntomas; la complacencia a familiares y allegados; la remisión de otros profesionales; la exigencia de status; la curiosidad; u, otras.

Las expectativas y motivaciones del psicoterapeuta podrían ser: la vocación de ayuda; la adquisición de experiencia; los fenómenos contratransferenciales; los factores económicos; la obligación institucional; u, otras.

Y, las expectativas y motivaciones de familiares, instituciones o allegados podrían ser: el afán y los sentimientos de ayuda; las experiencias previas de terceros; el uso del engaño como enganche; las exigencias e intereses que se suman al bienestar del paciente/cliente; u, otras.

- *Datos informativos:*

Los datos informativos refieren al número de caso en tratamiento, la fecha de aplicación, la persona que elabora la ficha como los nombres completos del paciente/cliente, su edad, estado civil, religión, lugar y fecha de nacimiento, residencia, dirección, teléfono, instrucción, ocupación; y, en el caso de un informante también se incluye su nombre, el parentesco con el paciente/cliente y un número de contacto. Aquí también se indica sí la consulta es de tipo ambulatoria, acogida, hospitalización, consulta privada u otra variante.

- *Antecedentes disfuncionales:*

Los antecedentes disfuncionales son la narración de los hechos pasados que tienen relación con la situación actual por la que atraviesa el paciente/cliente y que pueden constituirse en factores de vulnerabilidad, desencadenantes, determinantes, predisponentes o mantenedores de la problemática. Lo que nos da una aproximación diagnóstica a la historicidad, cronicidad, formas previas de afrontamiento, tratamientos anteriores, trastornos asociados, entre otros datos que nos permitirán llegar a precisar, más adelante, la descripción diagnóstica del duelo complicado.

- *Biografía personal y familiar (genograma):*

La biografía personal y familiar del paciente/cliente o la elaboración del genograma es el señalamiento de la estructura, dinámica, acontecimientos significativos por los que ha atravesado el sujeto como miembro de una familia y la interacción entre ellos; se resalta, de manera progresiva, el ciclo evolutivo a manera de una historia vital. Permittiéndonos tener una idea general de los rasgos predominantes, estructura, influencia biológica, factores socioculturales, influencias tempranas, entre otros aspectos que nos permitirán perfilar, con cierta claridad, la descripción de la personalidad y el entorno.

- *Resultados de las pruebas psicológicas:*

Los resultados de las pruebas psicológicas son la transcripción de las inferencias diagnósticas obtenidas al aplicar los reactivos que el tratante, desde su experiencia clínica, considere pertinentes para cada caso particular. Nosotros aplicamos tres reactivos de base y uno complementario:

- a. Breve Inventario del Duelo (BID).

Test que nos permite mediante una lista de conductas comunes al duelo identificar la etapa respectivamente predominante: aflicción aguda, conciencia de la pérdida, conservación, cicatrización y renovación; describiéndose, los rasgos clínicos característicos de acuerdo al análisis actual del padecimiento.

b. Inventario del Duelo Complicado (IDC).

Test que nos permite una entrevista clínica estructurada sondear el duelo complicado reflejado en el estrés por la separación que conlleva la muerte, el estrés por el trauma que supone la muerte, la cronología y curso del proceso de duelo y el deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de su vida cotidiana.

c. Cuestionario de personalidad SEAPSI.

Test que nos permite, por medio del señalamiento de conductas generalizadas, identificar el predominio y los rasgos característicos de personalidad en: cognitivo (paranoide o anancástico), afectivo (ciclotímica o histriónica), comportamental (impulsiva o trastorno disocial) y de déficit relacional (esquizoide, dependiente, evitativa o trastorno esquizotípico).

d. Escala de las Tres Esferas (ETE).

Test que nos permite examinar cada una de las dimensiones del mundo personal, es decir, la realidad, el sentido de la vida y la personalidad, reflejándonos su situación actual y los aspectos por trabajar. Se puede aplicar en cualquier momento de la intervención psicoterapéutica a manera de una evaluación del trabajo.

- *Descripción diagnóstica del trastorno:*

La descripción diagnóstica del trastorno es especificar la etapa de anclaje del duelo, sus rasgos notorios, la probabilidad cualitativa o cuantitativa de un duelo complicado y otros datos importantes para comprender el cuadro clínico al que nos enfrentamos, tales como, dificultades de: sueño, alimentación, estado del ánimo, etc.

- *Descripción diagnóstica de la personalidad:*

La descripción diagnóstica de la personalidad es incluir el predominio como los rasgos sobresalientes de sus componentes tipológicos, los estilos cognitivos (mecanismos de defensa/MAPPAS) y los rasgos potenciadores o limitantes (capacidad intelectual, nivel de integración, flexibilidad, reacción afectiva, motivación, locus de control).

- *Descripción diagnóstica del entorno:*

La descripción diagnóstica del entorno es referir la percepción de la dinámica familiar y social del individuo en tratamiento resumiendo su forma de establecer contacto, estructurar una relación y generar un vínculo, lo que nos da idea de si cuenta o no con una red de contención contextual.

- *Criterios pronósticos:*

Los criterios pronósticos es mirar, considerando el estilo de personalidad del paciente/cliente, si es que sí o si es que no se adherirá, los niveles de deserción y el beneficio a alcanzar con el proceso de intervención psicoterapéutica de cumplir con las condiciones establecidas en el encuadre correspondiente.

- *Recomendaciones:*

Las recomendaciones son la serie de sugerencias puestas en consideración del paciente/cliente como devolución a la queja ya sea como una medida paliativa o correctiva que nosotros llamamos: "propuesta de intervención" y a la que antecede aclaraciones adicionales.

Las aclaraciones adicionales refieren aspectos que influenciarán en el proceso a iniciarse o que pudieren generar complementariamente y por separado un proceso propio, como por ejemplo: psicoterapia familiar.

2.2 Ficha Integrativa Tipos de Primera Entrevista.

Establecemos la primera entrevista y la relación psicoterapéutica, al superar las resistencias iniciales del paciente/cliente, siéndonos útil la *Ficha SEAPSI No. 3*, en la que detallamos:

- *Tipo de entrevista:*

El tipo de entrevista puede variar entre psicodiagnóstico, consulta, entrevista única y de proceso.

La entrevista de proceso es la que se llevan a cabo para la consecución de nuestros fines estableciendo para su efecto las siguientes pericias: establecimiento del rapport, aproximación diagnóstica, confesión y desinhibición emocional, estrategias de apoyo y estructuración como afianzamiento de la relación psicoterapéutica.

- *Relación psicoterapéutica:*

La relación psicoterapéutica supone confrontar las demandas, expectativas y motivaciones de los intervinientes, realizar los ajustes que se creyeren convenientes y llegar a acuerdos entre las partes para hacer posible la planeación del abordaje subsiguiente.

Las interrogantes que se deben responder y explicar al finalizar la primera entrevista son: ¿logré que el paciente/cliente hable con libertad sobre su problema?, ¿tengo claridad en la concepción del trastorno?, ¿he llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?, ¿he identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?, ¿percibí su trastorno desde su propio punto de vista?, ¿se sintió el paciente/cliente comprendido en su trastorno?, ¿se produjo desinhibición emocional en el paciente/cliente?, ¿tengo claridad en las posibilidades de tratamiento?, ¿terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?, ¿tiene confianza en el psicoterapeuta y en la psicoterapia?, ¿se identificaron componentes de resistencia en el paciente/cliente?, ¿se identificaron componentes de transferencia afectiva? y ¿se identificaron componentes de contratransferencia afectiva?

2.3 Ficha Integrativa de Síntesis Valorativa y Diagnóstica de Componentes Biológicos, Psicológicos y Sociales.

Respecto a la aproximación diagnóstica los indicios que se han obtenido pueden contenerse en la *Ficha SEAPSI No. 4* donde se puntualiza el diagnóstico formal del trastorno, el diagnóstico informal de la personalidad y las decisiones sobre el proceso psicoterapéutico.

- *Diagnostico formal:*

El diagnóstico formal abarca los factores biológicos y los factores sociofamiliares influyentes así como la atribución psicológica del trastorno o 'locus'.

- *Diagnostico informal:*

El diagnóstico informal anega las principales características, estilos cognitivos y rasgos potenciales o limitantes de la personalidad.

- *Decisiones sobre el proceso psicoterapéutico:*

Las decisiones sobre el proceso psicoterapéutico son medidas que nos permiten resolver si el paciente/cliente es susceptible de tratamiento psicoterapéutico en una escala del 1 (muy baja) al 5 (muy alta), es meritorio y por qué un tratamiento de tipo mixto, quién o quienes requieren intervención y qué dificultades anticipamos se van a presentar.

2.4 Ficha Integrativa de Planificación del Proceso.

Realizamos la planificación del proceso, en la *Ficha SEAPSI No. 5*, lo que posibilita evitar subjetivismos, improvisaciones e intuiciones que le restan precisión y productividad al espacio de encuentro que significan las sesiones de psicoterapia.

Nuestro plan psicoterapéutico, previamente discutido con el demandante para ajustarnos a sus necesidades, formula dinámicamente el trastorno y la personalidad a la vez que señala los objetivos y las técnicas para superar la pérdida.

- *Formulación dinámica del trastorno:*

La formulación dinámica del duelo complicado es el entendimiento objetivo del cuadro psicopatológico que va desde sus orígenes hasta su evolución reciente, contestando: las dudas acerca del padecimiento, los factores que intervinieron en su surgimiento, lo que impedirá restaurar el equilibrio y cómo actúan las influencias biopsicosociales.

- *Formulación dinámica de la personalidad:*

La formulación dinámica de la personalidad del duelo es el relato del predominio y sus rasgos teniendo en cuenta las áreas problemáticas y de adecuación como lo relacionado con las funciones cognitivas: capacidad intelectual, nivel de integración, flexibilidad, reacción afectiva, motivación y locus de control.

- *Señalamiento de objetivos:*

El señalamiento de los objetivos se orienta a la resolución del trastorno, al alivio sintomático y a la influencia sobre la personalidad, planteándose:

- a. Con relación al trastorno.

- Orientar el proceso de resolución del duelo complicado a través de técnicas específicas de reelaboración de la pérdida previamente seleccionadas de diferentes enfoques psicoterapéuticos.

- b. Con relación a la sintomatología.
 - Trabajar sobre los trastornos psíquicos asociados a la entidad clínica utilizando la terapia cognitivo conductual y el uso de técnicas sintomáticas para disminuir especialmente los rasgos de depresión, ansiedad y miedo.
 - c. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.
 - Mejorar el awareness, promover insights e inducir el conocimiento, flexibilización o modificación de los rasgos de personalidad por medio de la reestructuración cognitiva.
- *Señalamiento de técnicas:*

El señalamiento de técnicas se adapta a las necesidades de los dolientes y se ejecuta de acuerdo a los objetivos planteados:

- Con relación al trastorno.

Programa para trabajar el duelo complicado y sus características de eventualidad, historicidad, cronicidad, afrontamiento y deterioro con técnicas específicas de elaboración de la pérdida entre las que sobresalen:

- Diálogo socrático.

Se instruye al paciente/cliente para que detecte conjuntamente con el psicoterapeuta los pensamientos disfuncionales para luego someterlos a prueba, a un nuevo juicio y a la crítica reconstructiva de la realidad (*Diálogo Socrático, Psicoterapia Breve, Andrés Partarrieu*).

- El escuchar flotante.

Se permite al paciente/cliente la libre asociación de ideas acerca de la pérdida tal y cómo se construyen en su mente sin ningún tipo de selección, restricción

o filtro aliviando los síntomas al verbalizar (*Sigmund Freud, Fundamentos del Psicoanálisis, 1895-1900*).

- Free writing.

Se pide al paciente/cliente escribir acerca de la experiencia traumática con el objeto de plasmar los pensamientos, los sentimientos y las actitudes relacionadas a la misma lo que tiene por efecto aliviar, poco a poco, el dolor y fortalecer el sistema inmunológico (*Pennebaker et al, 1988*).

Otros escritos similares son la carta tributo, la bibliografía, el diario, los necrósoles, notas póstumas, entre otras que permiten la manifestación de aquello que no fue dicho o hecho, de cómo actualmente la persona se siente y de aquello que aún hace falta elaborar.

La escritura ha sido y será históricamente hablando, a más de la palabra, un medio catártico por naturaleza pues como dice el adagio popular “las penas compartidas son menos”.

- Biblioterapia.

Se pide al paciente/cliente leer acerca de un tema producto de sus inquietudes sobre la pérdida como un recurso sanador de identificación, aprendizaje y liberación emocional (*Biblioterapia: Una Práctica para el Desarrollo personal, Danielle Thiago Ferreira, ETD 2003*).

- FIVE.

Se pide al paciente/cliente señalar los principales problemas, dificultades o conflictos, que en el aquí y el ahora, afectan su vida; jerarquizar su identificación por nivel de complejidad; y, plantear sus propias alternativas de solución como metas (*Psique Institute et al, 2005*).

- Baúl de los recuerdos.

Se pide al paciente/cliente seleccionar algunos recuerdos, a cada recuerdo asignarle un significado, los objetos son guardados en un baúl y el baúl podría ser usado con el sentido de cerrar círculos, romper ataduras, brindar consuelo, etc. (Goldman, L., *Life and Loss: A guide to help grieving children*, 2000).

- Botiquín de primeros auxilios espirituales.

Se pide al paciente/cliente buscar 'remedios' con una acción emocional 'curadora', éstos son incluidos en un botiquín y su simbólico contenido administrado en los momentos de crisis (J. Montoya Carrasquillas, *Sobre Cómo Ayudarnos y Ayudar a Otros a Enfrentar la Muerte de un Ser Querido*, 1998).

- Cuatro perdones.

Se pide al paciente/cliente reconocer posibles resentimientos que constituyen un lastre en el camino de la reparación y el planteo de políticas de acción para conceder al otro o recibir perdón del otro y el maltrato cruzado (Virginia Gawel & Eduardo Sosa, <http://pensamientosensible.blogspot.com/>).

- Maleta.

Se pide al paciente/cliente analizar las cargas que aún lleva consigo autodelegándose culpa, escribir aquello que desea abandonar pues constituye en lastre innecesario de llevar a costas e incorporar en la maleta un equipaje más liviano (Psicología Terapéutica et al, 2011).

- Con relación a la sintomatología.

Entrenamiento en técnicas de relajación: respiración diafragmática; relajación sin/con visualización; sugestión. A lo que se debe sumar el trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, visión negativa del mundo, visión negativa del futuro.

- Relajación.

Se instrumenta al paciente/cliente en distintas técnicas de relajación, tales como: el método Silva, el entrenamiento autógeno de Schultz, el relajamiento progresivo de Jacobson, la visualización creativa de Saavedra y la sugestión directa de Rubin (*Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, Técnicas Sintomáticas, Lucio Balarezo Ch.*).

A lo que se agrega el uso de escenarios y otros componentes que generan una atmósfera propicia a través del aroma, la luz, el color, el contacto con la naturaleza, la postura corporal, la oclusión sensorial, la música, los sonidos ambientales, etc.

- Triada cognitiva de la depresión.

Se trabaja en la forma como el paciente/cliente procesa la información y los esquemas que favorecen una construcción inadecuada de la realidad, enfocándonos en la serie de distorsiones y la triada cognitiva para modificarlas al formular ideas o creencias inadecuadas en términos de hipótesis cuya validez intentamos comprobar de modo sistemático, lográndose la anulación de los síntomas y previniendo recaídas (*Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. Terapia Cognitiva de la Depresión, 1983*).

- Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.

Reestructuración cognitiva conductual: reelaboración MAPPAS; trabajo sobre los pensamientos erróneos, pensamientos subyacentes, creencias nucleares; y, uso del pare del pensamiento intrusivo, pensamiento inverso, autoinstrucciones positivas.

- Reelaboración MAPPAS.

Se trata las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información en el paciente/cliente, que metodológicamente se denominan MAPPAS cognitivo:

Magnificación-Minimización, Abstracción Selectiva, Personalización, Pensamiento Dicotómico, Inferencia Arbitraria y Sobregeneralización (*Terapia Cognitiva, Centro de Psicología AARON BECK, <http://www.cpaaronbeck.com>*).

- Pensamientos erróneos, pensamientos subyacentes, creencias nucleares.

Se evalúa en el paciente/cliente los procesos cognitivos desadaptados y el desarrollo de experiencias que alteren las cogniciones y los patrones afectivos y de conducta relacionados con ellas y que sostienen los esquemas disfuncionales, es decir, sesgos en las creencias y los supuestos (*Aaron Temkin Beck, Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización, 1995*).

- Pare del pensamiento intrusivo, pensamiento inverso, autoinstrucciones positivas.

Se aplica sobre el paciente/cliente algunas maniobras cognitivas enfocadas en el pensamiento que es invasivo, contrario a la superación del trauma o negativo y que ancla al sujeto en situaciones del pasado aún sin resolver inhibiendo su poder innato de superar adversidades (*Beck, A., Freeman, A., y Davis, D, Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad, 2003*).

2.5 Ficha Integrativa de Evolución.

Se lleva a cabo la ejecución y aplicación técnica, en la *Ficha SEAPSI No. 6*, con pequeñas variaciones que son adaptadas para cada caso en singular sin incidir en los lineamientos claramente definidos y precisados anteriormente. Se señala: la fecha, la actividad y la evolución.

- *Fecha:*

La fecha es el detalle del día (dd) mes (mm) y año (aa) en el que se lleva a cabo la sesión psicoterapéutica.

- *Actividad:*

La actividad es la táctica de intervención psicoterapéutica llevada a cabo como parte de la planificación del proceso.

- *Evolución:*

La evolución es la manera en cómo reacciona el paciente/cliente o el efecto que se logra con el desarrollo de la actividad.

En ésta Intervención para Trabajar el Duelo Complicado se propone 25 encuentros de psicoterapia, cada uno de ellos enfocado a la consecución de un fin, como se señala a continuación:

- Encuentro 1.

Se realiza la recepción, primera entrevista, FIEPs, encuadre clínico y contrato psicoterapéutico.

- Encuentro 2 y 3.

Se aplica los reactivos: Breve Inventario del Duelo; Inventario del Duelo Complicado; y, Cuestionario de Personalidad SEAPSI.

- Encuentro 4.

Se utiliza el diálogo socrático enfocando los tópicos más relevantes del proceso de duelo: etapas, agudización, complejización, patologización y formas de resolución.

- Encuentro 5.

Se informa los resultados de la evaluación, socializamos el proceso de tratamiento y planteamos los objetivos de intervención psicoterapéutica.

- Encuentro 6.

Se identifica dificultades, problemas o conflictos nucleares después de la pérdida, autenticados con el FIVE.

- Encuentro 7.
Se analiza, evalúa y confronta las inferencias obtenidas en la sesión precedente a través del hablar flotante y el diálogo dirigido.
- Encuentro 8.
Se incluye técnicas de confrontación y de reparación, tales como: diario de desarrollo personal, baúl de los recuerdos, carta tributo, etc.
- Encuentro 9.
Se retoma, supervisa y asesora en la implementación de lo trabajado en la sesión anterior.
- Encuentro 10.
Se examina rasgos de culpa, rabia y resentimiento asociados a la pérdida en relación a sí mismo y a los otros.
- Encuentro 11 y 12.
Se trabaja en base a los “cuatro perdones” extendiendo el reconocimiento a plantear la reconciliación: buscar y/o conceder perdón.
- Encuentro 13.
Se elabora un botiquín de primeros auxilios espirituales en caso de dolor emocional, al recordar la pérdida.
- Encuentro 14.
Se incorpora la estrategia denominada “la maleta” en búsqueda de cargas y/o culpas autoasignadas.
- Encuentro 15.
Se complementa la sesión anterior valiéndonos del taller de desarrollo personal: “el equipaje”.

- Encuentro 16.
Se evalúa los signos de alerta frente a síntomas de depresión, ansiedad, miedo u otros, que puedan haber sido activados como respuesta al dolor psíquico.
- Encuentro 17 a 19.
Se instrumenta en técnicas de alivio sintomático: respiración diafragmática, relajación sin/con visualización, sugestión.
- Encuentro 20 y 21.
Se diferencia el mundo personal (presente) del mundo del pasado (vivido) con el ser, objeto y/o situación queridos, utilizando para este fin la escala de las tres esferas.
- Encuentro 22.
Se diseña un esquema de tributo para honrar la memoria del ser querido frente a las reacciones de aniversario y otras fechas.
- Encuentro 23.
Se lleva a cabo una sesión de tributo, incluyendo: pensamientos, oraciones, necrósales y otros recursos.
- Encuentro 24 y 25.
Se evalúa el proceso de intervención psicoterapéutica, se comparte algunas recomendaciones finales y se cierra el tratamiento.

Vale la pena resaltar que los encuentros son constantemente evaluados en forma crítica, sometidos a rectificaciones cuando así lo ameriten y ejecutados con maleabilidad para propiciar los mejores resultados y los mayores grados de desarrollo, bienestar y cualificación de la vida psíquica saludable del paciente/cliente.

A lo que debe agregarse el uso, como eje transversal, de las técnicas cognitivas antes señaladas y de las sesiones de control.

Las sesiones de control o de seguimiento, finalizada la intervención psicoterapéutica, se emplean durante los meses subsiguientes, en total de seis, con el objeto de sondear posibles estancamientos, involuciones o evoluciones.

2.6 Ficha Integrativa de Evaluación Final del Proceso.

Para finalizar, se evalúa el diagnóstico, el proceso y los resultados, que no es más que una valoración constructiva de todo lo actuado desde la primera entrevista a la última sesión de trabajo, observando tanto los aciertos como aquellos que no lo fueron, lo que nos permite ampliar nuestra experiencia y obtener indicativos correctivos para futuras intervenciones.

Se hace oportuno juzgar de forma crítica la eficacia del tratamiento, de la manera más objetiva posible, empleando para ello la percepción del psicoterapeuta, el paciente/cliente, los familiares y/o allegados, la institución de origen, la aplicación de reactivos de convalidación, las mediciones fisiológicas y otras referencias más; apoyándonos con la *Guía SEAPSI No. 9* en la se señala el tipo de proceso, los objetivos establecidos, el cumplimiento de los mismos, las técnicas empleadas, el grado de efectividad y las interrogantes al final del proceso.

- *Proceso:*

El proceso corresponde a un proceso de psicoterapia media, con una duración aproximada de dos y medio meses, dos sesiones a la semana.

- *Objetivos:*

Los objetivos planteados son de asesoramiento, sintomáticos y de personalidad, todos intrínsecamente relacionados.

- *Cumplimiento de objetivos:*

El cumplimiento de objetivos es el nivel de satisfacción, según el criterio de los implicados, valorado con una escala subjetiva del 1 al 10 e indicando acotaciones al respecto.

- *Técnicas empleadas y grado de efectividad*

Las técnicas empleadas y grado de efectividad consisten en enlistar de acuerdo al grupo de objetivos las tácticas utilizadas con un valor del 1 (insuficiente) al 5 (excelente).

- *Interrogantes al final del proceso*

Las interrogantes al final del proceso indican una serie de cuestionamientos donde se explica el sí, no y por qué: se finaliza el proceso, se cumple con las expectativas, se recurre a un tratamiento mixto o interdisciplinario, se remite al paciente/cliente a otro profesional y si se produjo una deserción.

Quedaría indicar aquellas guías que describen la *relación psicoterapéutica*, es decir, la *Ficha SEAPSI No. 7 y 8*.

2.7 Ficha Integrativa de Fenómenos de la Relación Psicoterapéutica.

La guía No. 7 mide las condiciones ambientales externas, características del psicoterapeuta, del paciente/cliente y fenómenos afectivos durante el proceso.

- *Condiciones ambientales externas:*

Las condiciones ambientales externas están relacionadas con las características del consultorio (privacidad y/o tranquilidad), los elementos accesorios (cuáles), la utilización de grabaciones (qué tipo), la posición entre el paciente/cliente y el psicoterapeuta (vis a vis, diván, chaise lone, diagonal, sin escritorio u otra) y su respectivo efecto.

- *Características del psicoterapeuta:*

Las características del psicoterapeuta tienen que ver con sus aspectos cognitivos (función ejecutiva, pensamiento teórico-abstracto, potencialidad analítico-sintética, creatividad, intuición, perspicacia, flexibilidad, fluidez verbal); aspectos no cognitivos (adecuación de sus rasgos de personalidad, valores de solidaridad, equilibrio psíquico, capacidad de comunicación y relación interpersonal, empatía, integridad ética, motivación para brindar ayuda, autoestima, resiliencia apropiada y proactividad); y, capacidades grupales (aptitud para el trabajo en equipo, capacidad para tomar decisiones en consenso, disciplina grupal e individual y liderazgo). Otorgando una cuantificación cualitativa del 1 (insuficiente) al 5 (excelente).

- *Características del paciente/cliente:*

Las características del paciente/cliente se relacionan con su motivación al tratamiento, factores cognitivos, nivel de integración de la personalidad, capacidad de respuesta emocional, flexibilidad y locus de control. Igualmente estimado con los mismos criterios de cuantificación cualitativa del ítem anterior.

- *Fenómenos afectivos durante el proceso:*

Los fenómenos afectivos durante el proceso se vinculan al rapport, la empatía, las resistencias, la transferencia, la contratransferencia y el manejo de éstas dos últimas.

- Rapport

Se contesta si es que sí o no: se demuestra cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas; se inicia con temas neutros o sucesos conocidos por ambos, se demuestra una actitud amistosa, atenta e interesada; se controla los fenómenos transferenciales y contratransferencias; y, se siente agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente/cliente.

- Empatía

Se contesta si es que sí o no: se tuvo sintonización con los afectos, se demostró comprensión de ellos y se controló la distancia emocional.

- Resistencias

Se contesta si es que sí o no: se avizora mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes; se establece estrategias de respeto (iniciales para facilitar el rapport, respetando sus valores y creencias personales, evitando riesgos en el proceso); y, se crea estrategias de manejo (interpretación y confrontación para acceder a omisiones/contradicciones, sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de problemas/conflictos y reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de psicoterapia).

- Transferencia

Se contesta si es que sí o no: fueron de tipo no verbal (llegadas anticipadas o tardías, demostraciones excesivas de puntualidad, arreglo personal especial, compostura insinuante durante la entrevista, posiciones corporales, gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo, manifestaciones vegetativas, gestos autodirigidos u otros señalando cuáles); o, verbal (expresiones sobre la ansiedad y tranquilidad que suscitan las consultas, reiteraciones sobre temas superfluos, insinuaciones de acercamiento en la distancia social, verbalizaciones directas de las emociones, referencia sobre suelos relacionados con el psicoterapeuta, expresiones verbales seductoras u otros señalando cuáles).

- Manejo de la transferencia

Se contesta si es que sí o no: hubo análisis del psicoterapeuta, manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia, frecuencia de sesiones, modificación de los temas de discusión, manejo con discusión o interpretación de la transferencia, estrategia utilizada, derivación del paciente/cliente a otro profesional.

- **Contratransferencia**

Se contesta si es que sí o no: se dieron afectos positivos/negativos, disgusto irrazonable, incapacidad para simpatizar, reacción emocional ante la hostilidad, actitudes defensivas ante la crítica, excesiva atracción, insinuaciones verbales y no verbales, incomodidad o temor a la entrevista, preocupación desmedida por las necesidades del paciente/cliente, dificultades para brindarle atención, falta de puntualidad o prolongación de las sesiones y acercamientos afectivos y corporales.

- **Manejo de la contratransferencia**

Se contesta si es que sí o no: auto observamos para identificarla, sentimos necesidad de resolver los conflictos personales, consultamos profesionalmente con otro colega o derivamos al paciente a otro tratante.

2.8 Ficha Integrativa de Apreciación del Grupo.

La guía No. 8 es omitida porque tiene que ver con la apreciación del grupo: características del grupo, tipo de grupo, grado de instrucción, nivel de locus de control y dinámica grupal; y, ésta propuesta es de psicoterapia individual.

La puesta en práctica de todo lo puntualizado se desarrolla detalladamente en el capítulo siguiente, al intervenir sobre cinco pacientes adultos de consulta privada, diagnosticados de duelo complicado.

Capítulo III

3. APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

3.1 Casos de Estudio.

3.2 Sintomatología Común.

3.3 Rasgos Clínicos Determinantes.

3.4 Intervención.

3.5 Evaluación.

3.6 Resultados.

Capítulo III

APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El tercer y último capítulo demuestra la plasticidad metodológica del Modelo Integrativo Ecuatoriano en la entidad clínica del duelo complicado y los resultados obtenidos al aplicar ésta propuesta de intervención psicoterapéutica en cinco casos de estudio.

Palabras clave: casos, sintomatología, rasgos, evaluación, resultados

The third and last chapter demonstrates the methodological plasticity Ecuadorian Integrative Model in the clinical entity of the complicated bereavement and the results obtained applying our proposal of psychotherapeutic intervention in five cases studies.

Keywords: cases, symptomatology, features, evaluation, results

3.1 Casos de Estudio.

Con el propósito de poner en práctica la Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para Trabajar el Duelo Complicado según el Modelo Integrativo Ecuatoriano, se tomó un total cinco casos clínicos, de la consulta privada; para ser parte de la investigación debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión: pacientes/clientes adultos, diagnosticados de duelo complicado y aflicción mayor a un año desde la fecha de la pérdida; y, por razones éticas como deontológicas, se les identificó con un seudónimo y se incluyó datos de filiación generales como referentes informativos que nos permitan preservar la confidencialidad de los participantes.

- *Caso 1.*
 - Nombre: “Margarita Rosa”.
 - Edad: 32 años.
 - Profesión/ocupación: estimuladora temprana.
 - Pérdida: hijo único.

- *Caso 2.*
 - Nombre: “Mónica Teresa”.
 - Edad: 20 años.
 - Profesión/ocupación: estudiante de medicina.
 - Pérdida: mejor amigo.

- *Caso 3.*
 - Nombre: “María Alejandra”.
 - Edad: 31 años.
 - Profesión/ocupación: docente universitaria.
 - Pérdida: hijo primogénito.

- *Caso 4.*
 - Nombre: “María Cristina”.
 - Edad: 29 años.
 - Profesión/ocupación: licenciada en turismo.
 - Pérdida: hermano mayor.

- *Caso 5.*
 - Nombre: “Teresa de Jesús”.
 - Edad: 48 años.
 - Profesión/ocupación: ama de casa.
 - Pérdida: hijo primogénito.

Personas a las que se les informó acerca de nuestra investigación y sus fines, solicitándose la debida autorización, al firmar un acuerdo de compromisos compartidos, para poder trabajar con ellos como para utilizar la información arrojada en la elaboración de este Informe Final.

3.2 Sintomatología Común.

Para determinar la sintomatología común a los casos de estudio, es decir, el padecimiento de un duelo complicado, usamos los reactivos psicológicos: Breve Inventario del Duelo (BID) e Inventario del Duelo Complicado (IDC).

3.3 Rasgos Clínicos Determinantes.

Las etapas de anclaje posibles y sus rasgos clínicos determinantes, según el Dr. MD. MSc. J. Montoya Carrasquillas², son:

1. *Aflicción aguda* cuya característica más relevante es el shock emocional matizado por incredulidad, anulación psíquica, confusión, inquietud, angustia, pensamientos obsesivos, psicomatizaciones, visión negativa del futuro, desesperanza, revisión pesimista de la vida, sensación subjetiva de tensión, respuestas explosivas como pérdida de control, dificultades de concentración, incapacidad transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria, imposibilidad para descansar y disforia.
2. *Conciencia de la pérdida* cuya característica más relevante es la aceptación intelectual y la desorganización emocional matizada por ansiedad por separación, estrés prolongado, culpa racional e irracional, rabia, agresividad, intolerancia, comportamiento de búsqueda, sensación de presencia del que está lejos o muerto, ensoñación, incredulidad, negación, frustración, trastornos del sueño, sensación de alivio frente a una situación conflictiva o de difícil término, miedo a la muerte, añoranza y llanto recurrente.
3. *Conservación* cuya características más relevante es la aflicción que se parece más a una depresión como un trastorno o enfermedad propiamente dicha matizada por aislamiento, tristeza, llanto, impaciencia, intolerancia, repaso obsesivo de los hechos, apoyo social disminuido, necesidad de sueño, apetito empobrecido, falta de actividad, desesperación, desamparo, impotencia e irritabilidad. Pudiendo aparecer las

² Director Unidad del Duelo Funeraria San Vicente (Medellín, Colombia), investigador de renombre internacional en el tema de la pérdida, creador del portal web del Cómo Ayudarnos y Ayudar a Otros a Enfrentar la Muerte de un Ser Querido: www.homestead.com.cl y del Manual de Tanatología Clínica entre otros escritos.

idealizaciones de muerte, los pensamientos suicidas o los intentos autolíticos pues la vida del deudo es “dominada” por la pérdida.

4. *Cicatrización* cuya característica más relevante es la aceptación intelectual, emocional y conductual de la pérdida matizada por reconstruir la forma de ser, retomar el control de la propia vida, abandonar los roles anteriores de padecimiento, buscar el significado a lo sucedido, cerrar el círculo de dolor, perdonar u “olvidar” como proceso de aceptación adaptativa, disminuir gradualmente los efectos del estrés prolongado, aumentar la energía biopsíquica, ampliar las redes sociales y reestructurar el patrón normal del sueño, la alimentación y la actividad.
5. *Renovación* cuya característica más relevante es la búsqueda de “sustitutos” para afrontar la pérdida una vez que el deudo ha realizado los cambios necesarios en su realidad, sentido y estilo de vida y ha recuperado la forma positiva de verse a sí mismo y a su mundo matizada por la concepción de vivir para sí, el propósito de aprender a vivir sin la pérdida y la experiencia de las reacciones de aniversario, conmemoración o tributo con las que deberá lidiar pues reactivarán el dolor emocional y podrán a prueba sus recursos de efugio.

Además de los rasgos clínicos determinantes en cada etapa del duelo se debe considerar el nivel de complejización que se ve reflejado en cuatro criterios:

1. Criterio A = Estrés por la separación que conlleva la muerte.
2. Criterio B = Estrés por el trauma que supone la muerte.
3. Criterio C = Cronología y curso del proceso del duelo.
4. Criterio D = Deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de su vida cotidiana.

(Holly Prigerson, Stanislav Kasl & Selby Jacobs, 2001).

La entidad clínica del duelo complicado se comprobó en todos los casos; sin embargo, se presentaron algunas particularidades:

Caso 1.

- Etapa de anclaje No. 1.
- Rasgos clínicos: incredulidad, pensamientos obsesivos, psicomatizaciones, triada cognitiva de la depresión, dificultades de concentración, confusión, tensión y pérdida de control.
- Nivel de complejización: criterios A+C+D.

Caso 2.

- Etapa de anclaje No. 4.
- Rasgos clínicos: retomar el control de la propia vida, abandonar los roles anteriores de padecimiento, buscar el significado a lo sucedido, cerrar el círculo de dolor y disminuir gradualmente los efectos del estrés prolongado.
- Nivel de complejización: criterios C+D.

Caso 3.

- Etapa de anclaje No. 4.
- Rasgos clínicos: abandonar los roles anteriores de padecimiento, buscar el significado a lo sucedido, cerrar el círculo de dolor, disminuir gradualmente los efectos del estrés prolongado y perdonar u olvidar como proceso de aceptación.
- Nivel de complejización: criterios A+C+D.

Caso 4.

- Etapa de anclaje No. 1.
- Rasgos clínicos: confusión, inquietud, angustia, desesperanza, sensación subjetiva de tensión, dificultades de concentración e incapacidad transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria.
- Nivel de complejización: criterios A+C+D.

Caso 5.

- Etapa de anclaje No. 1.
- Rasgos clínicos: incredulidad, confusión, angustia, desesperanza, pérdida de control, dificultades de concentración e incapacidad transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria.
- Nivel de complejización: criterios A+C+D.

3.4 Intervención.

Se aplicó la intervención psicoterapéutica para trabajar el duelo complicado, en la consulta privada, por demanda del paciente/cliente.

Todos los casos de estudio por su estilo de personalidad se adherieron al proceso, se sostuvieron en el mismo sin abortarlo y se evaluó que el tratamiento les fue de gran utilidad en la resolución de la problemática.

Para lo cual se acordó dos citas semanales, con sesiones de una hora de duración, durante tres meses; se solicitaría, de ser necesario, la colaboración de un médico psiquiatra u otro especialista; se tuvo cuidado de los fenómenos de la relación psicoterapéutica; y, se desarrolló el tratamiento aplicando las fichas SEAPSI como las 25 sesiones diseñadas de forma general obteniéndose ciertas especificidades:

Caso 1.

- Demanda:

- Explícita.

La paciente desea superar sus pérdidas.

Nos narra la muerte de su madre, el fallecimiento de su hijo recién nacido, las ausencias temporales de su padre por diversos motivos y la disolución conyugal con el que fue su esposo.

Dice: “vivir del recuerdo el que le causa un profundo dolor psíquico como una falta de ganas por hacer las cosas, un deseo de que los días tan sólo pasen y una sensación de vaciedad”.

- Implícita.

Dificultad vincular con el padre y miedo a no realizarse plenamente como persona (profesional, mujer, madre).

- Antecedentes disfuncionales:

Menciona que es la única hija sobreviviente, después de cinco hermanos que murieron a los pocos días de nacidos, por diversas condiciones médicas; esto hizo que sus padres y otros familiares la sobreprotegieran.

Padece de diabetes tipo I. Enfermedad a la ha que aprendido a adaptarse desde su diagnóstico hace nueve años atrás. Ella cumple con su tratamiento pues cuida de su alimentación, se administra la medicación y asiste regularmente a control médico.

Antes de morir su madre, cuando tenía unos catorce años, falleció su abuelo materno que era para ella figura relevante de la crianza y con el que vivió, aproximadamente un año, al radicarse su familia en Cuenca después de haber vivido un tiempo en Quito.

Su padre solía, cuando ella era una niña y adolescente, ausentarse de casa, por viajes de trabajo; hoy en día, pasa la mayor parte de la semana en una casa de hacienda, en la parroquia rural Quingeo.

Estuvo casada con “Bolívar” por el lapso de tres años y con quien engendraron un niño. Su relación se deterioró debido a la falta de convivencia pues solía viajar, con frecuencia, a los Estados Unidos por motivos de trabajo. En el extranjero pasaba grandes temporadas, regresaba por unos días y volvía a irse. Día a día, según sus palabras, el vínculo afectivo se iba desgastando. Él la traicionó con otra mujer; y, poco tiempo antes de la muerte de su hijo, se efectivizó la disolución conyugal.

El hijo en común nació prematuro, al poco tiempo le diagnosticaron una enterocolitis necrotizante; y, fue sometido a tres operaciones: la primera, el 1 de noviembre del 2010, para extraerle el tejido necrosado del intestino; la segunda, el 15 de diciembre del 2010, para cerrar unión del segmento cortado; y, la tercera, el 20 de diciembre del 2010, para realizar un procedimiento similar al precedente. Después, de la última operación, el cuadro médico de la criatura se agravó con una bronconeumonía; el 28 del diciembre de 2010 la condición médica del infante se complicó aún más; y, 06 del enero de 2011 murió a causa de muerte cerebral.

Durante éste tiempo, fueron contadas las veces que pudo mirar a su bebé, al que llamó: “Matías”; y, quien falleció a los tres meses de edad. Todos en su casa consideran que “el niño fue un luchador incansable por la vida, pues a pesar del alto riesgo de aborto, agudizado por la diabetes de su madre, logró nacer y quedarse con ellos, aferrado al existir, por lo menos durante ochenta y tres días”.

- Biografía familiar y personal:

Proviene de una familia compuesta por tres miembros a saber: su madre, su padre y ella.

La relación con su progenitora, cuando vivía, era muy estrecha y poco conflictiva; en cambio, la relación con su progenitor, con quien vive actualmente, es cercana pero conflictiva.

No existe relación fraternal más sí un fuerte depósito de delegados y méritos sobre la paciente pues es la hija sobreviviente de una historia de amenazas de aborto y cinco hermanos(as) muertos(as), a los pocos días de nacidos(as).

Su niñez y adolescencia transcurrieron con relativa normalidad siendo figuras relevantes de su crianza su madre y sus abuelos maternos, a los cuales era muy apegada. Su familia la consentía mucho llegando incluso a sobreprotegerla.

Se considera “una estudiante promedio, ni tan buena, ni tan mala”; y, en lo profesional hasta ahora no ha podido emprender en su carrera y aunque atiende a ciertos niños(as) es un trabajo esporádico pues la recuperación de los menores llega a término o no asisten a las sesiones previamente acordadas.

En la facultad hizo amistad con algunas compañeras, especialmente con una de ellas con la que desarrolló su trabajo de grado y a la que considera su “gran amiga, confidente, como una hermana”.

Depende económicamente de su padre quien siempre ha velado por ella proveyéndole de lo necesario para un buen vivir incluso cuando casada y ahora que se efectivizó la disolución conyugal.

Contrajo nupcias a los veinte y ocho años de edad, estuvo casada durante tres años, separándose y luego divorciándose hace más de un año. Los esposos tomaron esta determinación pues la relación no funcionó debido a las razones arriba señaladas.

Refiere: “ella luchó por la relación más a pesar de tratar de ajustarse a las exigencias de su cónyuge pesaron más sus ausencias, sus mentiras, su falta de compromiso; pero sobre todo, sus engaños haciéndole creer que la amaba cuando le era infiel”.

El vínculo con su hijo muerto fue breve pero muy estrecho desde el momento mismo de su conciencia de la concepción, los cuidados frente a las amenazas de aborto y la hospitalización previa a su sensible fallecimiento.

Actualmente se recibió como Estimuladora Temprana más no ejerce, vive con su padre en la casa de hacienda, así lo decidieron para estrechar los vínculos familiares; y, no tiene una pareja ni quisiera establecer ningún compromiso por el momento.

- Reactivos psicológicos:
 - BID = aflicción aguda.
 - IDC = duelo complicado.
 - Cuestionario SEAPSI = personalidad de tipo déficit relacional con predominio de rasgos dependientes.

- Factores biológicos influyentes:
 - Padece de diabetes (aumento de la glicemia en la sangre).

- Factores sociales y familiares influyentes:
 - Escasa red de apoyo sociofamiliar.

- Atribución psicológica del trastorno:
 - El locus de control es externo atribuyendo afuera u otros la situación conflicto.

- Características de personalidad:
 - Autodesprecio, evitación de responsabilidades adultas y comportamientos de adherencia social.

- Estilos cognitivos:

- Negación, evasión y racionalización como principales mecanismos de defensa psíquica; y, estructuración de un propio MAPPAS cognitivo, resaltando: magnificación, personalización, sobregeneralización.

- Rasgos potenciadores y limitantes:

- Potenciadores: adherencia, responsabilidad y compromiso con el tratamiento; y, limitadores: autocrítica.

- Formulación dinámica del trastorno:

Duelo complicado, por muerte y separación, con irresolución en la primera fase: aflicción aguda. Lo que genera en la paciente, fuertes sentimientos de soledad, angustia, ansiedad, incertidumbre y temor que le resultan difíciles lidiar.

En los últimos tres meses, ha presentado: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido e insomnio; poco apetito; y, aparición de flash backs respecto a la muerte de su hijo.

En otro aspecto, se hace necesario y, cómo objetivo postrero de intervención, mejorar la relación de convivencia con el padre; así como, evaluar, ampliar, mejorar su red social, para producir una atmósfera de desarrollo contextual más adecuada.

- Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad de tipo déficit relacional con predominio de rasgos dependiente, los más notorios, son: autodesprecio, evitación de responsabilidades adultas y comportamientos de adherencia social. A ello se suma, conductas de evasión, negación, racionalización como mecanismos de defensa psíquica; y, la estructuración de un propio MAPPAS cognitivo siendo magnificación, personalización, sobregeneralización, los más relevantes.

Estilo que se ha gestado desde su niñez debido al excesivo apego parental y sobreprotección por el hecho de ser la única hija sobreviviente.

Denota además una buena capacidad intelectual, un adecuado nivel de integración psíquica, un moderado grado de flexibilidad, una positiva capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, una manifiesta motivación al tratamiento y un locus de control externo.

- Pensamientos distorsionados predominantes:
 - “Soy un fracaso”.
 - “Nadie va a quererme”.
 - “La vida no tiene sentido ahora”.

Caso 2.

- Demanda:
 - Explícita.

La paciente desea superar sus sentimientos de culpa por la pérdida incluso cuando es consciente de que tal depósito no tiene fundamentos.

Relata el deceso de Sebastián, su mejor amigo, de forma inesperada y resultado de un desafortunado accidente doméstico, un 25 de abril de 2010, a los 20 años de edad, al caer desde el balcón de su habitación a la planta baja de su casa.

La caída comprometió su cabeza al producir una contusión tal que pocos minutos después le provocó vómito, hemorragia y convulsiones.

En el hospital, a pesar de haber sido sometido a varias intervenciones quirúrgicas de emergencia, en el área de neurología, su cuerpo no resistió registrándose su muerte a las cinco de la tarde de ese mismo día, producto de un paro cardiorrespiratorio.

El incidente había ocurrido porque ese día había bebido demasiado alcohol y al salir al balcón perdió el equilibrio. Siendo justamente el hecho de que beba sin moderación la razón por la que, en días anteriores, se habían distanciado aunque mantenían contacto.

Ésta pérdida le ha resultado difícil superar siéndole complicado lidiar con la ausencia de quien significó una figura relevante en su vida y cuya memoria aún hoy le genera una profunda tristeza.

- Implícita.

No se identifica.

- Antecedentes disfuncionales:

Varias tentativas de divorcio y una separación temporal, cuando la paciente tenía trece años de edad, de dos meses, por parte de sus progenitores, debido a una serie de razones, principalmente: celos de la madre hacia el padre con temor de supuesta infidelidad del segundo; y, carácter fuerte e impositivo de ambos.

- Biografía familiar y personal:

Pertenece a un hogar compuesto por seis miembros, a saber: Bertha, de 46 años de edad, la esposa y madre, es ama de casa y se dedica al comercio; Hernán, de 54 años de edad, el esposo y padre, es docente; Adriana, de 23 años de edad, la hija y hermana mayor, egresó de Contabilidad Superior; Mónica, de 21 de edad, la hija y hermana segunda (paciente índice), es estudiante de Medicina; Patricio de 18 años de edad, el hijo y hermano tercero, es estudiante de Diseño; y, Paulina, de 8 años de edad, la hija y hermana última, es estudiante primaria.

Dice sostener, con toda su familia nuclear, buenas relaciones y vínculos estrechos con esporádicos episodios de conflicto.

Cuando niña y adolescente sus progenitores, especialmente su padre, eran muy estrictos y severos con ella y sus hermanos. Crecieron en un hogar con normas, reglas y límites claramente establecidos que asumieron, respetan y cumplen.

Se considera una buena estudiante: dedicada, comprometida, responsable. Le gusta prepararse y ser mejor cada día. Se ha destacado por sacar buenas notas y ser participe activa de campañas diversas en beneficio de poblaciones vulnerables.

Quienes la conocen se refieren a ella como una persona recta, confiable y de principios. Sus familiares cercanos la consideran una hija y hermana tierna, cariñosa, preocupada por los demás. Y, sus amigos(as) íntimos(as) la catalogan como un magnífico ser humano que se caracteriza por su don de gentes, capacidad de escucha y solidaridad.

Ella gusta del orden y aseo en sus ambientes como del control de sus cosas llámese a éstas: deberes, obligaciones, pendientes, tendiendo a sentir cierta angustia y/o ansiedad cuando se salen del esquema sin que esto signifique que no sea capaz de ser flexible como tolerante a aquello que no estaba previsto.

Comenta que fue en cuarto curso que conoció a Sebastián. Al poco tiempo de conocerse, él la pretendía como enamorado, más ella siempre conservó el vínculo de amistad que pasó a ser profundo y duradero.

Señala, que hace unos dos años atrás, ella con sus amigos sufrieron un accidente automovilístico, resultando moderadamente herida y recuperándose satisfactoriamente, en una casa de salud, lugar donde fue hospitalizada por algunos días. Y, poco más de año después ocurrió la partida de su mejor amigo.

Actualmente, cursa el cuarto año de la carrera de Medicina, desea egresar muy pronto y graduarse en seguida. Le gustaría especializarse en Pediatría, Ginecología o Psiquiatría, aún no lo tiene muy bien decidido.

A futuro, le gustaría conformar una familia pero primero quiere superar la pérdida, “para no ver ni buscar en su pareja a Sebastián”, pues considera que esto le pasa con aquellos que le atraen o se llega a enamorar.

- Reactivos psicológicos:
 - BID = cicatrización.
 - IDC = duelo complicado.
 - Cuestionario SEAPSI = personalidad de tipo cognitiva con predominio de rasgos anancásticos.

- Factores biológicos influyentes:
 - No se evidencian factores biológicos influyentes en el trastorno.

- Factores sociales y familiares influyentes:
 - Dificultades en la relación marital de sus progenitores.

- Atribución psicológica del trastorno:
 - El locus de control es interno atribuyendo a sí misma la problemática.

- Características de personalidad:
 - Ritualismo, rigidez, orden, disciplina, inflexibilidad, persistencia, perfección y escrupulosidad.

- Estilos cognitivos:
 - Evasión, racionalización, sublimación como principales mecanismos de defensa; y, estructuración de un propio MAPPAS cognitivo, resaltando: inferencia arbitraria, personalización, pensamiento dicotómico.

- Rasgos potenciadores y limitantes:

- Potenciadores: capacidad de análisis, sujeción al tratamiento, organizaci; y, limitadores: perfección, rigidez, inflexibilidad.

- Formulación dinámica del trastorno:

- Duelo complicado, con irresolución en la cuarta fase: cicatrización. Lo que se ve reflejado en la cronología y curso del proceso del duelo; y, el deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de su vida cotidiana.

En los últimos seis meses denota angustia, soledad, desesperanza, ansiedad y temor; sentimientos intensos, persistentes e intrusivos que en ocasiones le desconcentran en sus actividades diarias, le cortan el sueño y le quitan el apetito.

Adicionalmente, se encuentra con muy poco ánimo para hacer las cosas, prefiere estar en casa que salir con sus amigos y recuerda frecuentemente con tristeza (llanto) lo que solía hacer cuando Sebastián estaba vivo.

- Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad de tipo cognitivo con predominio de rasgos anancásticos, los más notorios: ritualismo, rigidez, orden, disciplina, inflexibilidad, persistencia, perfección y escrupulosidad. A ello se suma, conductas de evasión, racionalización, sublimación como mecanismos de defensa; y, la estructuración de un propio MAPPAS cognitivo siendo inferencia arbitraria, personalización, pensamiento dicotómico, los más relevantes.

Estilo que se ha gestado desde su niñez debido al excesivo control parental con presencia de castigo; culpa generada por deficiencias; y, entrenamiento temprano de la responsabilidad.

Indica además una buena capacidad intelectual, un adecuado nivel de integración psíquica, un moderado grado de flexibilidad, una positiva capacidad para reaccionar

afectivamente ante el contacto, una manifiesta motivación al tratamiento y un locus de control interno.

- Pensamientos distorsionados predominantes:
 - “Nunca voy a encontrar alguien que como él me haga feliz”.
 - “Jamás podré superar la pérdida”.
 - “Debería no estar muerto”.

Caso 3.

- Demanda:
 - Explícita.

La paciente desea superar la pérdida de su hijo.

Describe una serie de acontecimientos dolorosos, entre los que sobresalen: la muerte de su padre, por un cáncer terminal al pulmón, hace unos cinco años; la separación temporal con su esposo, quien viajó a especializarse en España, en Cirugía Reconstructiva, hace unos dos años; y, lo más difícil de superar para ella, la pérdida de su primer hijo, a las seis semanas de gestación, producto de un accidente casero, acaecido hace dos años y dos meses.

Por lo que recibió medicación antidepresiva, durante seis meses, suspendiendo el tratamiento debido a su estado actual de gravidez.

- Implícita.

Dificultades en la dinámica vincular: pareja; y, miedo a perder otro bebé.

- Antecedentes disfuncionales:

La relación con su esposo era muy buena hasta la pérdida de su bebé. Ella se culpa de su muerte y que su esposo, indirectamente, también aunque no quiera decírselo por temor a lastimarla, razón por la cual casi no tocan el tema.

Recibió tratamiento psiquiátrico pues la diagnosticaron de un trastorno depresivo mayor, de tipo moderado, sin síntomas psicóticos [F33]. El uso de medicación fue durante seis meses suspendiendo el uso por su actual estado de gravidez.

- Biografía familiar y personal:

Proviene de un hogar tradicional cuencano. Sus padres ejercieron con ella y sus hermanos: disciplina severa, trato parco y poco contacto afectivo. Eran muy marianos, sujetos a la religión. Y, aunque en su crianza recibió castigo frente a sus equivocaciones, las correcciones le permitieron darse cuenta e irse perfeccionando, día a día, hasta convertirse en lo que ahora es.

Ambos progenitores fueron médicos de profesión. Tuvieron, contando con ella, nueve hijos e hijas, a quienes les heredaron educación, llegando todos a ser profesionales en distintas áreas de especialización.

Ella es la antepenúltima de los hermanos. Es de profesión magíster en educación y, hoy en día, cursa un doctorado. El hábito de formarse, continuamente, le vino desde sus abuelos, quienes también eran docentes y autodidactas.

Su infancia transcurrió sin ninguna dificultad rodeada de comodidades. Cuando adolescente sintió el deseo de ser religiosa, idea que no maduró. Y, ahora, considera estar casada con un hombre que la ama aunque muchas veces pareciera no la comprende; poseer un trabajo que la satisface enteramente; y, haber obtenido crecimiento espiritual al practicar el cristianismo evangélico.

Está casada desde hace seis años. Califica su relación como “muy estrecha pero conflictiva”, supone por sus duelos y la distancia. Su esposo es de profesión médico y actualmente cursa una maestría en cirugía reconstructiva en una universidad madrileña. Especialización que finaliza a finales de 2011. Durante los dos años de formación ha venido a visitarla, aproximadamente un mes, cada fin de semestre.

Hace cinco años perdió a su padre, quien falleció de un cáncer terminal al pulmón, “era un fumador empedernido”; y, su madre murió tres años de una trombosis cerebral.

Su primer embarazo se suspendió al mes y medio de gestación, después de una caída en la que perdió al embrión, sometiéndose a un aborto terapéutico, del que hasta hoy no se “recupera” a pesar de haber pasado ya dos años y dos meses.

Antes de esto su vida en pareja era normal; y, por lo único que solían discutir era por su “manía” a tener todo aseado y bajo orden, etiqueta que ella no acepta pues se ve a sí misma como una persona disciplinada y de principios.

Estuvo en preñez nuevamente. La llegada de su hijo, quien nació en diciembre de 2011, los mantuvo motivados pero lo anterior no anuló en ella el miedo a perder al niño, razón por la cual se cuidó al extremo, siendo sus excesos los que le causaban problemas con todos.

- Reactivos psicológicos:
 - BID = cicatrización.
 - IDC = duelo complicado.
 - Cuestionario SEAPSI = personalidad de tipo cognitiva con predominio de rasgos anancásticos.

- Factores biológicos influyentes:
 - Trastorno depresivo mayor, de tipo moderado, sin síntomas psicóticos [F33].

- Factores sociales y familiares influyentes:
 - Escasa red de apoyo sociofamiliar.

- Atribución psicológica del trastorno:
 - El locus de control es interno atribuyéndose la responsabilidad de la situación conflicto.

- Características de personalidad:
 - Tendencia a la culpa, sujeción a la normativa, perfeccionismo, religiosidad, organización y responsabilidad.

- Estilos cognitivos:
 - Negación, evasión y racionalización como principales mecanismos de defensa psíquica; y, estructuración de un propio MAPPAS cognitivo, sobresaliendo: magnificación, personalización e inferencia arbitraria.

- Rasgos potenciadores y limitantes:
 - Potenciadores: sujeción, responsabilidad, cumplimiento; y, limitantes: inflexibilidad, rigidez, autocrítica.

- Formulación dinámica del trastorno:

Duelo complicado con irresolución en la cuarta fase: cicatrización. Lo que se ve reflejado en el estrés por la separación que conlleva la muerte; la cronología y curso del proceso de duelo; y, el deterioro biopsicosocial. Adicionalmente, padece un trastorno depresivo mayor, de tipo moderado, sin síntomas psicóticos [F33].

Estuvo medicada durante seis meses, suspendiéndose el tratamiento farmacológico por su estado de gravidez. Y, en el último mes ha tenido crisis de angustia mismas que han sido contraladas con fitofármacos y técnicas de relajación.

- Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad de tipo cognitivo con predominio de rasgos anancásticos, entre los que sobresalen: búsqueda de la perfección; rectitud; escrupulosidad; preocupación por las reglas, el orden, los detalles; apego al trabajo; tendencia a logros; persistente, ansiosa, inflexible; y, conducta rígida y ritualista. Lo que se ha compensado con la aparición de algunos mecanismos psíquicos de defensa psíquica: negación, evasión, racionalización; y, la estructuración de un propio MAPPAS cognitivo: inferencia arbitraria, magnificación, personalización, los más sobresalientes.

Estilo que se ha gestado desde su niñez debido al exceso de control parental con presencia de castigo, culpabilidad generada por deficiencias, ideas religiosas estrictas y entrenamiento temprano de la responsabilidad.

Denota además una buena capacidad intelectual, un adecuado nivel de integración psíquica, un leve grado de flexibilidad, una positiva capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, una manifiesta motivación al tratamiento y un locus de control interno.

- Pensamientos distorsionados predominantes:

- “Mi bebé puede morir”.
- “Mi esposo va a abandonarme”.
- “No importa lo que haga nadie lo aprecia”.

Caso 4.

- Demanda:

- Explícita.

La paciente desea superar la pérdida de su hermano mayor.

Rememora el fallecimiento de su hermano mayor, quien era teniente de la Fuerza Aérea Ecuatoriana (FAE), en un trágico accidente de aviación, mismo que ocurrió durante un vuelo de prueba, el 24 de mayo del 2007.

El saldo del incidente fue que tanto el piloto (su hermano) como el copiloto (el instructor) murieron pues la aeronave que pilotaban, poco tiempo después de despegar, se incendió.

Aunque las investigaciones del siniestro refieren falla humana, Cristina y su familia no están de acuerdo con ello ya que oficiales de la Base Aérea de Manta señalaron que la flota de aviones A-37-B debían ser dados de baja por una serie de desperfectos lo que les hace suponer de falla mecánica.

- Implícita.

Dificultades de índole vincular: pareja y familia nuclear.

- Antecedentes disfuncionales:

Señala que su padre, por su profesión, viaja con frecuencia para dar cumplimiento a contratos de construcción, realizando diferentes obras, tales como: vías, puentes, muros de contención, etc.

Sus progenitores discutían mucho tanto por los negocios que su padre hacía, por el tiempo que él permanecía fuera del hogar pero, especialmente, por el temor que su madre tenía de supuestas infidelidades aún hoy no confirmadas.

Fue muy cercana a su hermano fallecido. Cuando Carlos decidió ir a formarse como piloto (1998) su separación le resultó difícil siéndole complicado el adaptarse a ello, especialmente por lo de la distancia y las visitas restringidas. Más se sumó a su deseo y

lo apoyó como todos en su casa, viéndole ascender desde aspirante a cadete (2000) hasta teniente especializado en el combate aéreo (2007).

Después del matrimonio, al poco tiempo de convivencia, al año aproximadamente, su esposo se fue a trabajar a Lago Agrio, en el oriente ecuatoriano. Laboró ahí durante tres años en una dinámica de 21 días de ausencia y 08 días de estar en Cuenca. Durante este tiempo tuvieron, como pareja, una serie de fricciones debido a diversos motivos siendo el hecho más relevante el que él le fue infiel en el año 2005. En ese mismo año estaban a punto de divorciarse más Cristina llegó a dispensar el error de su marido y darse mutuamente otra oportunidad.

- Biografía familiar y personal:

Pertenece a una familia compuesta por cinco miembros, a saber: Teresa, la esposa y madre, de 48 años de edad, es ama de casa; Luis, el esposo y padre, de 54 años de edad, es Ingeniero Civil; Carlos, el hijo y hermano mayor, de 27 años de edad (+), fue Teniente de Aviación; Cristina, la hija y hermana segunda, de 29 años de edad, es Licenciada en Turismo (paciente índice); y, Pedro Luis, de 21 años de edad, el hijo y hermano menor, es estudiante universitario.

Considera que su familia es unida “pues todos están pendientes de todos y pueden contar con los otros de forma incondicional”; y, “aunque sus padres han tenido algunas tentativas de separación definitiva aún permanecen juntos como esposos”.

Se describe como una persona: “abierta, frontal, extrovertida, alegre, amable” que demanda atención, tiende a ser celosa como a ser celada y ha sido protegida por los suyos desde que era una niña.

Su niñez y adolescencia transcurrió con relativa normalidad rodeada del amor, la comprensión y el apoyo de su familia. Siendo su mejor amigo su hermano mayor a quien le tiene admiración, respeto, cariño.

Como estudiante fue una buena alumna y como compañera buena amiga aunque no llegó a intimidar mucho. Se graduó de la universidad y luego pasó a trabajar en una mayorista de turismo, lugar en el que labora hasta la fecha.

Contrajo matrimonio hace 9 años. Con su esposo Andrés han procreado dos hijos: Nicolás, de ocho años de edad, que cursa el cuarto año de educación básica; y, Carlos, de 07 meses de edad, quien ha sido llamado así en honor a su tío fallecido.

Él y ella trabajan como empleados privados. Su hijo mayor va a la escuela y el menor se queda bajo los cuidados de la abuela materna hasta que su madre los recoge a ambos después del trabajo.

Actualmente, la relación con su esposo es estable sin desmerecer los diversos contrastes de “malos entendidos”, “pequeñas discusiones” y “distanciamientos momentáneos”, debido principalmente a: “los gastos que genera la casa”, “los estilos de crianza con sus hijos”, “el tiempo que permanecen con la familia de origen”, “la salidas sin el otro” y “el trato que a veces no es el más adecuado”.

- Reactivos psicológicos:
 - BID = aflicción aguda.
 - IDC = duelo complicado.
 - Cuestionario SEAPsl = personalidad de tipo afectiva con predominio de rasgos histriónicos.

- Factores biológicos influyentes:
 - No se identifica ningún factor biológico influyente.

- Factores sociales y familiares influyentes:
 - Recursos de afrontamiento superados por el dolor que causa la pérdida.

- Atribución psicológica del trastorno:
 - El locus de control es externo atribuyendo afuera u otros la situación conflicto.

- Características de personalidad:
 - Alto nivel de actividad, emocionalidad, sociabilidad, extraversión y apertura al cambio manifiestos en su forma de ser.

- Estilos cognitivos:
 - Negación, sublimación, racionalización como principales mecanismos de defensa psíquica; y, aparición de un propio MAPPAS cognitivo.

- Rasgos potenciadores y limitantes:
 - Potenciadores: sugestionabilidad; y, limitadores: teatralidad, manipulación, baja tolerancia a la frustración.

- Formulación dinámica del trastorno:

Duelo complicado con irresolución en la primera fase: aflicción aguda. Lo que se ve reflejado en el estrés por la separación que conlleva la muerte; la cronología y curso del proceso del duelo; y, el deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de su vida cotidiana.

La paciente revela tristeza, idealización de retorno y desesperanza. Siente que hasta hoy no ha podido superar la pérdida y que aún se encuentra en duelo pues debió reprimirlo por apoyar a su familia como porque se veía “obligada” a continuar con su vida: matrimonio, hogar, profesión, etc.

Señala que muchos no entienden su dolor y creen que ella exagera más no conocen que aún se alberga en su mente y en su corazón; es por ello, que cuando está sola, lo legítima realizando algunas acciones tales como orar, llorar, escribir, etc.

- Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad de tipo afectivo con predominio de rasgos histriónicos, entre los que sobresalen: carácter alegre, seductor, sociable; tendencia a la sugestión, la generosidad, la manipulación; vanidad; comportamiento dramático; y, escasa tolerancia a la frustración. A ello se suma, conductas de: negación, sublimación, racionalización como mecanismos de defensa psíquica; y, la estructuración de un propio MAPPAS cognitivo, siendo: pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria y sobregeneralización, los más relevantes.

Estilo que se ha gestado desde su niñez debido a sobreestimulación, utilización indiscriminada de recompensas, aprendizaje vicario (madre), dificultad en la irresolución de los celos fraternos (hermano mayor) y condición atractiva.

Denota además una buena capacidad intelectual, un adecuado nivel de integración psíquica, un moderado grado de flexibilidad, una positiva capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, una manifiesta motivación al tratamiento y un locus de control externo.

- Pensamientos distorsionados predominantes:

- “La vida sin él es incompleta”.
- “El sufrimiento me supera”.
- “Sé que algún día va a volver”.

Caso 5.

- Demanda:

- Explícita.

La paciente desea superar la pérdida de su hijo.

Cuenta la muerte de su primogénito en un accidente de aviación mientras se disponía a realizar un segundo vuelo de prueba, la tarde del 24 de mayo del 2007, desde la Base Aérea de Manta.

Sostiene que a pesar de haber pasado más de cuatro años desde el fallecimiento de su hijo mayor, quien era de profesión militar y había alcanzado el rango de teniente de aviación listo para el combate, ella mantiene su dolor tan fresco como si hubiera ocurrido ayer, negándose a aceptar el hecho.

Dice no aceptar el hecho porque ésta convencida de que no se trata de una falla humana sino de una mecánica ya que su muchacho le había comentado que las aeronaves iban a ser dadas de baja, ese día volaba con su superior al mando quien era el instructor de manejo y el artefacto explotó apenas dejó suelo.

Hoy en día sueña aún en que cruce el lumbral de su puerta como lo solía hacer cuando estaba de franco; desea escuchar su voz que le alegraba con sus bromas; y, recibir sus besos, abrazos y caricias como antes.

En definitiva, no se conforma con su partida y ésta le ha provocado una profunda tristeza, vaciedad, pérdida del sentido de la vida.

- Implícita.

Dificultades de pareja.

- Antecedentes disfuncionales:

A la pérdida de su hijo deben sumarse la de su abuela de crianza quien falleció el 14-10-1983 y la de su madre quien falleció en 08-03-2008; como el no haber conocido a su padre biológico del que sabe fue militar y el que los abandonó cuando ella era bebé, ser separada de sus hermanos(as) por su madre para que le crie su abuela materna y retornar al hogar nuclear a los once años de edad siendo desprendida de los brazos de su cuidadora; y, también, el haberse distanciado de su esposo, por temporadas de varias semanas, debido a su trabajo como Ingeniero Civil y sus contrataciones con el

Estado como por decisión propia, durante unos meses en 2009, debido a sospechas de infidelidad, situación que aún hoy no es aclarada.

- Biografía familiar y personal:

La paciente, tiene 48 años de edad, se dedica a los quehaceres domésticos y su familia está compuesta por cuatro miembros, a saber: Luis Guillermo, su esposo y padre de sus hijos, de 54 años de edad, es Ingeniero Civil; Carlos, el hijo y hermano mayor, de 27 años de edad (+), fue Teniente de Aviación; Cristina, la hija y hermana segunda, de 29 años de edad, es Licenciada en Turismo; y, Pedro Luis, de 21 años de edad, el hijo y hermano menor, es estudiante universitario de Ingeniería Comercial.

Señala que su vida “fluctúa entre una serie de contrastes que matizan su existencia pasando de momentos de plena alegría que le brindan felicidad a otros de intensa tristeza que son la razón de sus lágrimas”.

Cuando niña fue entregada a su abuela materna para que la crie, siendo ahí donde pasó su infancia rodeada de cariño, protección y cuidados. Vivía con la abuela, un tío y las personas del servicio. La “ancianita” la recibió cuando tenía ya 75 años de edad pero esto no le impidió velar por su bienestar. Recuerda que al regresar de la escuela solían pasar las tardes jugando, haciendo las cosas de la casa, bordando, entre otras actividades. Otro recuerdo bonito es que le ayudó a alumbrar a sus dos hijos mayores: Carlos y Cristina.

La “viejecita” la trató, toda la vida, como si fuera una “princesa” y se caracterizó por ser una “excelente persona”: tierna, amigable, gentil hasta el momento de su fallecimiento acaecido tres meses antes de cumplir 100 años de edad.

Con su familia nuclear compartió su vida desde los once a los quince años de edad, con los que sostenía una relación fría, distante y poco afectiva. Ese tiempo lo califica como “un infierno” pues debía hacerse cargo de sus hermanos(as), quienes tenían por parte de su progenitora un trato preferencial y por los cuales recibía castigo sí no les servía a manera de una “nana”; razón por la cual, esperaba con ansias el fin de semana para volver junto a su querida abuela.

De sus familiares, a la que menos apreciaba era a su hermana mayor que solía ser injusta con ella, la culpaba de todo y hacía que la reprendan. Solía rechazarla señalándola como una “intrusa”, “ilegítima”, “arrimada” profiriéndole éstos y toda clase de malos tratos.

En el colegio, que era a manera de internado, perdió el primer año pero continuó estudiando hasta graduarse de bachiller. Fue una estudiante dedicada, muy querida por sus compañeras y apreciada por sus maestros(as). Ahí pasó agradables momentos y estableció amistades sinceras que perduraron con el tiempo.

A los 12 años de edad conoció a su esposo y a los 15 se casó con él. Lleva ya 33 años de matrimonio, “con sus altas y sus bajas”. Con el pasar de los años vinieron los hijos, en total cuatro; y, con ellos los nietos: una niña del mayor y dos niños de la menor, los que llenan la casa con su presencia.

Al nacer su hijo mayor pudo restablecer el vínculo con su madre y hermanos(as), reconciliándose al desechar el rencor y reparando sobre el daño que recibió cuando adolescente. Su relación con los demás parientes la califica como positiva sin desmerecer los malos entendidos, enojos y distancias que de vez en cuando tienen.

Es con su esposo con quien conserva la disyuntiva debido a que se siente “engañada” haciéndose una persona “desconfiada” que espera del él “honestidad” respecto a sus sospechas.

Lamenta estar “ausente” como “a medias” con su familia desde la muerte de Carlos más se está esforzando por “recuperar lo perdido” y “poderse brindar por completa a los suyos sin la pena a costas”.

Es la pena lo que ha transformado su vida, “ya no es la misma” y pareciera que “todo se hubiera venido junto”, siendo lo más complejo las deudas del Estado con su esposo y las contraídas por él para cubrir las suyas, más no pierde la esperanza de que hallen, en los tribunales, pronta solución y que puedan salir de éste “bache” económico en el que se encuentran.

- Reactivos psicológicos:
 - BID = aflicción aguda.
 - IDC = duelo complicado.
 - Cuestionario SEAPSI = personalidad de tipo afectiva con predominio de rasgos ciclotímicos.

- Factores biológicos influyentes:
 - No se identifica ningún factor biológico influyente.

- Factores sociales y familiares influyentes:
 - Diversas pérdidas por muerte y/o separación han matizado su vida.

- Atribución psicológica del trastorno:
 - El locus de control es externo atribuyendo afuera u otros la situación conflicto.

- Características de personalidad:
 - Emotiva, de ánimo variable, generosa, sensible, activa y ambivalente.

- Estilos cognitivos:
 - Negación, evasión y racionalización como principales mecanismos de defensa psíquica; y, aparición de un propio MAPPAS cognitivo, sobresalen: magnificación, personificación, inferencia arbitraria.

- Rasgos potenciadores y limitantes:
 - Potenciadores: franqueza, colaboración solícita, optimismo; y, limitadores: bajo nivel de tolerancia.

- Formulación dinámica del trastorno:

Duelo complicado con irresolución en la primera fase: aflicción aguda. Lo que se ve reflejado en el estrés por la separación que conlleva la muerte; la cronología y el curso del proceso de duelo; y, el deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de su vida cotidiana.

La paciente dice sufrir demasiado la ausencia de su hijo, que su dolor no lo entiende nadie, que ya nada es igual desde ese instante del accidente aéreo pues su vida dio un giro que pinto de grises su existencia y cabo un vacío que no se llena con nadie; que el recordarlo, llorar su ausencia, recordar su presencia se han constituido en la manera de pasar sus días pues hay muy pocas cosas que la motivan; y, que incluso hubo momentos en los que pensó en quitarse la vida o huir muy lejos.

Señala, han sido la angustia, ansiedad y la desesperanza los estados en los que se ha sumido durante estos años, distanciándose de todo y de todos incluyendo a su familia aun sabiendo del daño que se provocaba y hacía a los que ama. Dormir, comer o dedicarse sostenidamente a una actividad sencilla como mirar la televisión le resultaron difíciles pues tendía a ser irregular, era una suerte de desgano por hacer aquello que antes incluso le resultaba agradable y que le ha costado mucho volver a encontrarle gusto.

- Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad de tipo afectivo con predominio de rasgos: ciclotímicos, entre los que sobresalen: emotividad; ánimo variable; generosidad; hipersensibilidad; tendencia a la actividad - inactividad, sociabilidad - retraimiento, ánimo positivo - ánimo negativo; y, bajo nivel de tolerancia. Lo que se ha compensado con la aparición de algunos mecanismos psíquicos de defensa psíquica, sobresalen: negación, evasión, racionalización; y, la estructuración de un propio MAPPAS cognitivo, entre los que resalta: magnificación, personificación, inferencia arbitraria.

Estilo que se ha gestado desde su niñez debido a pérdidas emocionales tempranas, dificultades en el entrenamiento de indefensión y atmósfera de desarrollo hostil (vulnerabilidad, desprotección, desamparo).

Denota además una buena capacidad intelectual, un adecuado nivel de integración psíquica, un moderado grado de flexibilidad, una positiva capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, una manifiesta motivación al tratamiento y un locus de control externo.

- Pensamientos distorsionados predominantes:
 - “Nunca voy a recuperarme de esto”.
 - “Debería ser yo quien debió morir primero”.
 - “Sin él junto a mí he perdido todo”.

3.5 Evaluación.

Para valorar el tratamiento utilizamos la Escala de las Tres Esferas (ETE) y las Ficha SEAPSI de Evaluación Final del Proceso Psicoterapéutico:

Caso 1.

- ETE:
 - Esfera de la personalidad.
 - ✓ Se debe trabajar en el sentimiento de pérdida de una parte de sí mismo como de estar incompleta.
- Ficha SEAPSI No. 9:
 - Proceso: Psicoterapia.
 - Objetivos establecidos: asesoramiento, sintomáticos y de personalidad.

- Cumplimiento de objetivos:
 - ✓ Paciente 10/10 porque cuenta con una serie de herramientas para sobrellevar su pérdida.
 - ✓ Familiares 08/10 porque observa en su hija cerrar su duelo, mejorar su clima emocional, adquirir nuevas metas de vida.
 - ✓ Psicoterapeuta 08/10 porque habría que evaluar el sostenimiento de sus avances y uso de los recursos psicoterapéuticos.

- Técnicas empleadas y grado de eficacia:
 - ✓ Programa para trabajar el duelo complicado un 5/5.
 - ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación un 5/5.
 - ✓ Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión un 4/5.
 - ✓ Reestructuración cognitiva – conductual un 4/5.

- Interrogantes al final del proceso:
 - ✓ Se finaliza el proceso pues se cumple en la de intervención psicoterapéutica.

 - ✓ Cumplimiento de expectativas:
 - ♦ Paciente denota mejoría y ha retomado sus proyectos personales.
 - ♦ Familiares están satisfechos con el tratamiento y los resultados.
 - ♦ Psicoterapeuta considera haber logrado objetivos planteados.

 - ✓ Tratamiento mixto no fue necesario la sintomatología depresiva disminuyó considerablemente haciéndose manejable para la paciente/cliente.

 - ✓ Derivación de la paciente/cliente a otro profesional no se hizo necesario.

- ✓ Deserción de la paciente/cliente no se dio, se sostuvo tanto en el proceso de psicoterapia como en las sesiones de control.

Caso 2.

- ETE:

- Esfera de la personalidad.
 - ✓ Se debe trabajar en el sentimiento de pérdida de una parte de sí misma, vacío, extrañeza, estar incompleta y ya no ser la misma.

- Ficha SEAPSI No. 9:

- Proceso: Psicoterapia.
- Objetivos establecidos: asesoramiento, sintomáticos y de personalidad.
- Cumplimiento de objetivos:
 - ✓ Paciente 09/10 porque menciona sentirse más segura, tranquila y capaz después del proceso de intervención psicoterapéutica.
 - ✓ Familiares 09/10 porque la familia de origen reseña un cambio notable, positivo y grato de carácter como de conducta.
 - ✓ Psicoterapeuta 09/10 porque la paciente ha potenciado recursos, tales como: resiliencia, tolerancia y flexibilización.
- Técnicas empleadas y grado de eficacia:
 - ✓ Programa para trabajar el duelo complicado un 4/5.
 - ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación un 4/5.
 - ✓ Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión un 4/5.

- ✓ Reestructuración cognitiva – conductual un 4/5.
- Interrogantes al final del proceso:
 - ✓ Finalización del proceso pues se han cumplido todas las metas, sesiones y actividades programadas.
 - ✓ Cumplimiento de expectativas:
 - ♦ Paciente ha retomado sus proyectos personales.
 - ♦ Familiares señalan su satisfacción frente a los cambios conseguidos.
 - ♦ Psicoterapeuta el proceso adquiere solidez, confiabilidad y validez.
 - ✓ Tratamiento mixto no fue considerado necesario para éste caso.
 - ✓ Derivación de la paciente/cliente no se hizo necesario.
 - ✓ Deserción de la paciente/cliente no porque asistió sin fallar a ningún encuentro.

Caso 3.

- ETE:

- Esfera de la personalidad.
 - ✓ Se debe trabajar en el sentimiento de pérdida de una parte de sí misma, estar incompleta y ya no ser la misma.

- Ficha SEAPSI No. 9:

- Proceso: Psicoterapia.
- Objetivos establecidos: asesoramiento, sintomáticos y de personalidad.

- Cumplimiento de objetivos:
 - ✓ Paciente 09/10 pues después del tratamiento se siente más segura, más tranquila, más dueña de sí.
 - ✓ Familiares 08/10 ya que su esposo la ve diferente: alegre, estable, con nuevos propósitos de vida.
 - ✓ Psicoterapeuta 08/10 porque creemos que el uso de los recursos psicoterapéuticos y las sesiones de control sostuvieron los cambios.

- Técnicas empleadas y grado de eficacia:
 - ✓ Programa para trabajar el duelo complicado un 5/5.
 - ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación un 4/5.
 - ✓ Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión un 4/5.
 - ✓ Reestructuración cognitiva – conductual un 4/5.

- Interrogantes al final del proceso:
 - ✓ Finalización del proceso porque hemos cumplido con lo planteado.

 - ✓ Cumplimiento de expectativas:
 - ♦ Paciente controla su tristeza, ansiedad, miedo.
 - ♦ Familiares mencionan está centrada en la realidad actual.
 - ♦ Psicoterapeuta se produjo el cierre del duelo.

 - ✓ Tratamiento mixto: la paciente recurrió a procedimiento médico alternativo fitofarmacológico y sesiones de yoga.

 - ✓ Derivación de la paciente/cliente no se hizo necesario.

- ✓ Deserción de la paciente/cliente no porque terminó el tratamiento y asistió a las sesiones de control.

Caso 4.

- ETE:

- Esfera de la personalidad.
 - ✓ Se debe trabajar en el sentimiento de pérdida de una parte de sí misma, vaciedad y estar incompleta.

- Ficha SEAPSI No. 9:

- Proceso: Psicoterapia.
- Objetivos establecidos: asesoramiento, sintomáticos y de personalidad.
- Cumplimiento de objetivos:
 - ✓ Paciente 10/10 porque se encuentra más motivada y enfocada en disfrutar de su familia, trabajo, ocio.
 - ✓ Familiares 09/10 porque aseveran mejoría general no sólo con respecto a la pérdida.
 - ✓ Psicoterapeuta 08/10 porque esperamos sostenga sus evoluciones utilizando para ello las herramientas psicoterapéuticas con las que cuenta.
- Técnicas empleadas y grado de eficacia:
 - ✓ Programa para trabajar el duelo complicado un 4/5.
 - ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación un 4/5.
 - ✓ Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión un 4/5.

- ✓ Reestructuración cognitiva – conductual un 4/5.
- Interrogantes al final del proceso:
 - ✓ Finalización del proceso porque cumplidos lo programado.
 - ✓ Cumplimiento de expectativas:
 - ♦ Paciente ha retomado su proyecto de vida.
 - ♦ Familiares mencionan que ha vuelto a ser la misma de antes.
 - ♦ Psicoterapeuta se denota cambios positivos.
 - ✓ Tratamiento mixto no fue considerado necesario.
 - ✓ Derivación de la paciente/cliente no más bien seguimiento del caso.
 - ✓ Deserción de la paciente/cliente no porque terminó el proceso.

Caso 5.

- ETE:
 - Esfera de la personalidad.
 - ✓ Se debe trabajar en el sentimiento de pérdida de una parte de sí misma, vaciedad, extrañeza, estar incompleta y ya no ser ella misma.
- Ficha SEAPSI No. 9:
 - Proceso: Psicoterapia.
 - Objetivos establecidos: asesoramiento, sintomáticos y de personalidad.
 - Cumplimiento de objetivos:

- ✓ Paciente 09/10 porque cree haber avanzado mucho más de lo que se propuso alcanzar con el proceso.
- ✓ Familiares 09/10 porque ven que la paciente ha retomado muchas de las cosas que había dejado de hacer por su pena.
- ✓ Psicoterapeuta 08/10 porque ha logrado progresos considerables más aún se debe trabajar sobre sus distorsiones cognitivas.
- Técnicas empleadas y grado de eficacia:
 - ✓ Programa para trabajar el duelo complicado un 5/5.
 - ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación un 5/5.
 - ✓ Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión un 4/5.
 - ✓ Reestructuración cognitiva – conductual un 3/5.
- Interrogantes al final del proceso:
 - ✓ Finalización del proceso porque asistió a las 25 sesiones planeadas y a las de control.
 - ✓ Cumplimiento de expectativas:
 - ♦ Paciente se encuentra fuerte, estable, segura.
 - ♦ Familiares mencionan está menos nostálgica y ausente.
 - ♦ Psicoterapeuta llegó a la etapa de renovación.
 - ✓ Tratamiento mixto no cumplió con las condiciones necesarias de remisión.
 - ✓ Derivación de la paciente/cliente no, se dio seguimiento al caso.
 - ✓ Deserción de la paciente/cliente no al contrario cumplió con todo el proceso.

3.6 Resultados.

Conseguimos en todos los casos de estudio superar el anclaje del duelo y lograr conciencia de renovación en los pacientes/clientes así como sondear posibles estancamientos, involuciones o evoluciones durante los seis meses en los que llevamos a cabo las sesiones de control centrados en los datos arrojados por la ETE.

Quedándonos por emitir criterio respecto a qué conclusiones llegamos con nuestro trabajo al darnos cuenta de los alcances obtenidos y qué recomendaciones se hacen necesarias para mejorarlo.

Conclusiones

Cada vez es mayor el interés de la comunidad científica por dilucidar, entender, trabajar sobre la entidad clínica del duelo y su posibilidad agudización, complejización y patologización.

Razón por la cual, hemos sintetizado los principales contenidos al respecto de éste tema, a manera de un marco teórico que a la vez sustenta nuestra propuesta de intervención.

La propuesta de intervención se orienta en la metodología del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, utilizando las Guías SEAPSI y proponiendo estrategias psicoterapéuticas para un tratamiento integral de los pacientes.

Las estrategias planteadas no son las únicas pero si la más sencillas y eficaces desde los resultados obtenidos con esta práctica, para trabajar sobre el objeto o sujeto ausente y la manera de aprender a lidiar con él sin que incida mayormente en la vida cotidiana.

Su sistematización no significa que las 25 sesiones componentes deban seguirse en ese mismo orden, pudiendo variar el mismo e incluso incluirse técnicas cognitivo – conductuales similares pero mantenerse los resultados.

La puesta en práctica nos ha permitido evidenciar consecuencias positivas de resolución teniendo en cuenta que los intervenidos tenían diferentes predominios de personalidad.

El entendimiento de la condición de doliente, la disminución sintomatológica y el conocimiento de sus rasgos de personalidad han sido la clave para el tratamiento exitoso.

Uno de los mayores alcances es propiciar una flexibilización de rasgos en el caso de los pacientes con predominio cognitivo de personalidad, una optimización de rasgos en el caso de los pacientes con predominio afectivo de la personalidad, un cambio de rasgos en el caso de los pacientes con predominio comportamental de la personalidad y un darse cuenta de rasgos en el caso de los pacientes con predominio de déficit relacional de la personalidad, características que estructuran y que sostienen la manera disfuncional e inadecuada de vivir la pérdida.

No descartamos que en ciertos casos el nivel de mejora sea menor pero creemos que se pueden ir haciendo modificaciones, para cada caso en particular, al momento de planificar la intervención, utilizando este proceso.

Y, consideramos además que podemos ir creando instrumentos de asistencia y evaluación ajustados a nuestra realidad como a las diferentes poblaciones que son atendidas.

Recomendaciones

- ✓ Consideramos que debemos ir depurando nuestra propuesta integrativa, al ponerla a prueba con un mayor número de casos y con los distintos predominios de rasgos de la personalidad, para hacer los cambios que se hagan necesarios.
- ✓ Podríamos llevar a cabo estudios comparativos entre la forma tradicional de acompañamiento al doliente y nuestra propuesta de intervención para cuantificar su validez y versatilidad.
- ✓ Pensamos que podemos plastificar el tratamiento para poderlo aplicar a niños, niñas y adolescentes incorporando abordajes didácticos y lúdicos a través de cuadernillos, hojas de encuentro, talleres, entre otras posibles opciones.
- ✓ Sugerimos una implementación de las guías SEAPSI y una redimensión de la psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad para orientar el trabajo en los grupos para los que aún no contamos con instrumentos o procedimientos propios.
- ✓ Suponemos que con el tiempo y con un mayor sustento teórico, metodológico y práctico podremos diseñar una verdadera guía o protocolo de abordaje para tratar el duelo complicado.
- ✓ Estamos seguros que el crecimiento de los modelos de integración actualmente enfocan el quehacer psicoterapéutico siendo nuestra responsabilidad aportar a la comprensión del constructo más amplio del psiquismo humano: la personalidad.
- ✓ Pronosticamos que si nos ocupamos de generar una cultura de psicoterapia e insertarla en la idiosincrasia ecuatoriana lograremos procesos direccionados a los rasgos de personalidad que son los que denotan mejores y definitivos resultados.

Referencias Bibliográficas

1. Libros:

- ALFONS, Gea. *“Acompañando en la Pérdida”*. Ediciones San Pablo, Madrid – España, 2007.
- ANJI, Carmelo. *“Déjame Llorar”*. Editorial Taranná Edicions, Madrid – España, 2007. [a].
- ANJI, Carmelo. *“Camino de Héroes”*. Editorial Taranná Edicions, Madrid – España, 2009. [b].
- ASTUDILLO, Wilson. *“Acompañamiento en el Duelo y Medicina Paliativa”*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Ed. et. al. España, 2007.
- BALAREZO, Lucio. *“Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”*. Unigraf, Quito – Ecuador, 2010. [a].
- BALAREZO, Lucio. *“Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología”*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE), Quito – Ecuador, 2004. [b].
- BALAREZO, Lucio. *“Psicoterapia, Asesoría y Consejería”*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE), Quito – Ecuador, 2004. [c].
- BECK, Aaron T. *“Terapia Cognitiva de la Depresión”*. Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao, 1992. 16va. edición. [a].
- BECK, Aaron T. y otros. *“Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad”*. Editorial Paidós Ibérica, Madrid – España, 2006. 2da. Edición. [b].
- BERMEJO, José Carlos. *“La Muerte Enseña a Vivir: Vivir Sanamente el Duelo”*. Editorial San Pablo, Madrid – España, 2003.
- BOSS, Pauline. *“La Pérdida Ambigua”*. Editorial Gedisa S.A., Barcelona – España, 2005.

- BOWLBY, J. *“La Separación Afectiva”*. Ediciones Paidós, Barcelona – España, 1985.
- BUCAY, Jorge. *“El Camino de las Lágrimas”*. Editorial Grijalbo, Buenos Aires – Argentina, 2001.
- BRITO, Ma. José. *“Amarga Lluvia: Sentimientos de una Madre ante la Muerte de su Hijo”*. Editorial Milenio, Madrid – España, 2009.
- COBO, Medina Carlos. *“El Valor de Vivir”*. Ediciones Libertarias, Madrid – España, 1999.
- CORTINA, Mar & DE LA HERRÁN, Agustín. *“La Muerte y su Didáctica: Manual para Educación Infantil, Primaria y Secundaria”*. Editorial Universitas. Madrid – España, 2006.
- DUBOURDIEU, Margarita. *“Psicoterapia Integrativa PNIE”*. Editorial Psicolibros, Montevideo – Uruguay, 2008.
- FAURÉ, Christopher. *“Vivir el Duelo, La Pérdida de un Ser Querido”*. Editorial Kairos, 2004.
- FRANKL, Viktor E. *“El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano”*. Paidós Ibérica, Barcelona – España, de la obra original publicada en Alemania por la Wien, Franz Deuticke, 1947.
- FERNÁNDEZ, Álvarez H. & OPAZO, Castro R. *“La Integración en Psicoterapia”*. Editorial Paidós, Madrid – España, 2004.
- FERNÁNDEZ, Moya Jorge. *“Después de la Pérdida”*. Universidad del Aconcagua, Catamarca129 (5500) Mza. Rca. Argentina, 2006.
- FITPATRICK, Daniel. *“Ante la Pérdida de Nuestros Padres”*. Editorial San Pablo, Madrid – España, 2010.

- JAMES, John W. & FRIEDMAN, Russell. *“Manual Para Superar Pérdidas Emocionales”*. Editorial Los Libros del Comienzo, Madrid – España, 2003.
- NEIMEYER, Robert A. *“Aprender de la Pérdida: Una Guía para Afrontar el Duelo”*. Ediciones Paidós, Barcelona – España, 2002.
- PANGRAZZI, Arnaldo. *“La Pérdida de un Ser Querido: Un Viaje Dentro de la Vida”*. Ediciones Paulinas, Madrid – España, 1993.
- ROSELLÓ, Toca Eduardo. *“Pena, Penita, Pena”*. Editorial Los Libros del Comienzo, Madrid – España, 2003.
- SOLER, Saiz Ma. Carmen & BARRETO, Martín Pilar. *Duelo y Muerte*. Ediciones Síntesis, 2007.
- TIZÓN, L. Jorge. *“Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, Investigación y Asistencia”*. Ediciones Paidós, Barcelona – España, 2004.
- WORDEN, J. William. *“El tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia”*. Ediciones Paidós, Barcelona – España, 2001.

2. Artículos:

- Psicothema[®]. “Tratamientos Psicológicos eficaces para la Depresión”. PEREZ, Álvarez Mariano (Universidad de Oviedo) y GARCÍA, Montes (Universidad de Almería)[©]. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 493-510.

3. Web:

- <http://montedeoya.homestead.com/duelos.html>
- <http://www.amad.es>
- <http://www.vivirlaperdida.com/index.htm>

ANEXOS

7. Descripción diagnóstica:

<p>a. Diagnóstico descriptivo del problema o trastorno:</p> <hr/>
<p>b. Diagnóstico descriptivo de la personalidad:</p> <hr/>
<p>c. Diagnóstico descriptivo del entorno:</p> <hr/>

8. Criterios pronósticos:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

9. Aclaraciones adicionales:

10. Propuesta de intervención:

Firma de responsabilidad,

Psicoterapeuta.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI
GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO COMPLEMENTARIA No. 1
FICHA DE PAREJA Y FAMILIAR

Fecha de aplicación:			
Elaborado por:		Ficha No.:	
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD			
Esposo(a):			
• _____ _____			
INTERACCIÓN FAMILIAR			
Relación del paciente con la madre:			
• _____ _____			
Relación del paciente con el padre:			
• _____ _____			
Relación del paciente con los hermanos:			
• _____ _____			
Relación con los hijos:			
• _____ _____			
Observaciones:			
• _____ _____ _____			
Firma de responsabilidad:			
			_____ Psicoterapeuta.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI
ANÁLISIS DE LA DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO
GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 2

Fecha de aplicación:									
Elaborado por:				Ficha No.:					
DEMANDA PSICOLÓGICA									
Origen			Demanda						
• Paciente			• Explícita (manifiesta)						
• Familiar			• Implícita (latente)						
• Profesional			Tipo de Demanda						
• Institucional			• Asesoramiento						
• Otros			• Psicoterapia						
EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES DEL PACIENTE					1	2	3	4	5
• Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas									
• Complacencia a familiares y allegados									
• Remisión de otros profesionales									
• Exigencia de status									
• Curiosidad									
• Otras									
EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES DEL TERAPEUTA					1	2	3	4	5
• Vocación de ayuda									
• Adquisición de experiencia									
• Fenómenos contra-transferenciales									
• Factores económicos									
• Obligación institucional									
• Otros									
EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES DE FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES					1	2	3	4	5
• Afán de ayuda de familiares									
• Sentimientos de ayuda de amigos									
• Experiencias previas de familiares									
• Exigencias familiares									
• Engaño de familiares									
• Exigencias institucionales									
• Intereses institucionales									
• Otros									
CRITERIOS DE VALORACIÓN:					MUY ALTA = 5;	ALTA = 4;	MEDIA = 3;	BAJA = 2;	MUY BAJA = 1
Firma de responsabilidad:									
									_____ Psicoterapeuta.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPsi

GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Fecha de aplicación:			
Elaborado por:		Ficha No.:	
Tipo de entrevista		Sí	No
Entrevista de psicodiagnóstico:			
Entrevista de consulta:			
Entrevista única:			
Entrevista de proceso:			
Tipo de proceso:			
Interrogantes al finalizar la primera entrevista		Sí	No
		¿Por qué?	
• ¿Logré que el paciente/cliente hable con libertad sobre su problema?			
• ¿Tengo claridad en la concepción del trastorno/problema?			
• ¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?			
• ¿He identificado las facilidades y dificultades en la ayuda o el tratamiento?			
• ¿Percibí su trastorno/problema desde su propio punto de vista?			
• ¿Se sintió el paciente comprendido en su trastorno/problema?			
• ¿Se produjo desinhibición emocional en el paciente?			
• ¿Tengo claridad en las posibilidades de ayuda o tratamiento?			
• ¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia/asesoramiento?			
• ¿Tiene confianza en el psicoterapeuta y en la psicoterapia/asesoramiento?			
• ¿Se identificaron componentes de resistencia en el paciente?			
• ¿Se identificaron componentes de transferencia afectiva?			
• ¿Se identificaron componentes de contratransferencia afectiva?			
Firma de responsabilidad:			

			Psicoterapeuta.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI
SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE LOS COMPONENTES BIOPSIICOSOCIALES
GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 4

Fecha de aplicación:						
Elaborado por:				Ficha No.:		
DIAGNÓSTICO FORMAL – TRASTORNO O PROBLEMA						
Factores biológicos influyentes:	_____					
Factores sociales y familiares influyentes:	_____					
Atribución psicológica del trastorno:	_____					
DIAGNÓSTICO INFORMAL – PERSONALIDAD						
Características de personalidad del paciente:	_____					
Estilos cognitivos según la personalidad:	_____					
Rasgos potenciadores y limitantes:	_____					
DESICIONES SOBRE EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO						
Susceptible de tratamiento psicoterapéutico:	1	2	3	4	5	
Tratamiento mixto:	Sí			No		
Especifique:	_____					

Susceptible de tratamiento psicoterapéutico:	Individual	De pareja	Familiar	Grupal	Institucional	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?	_____					

CRITERIOS DE VALORACIÓN:	MUY ALTA = 5;	ALTA = 4;	MEDIA = 3;	BAJA = 2;	MUY BAJA = 1	
Firma de responsabilidad:	_____					
	_____ Psicoterapeuta.					



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI
GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 5
PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Fecha de aplicación:			
Elaborado por:		Ficha No.:	
1. Formulación dinámica del trastorno/problema:			
<hr/>			
2. Formulación dinámica de la personalidad:			
<hr/>			
3. Señalamiento de objetivos:			
<ul style="list-style-type: none">• Con relación al problema/trastorno: <hr/><hr/><hr/><hr/>• Con relación a la sintomatología: <hr/><hr/><hr/><hr/>• Con relación a la personalidad: <hr/><hr/><hr/><hr/>			

4. Señalamiento de técnicas

- Con relación al problema/trastorno:

- Con relación a la sintomatología:

- Con relación a la personalidad:

Firma de responsabilidad:

Psicoterapeuta.

Sesión	Fecha	Actividad	Evolución
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

A lo que debe agregarse el uso, como eje transversal, de las verbalizaciones del paciente para propiciar: pare del pensamiento intrusivo, pensamiento inverso, autoinstrucciones positivas; cambio de la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; y, modificación de los pensamientos erróneos, pensamientos subyacentes, creencias nucleares.

• Evaluación del paciente:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Evaluación de los familiares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Evaluación del tratante:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Observaciones:

- _____
- _____
- _____

Conclusiones:

- _____
- _____
- _____

Recomendaciones:

- _____
- _____
- _____

Firma de responsabilidad:

_____ Psicoterapeuta.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI
GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 7
FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Fecha de aplicación:									
Elaborado por:					Ficha No.:				
CARACTERÍSTICAS DEL CONSULTORIO									
Privacidad				Tranquilidad					
Sí		No		Sí		No			
ELEMENTOS ACCESORIOS									
Describir				Efecto					
_____				_____					
_____				_____					
_____				_____					
GRABACIONES DE LAS SESIONES									
• Consentimiento:		Sí				No			
• Tipo de grabación:		Audio		Video		Ambos		Otro	
• Efecto:		_____							

POSICIÓN ENTRE PACIENTE Y PSICOTERAPEUTA									
Describir				Efecto					
• Vis a vis				•					
• Diván.				•					
• Choisse lone.				•					
• Diagonal.				•					
• Sin escritorio.				•					
• Otro.				•					
CARACTERÍSTICAS DEL PSICOTERAPEUTA O ASESOR									
Aspectos cognitivos									
Aspectos				Valoración					
				1	2	3	4	5	
• Función ejecutiva.									
• Pensamiento teórico – abstracto.									
• Potencialidad analítico – sintética.									
• Creatividad.									
• Intuición.									
• Perspicacia.									
• Flexibilidad.									
• Fluidez verbal.									

Aspectos no cognitivos					
Aspectos	Valoración				
	1	2	3	4	5
• Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente.					
• Valores de solidaridad.					
• Capacidad empática.					
• Integridad ética.					
Aspectos	Valoración				
	1	2	3	4	5
• Resiliencia apropiada.					
• Proactividad.					
CAPACIDADES GRUPALES					
Aspectos	Valoración				
	1	2	3	4	5
• Aptitud para el trabajo en equipo.					
• Capacidad para tomar decisiones en consenso.					
• Disciplina grupal e individual.					
• Capacidad de liderazgo.					
• Actitudes de respeto y tolerancia.					
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE					
Aspectos	Valoración				
	1	2	3	4	5
• Motivación al tratamiento.					
• Factores cognitivos.					
• Nivel de integración de la personalidad.					
• Capacidad de respuesta emocional.					
• Flexibilidad.					
• Locus de control (interno).					
Clave: excelente = 5; muy bueno = 4; Bueno = 3; Regular = 2; insuficiente = 1					
FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO					
Rapport			Sí	No	
• Demostré inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas.					
• Inicié la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos.					
• Demostré una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente.					
• Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales.					
• Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente.					
Empatía			Sí	No	
• Tuve sintonización con los afectos del paciente.					
• Demostré comprensión de los afectos.					
• Controlé la distancia emocional.					

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de defensa: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos distorsionados predominantes: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
ESTRATEGIAS DE RESPETO		
Estrategia	Sí	No
• Iniciales para facilitar el rapport.		
• Respetando sus valores y creencias personales.		
• Evitando riesgos en el proceso.		
ESTRATEGIAS DE MANEJO		
Estrategia	Sí	No
• Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones.		
• Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos.		
• Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia.		
INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
No Verbales	Sí	No
• Llegadas anticipadas o tardías a la consulta.		
• Demostraciones excesivas de puntualidad.		
• Arreglo personal especial.		
• Compostura insinuante durante la entrevista.		
• Posiciones corporales.		
• Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo.		
• Manifestaciones vegetativas.		
Otros, cuáles: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Verbales	Sí	No
• Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas.		
• Reiteraciones sobre temas superfluos.		
• Insinuaciones de acercamiento en la distancia social.		
• Verbalizaciones directas de las emociones.		
• Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta.		
• Expresiones verbales seductoras.		
Otros, cuales: _____ _____ _____ _____		
MANEJO DE LA TRANSFERENCIA		
• Análisis del terapeuta.	Sí	No
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia	Sí	No
• Frecuencia de sesiones.		
• Duración de sesiones.		
• Modificación de los temas de discusión.		
• Manejo con discusión ni interpretación de la transferencia.	Sí	No
Estrategia utilizada: _____ _____ _____ _____		
• Derivación del paciente a otro terapeuta.	Sí	No
CONTRANSFERENCIA		
Expresiones de contratransferencia	Sí	No
• Afectos positivos y negativos.		
• Disgusto irrazonable.		
Expresiones de contratransferencia	Sí	No
• Incapacidad para simpatizar.		
• Reacción emocional ante la hostilidad del cliente.		
• Actitudes defensivas ante la crítica del paciente.		
• Excesiva atracción.		
• Insinuaciones verbales y no verbales.		
• Incomodidad o temor a la entrevista.		
• Preocupación desmedida por las necesidades del paciente.		
• Dificultades para brindarle atención.		
• Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones.		
• Acercamientos afectivos y corporales.		

Manejo de la contratransferencia	Sí	No
• Autoobservación para identificarla.		
• Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta.		
• Consulta profesional con otro colega.		
• Derivación del paciente a otro terapeuta.		
Firma de responsabilidad:		

		Psicoterapeuta.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI

GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 9

EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICA

Fecha de aplicación:			
Elaborado por:		Ficha No.:	

PROCESO			
• Asesoramiento.		• Psicoterapia.	

OBJETIVOS ESTABLECIDOS			
• Asesoramiento.		• Sintomáticos.	• De personalidad.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS - Nivel de Satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)		
Evaluable	Valoración	Observaciones
• Paciente:		• _____ • _____ • _____
• Familiares:		• _____ • _____ • _____
• Psicoterapeuta:		• _____ • _____ • _____

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA - Nivel de Efectividad (escala subjetiva de 1 a 5)		
Grupo	Técnica	Valoración
Asesoramiento	• Programa para trabajar el duelo complicado.	
Sintomáticas	• Entrenamiento en técnicas de relajación.	
	• Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión.	
Personalidad	• Reestructuración cognitiva - conductual.	

EXCELENTE = 5; MUY BUENO = 4; BUENO = 3; REGULAR = 2; INSUFICIENTE = 1

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO			
Interrogante	Sí	No	¿Por qué?
• Finalización del proceso.			• _____
Cumplimiento de expectativas	• Paciente:		• _____
	• Familiares:		• _____
	• Institucionales:		• _____
	• Terapeuta:		• _____
	• Otros:		• _____

Interrogante	Sí	No	¿Por qué?
• Tratamiento mixto.			• _____
• Derivación del paciente a otro profesional.			• _____
• Deserción del paciente.			• _____

Firma de responsabilidad,

Psicoterapeuta.-



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI
Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa
Dr. Lucio Balarezo Ch. ©

Datos de identificación:

Paciente/cliente: _____
Fecha de aplicación: _____
Evaluador: _____

Consigna:

- Señale las frases con las que más se identifique.

Cuestionario:

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI	
Frase	Criterio
▪ Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas.	
▪ Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad.	
▪ Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás.	
▪ Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores.	
▪ Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad.	
▪ Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra.	
▪ Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas.	
▪ En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles.	
▪ En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal.	a:
▪ Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente.	
Frase	Criterio
▪ Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mí.	
▪ Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad.	
▪ Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando.	
▪ Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira.	
▪ Soy una persona que denota una cierta autoridad natural.	
▪ Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido.	
▪ Generalmente impongo mi punto de vista.	
▪ En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas.	
▪ Prefiero mantener mi vida privada en reserva.	p:
▪ Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar.	
Frase	Criterio
▪ Mi estado de ánimo es muy variable.	
▪ Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste.	
▪ A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro.	
▪ Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso.	
▪ Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal.	
▪ Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano.	
▪ Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno.	

▪ En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo.		
▪ Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto.		c:
▪ Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco.		
Frase	Criterio	
▪ En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía.		
▪ Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella.		
▪ Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mí alrededor.		
▪ Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable.		
▪ Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo.		
▪ Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos.		
▪ En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta.		
▪ Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme.		
▪ Me gusta ser reconocido por lo que hago.		h:
▪ Me agrada que los demás me vean atractivo.		
Frase	Criterio	
▪ Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás.		
▪ Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco.		
▪ En una reunión social prefiero estar alejado del griterío.		
▪ Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás.		
▪ Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado.		
▪ Mi vida social es reducida.		
▪ Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación.		
▪ Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales.		
▪ Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás.		ev:
▪ Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación.		
Frase	Criterio	
▪ Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado.		
▪ Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo.		
▪ Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen.		
▪ Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas.		
▪ Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados.		
▪ Soy obediente ante mis superiores y jefes.		
▪ Generalmente intento evitar las discusiones con otros.		
▪ Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante.		
▪ Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo.		d:
▪ En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones.		
Frase	Criterio	
▪ Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales.		
▪ Prefiero hacer las cosas solo.		
▪ Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas.		
▪ Tengo pocos amigos íntimos o de confianza.		
▪ Siempre me ha costado enamorarme profundamente.		
▪ Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan.		
▪ No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría.		
▪ Prefiero las actividades abstractas o misteriosas.		
▪ Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás.		e:
▪ En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean.		
Frase	Criterio	
▪ Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común.		
▪ Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro.		

▪ Mi apariencia es peculiar y rara para los demás.		
▪ No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza.		
▪ Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales.		
▪ Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones.		
▪ Siento que soy diferente y que no encajo con los demás.		
▪ Me siento muy ansioso ante personas desconocidas.		
▪ Temo que los demás quieran hacerme daño.		ez:
▪ Creo ver, oír o sentir algo que no es real.		
Frase		Criterio
▪ Reniego de las normas sociales y legales.		
▪ A veces hago trampa para obtener beneficios personales.		
▪ Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas.		
▪ En la niñez solía causar daños a los animales.		
▪ Suelo ser impulsivo al planificar el futuro.		
▪ Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas.		
▪ Cuando estoy con iras expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias.		
▪ No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas.		
▪ Soy inestable en mis trabajos aun cuando tenga obligaciones económicas.		ds:
▪ No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás.		
Frase		Criterio
▪ Me cuesta esfuerzos controlar mi ira.		
▪ Soy impulsivo en la realización de mis actividades.		
▪ Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas.		
▪ Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo.		
▪ Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento.		
▪ Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo.		
▪ La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer.		
▪ A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado.		
▪ Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias.		i:
▪ Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones.		
<p>APRECIACIÓN:</p> <p>▪ _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Calificación:

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre cero (0) y diez (10).

Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla:

Escala										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
p	h	c	a	p	i	ds	ev	d	e	ez
Personalidad	Afectivas		Cognitivas		Comportamentales		Déficit relacional			

INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Generalidades:

El Cuestionario de Personalidad SEAPSI, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección.

Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

Finalidad:

La finalidad del Cuestionario de Personalidad SEAPSI, es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos:

Personalidades Afectivas:

- Histriónica = h.
- Ciclotímica = c.

Personalidades Cognitivas:

- Anancástica = a.
- Paranoide = p.

Personalidades Comportamentales:

- Inestable = i.
- Disocial = d.

Personalidades con déficit en la relación:

- Evitativa = ev.
- Dependiente = d.
- Esquizoide = e.
- Esquizotípica = ez.

Objetivos:

- Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad.
- Generar un perfil de rasgos de personalidad.
- Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos.
- Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

Sujetos de aplicación:

- Es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 15 años.

Aplicación y consigna:

Puede ser aplicada de forma:

- Individual, el terapeuta lee cada frase, la consigna es “en el siguiente cuestionario señale si la frase leída corresponde a un comportamiento habitual suyo”
- Colectiva, la instrucción a ser impartida es “lea cada frase y señale con las que más se identifique”

Apreciación:

- Se escribe el predominio de la personalidad del paciente/cliente.

Bibliografía:

- Dr. BALAREZO Ch. Lucio. *“Cuestionario de Personalidad SEAPSI”*. Sociedad Ecuatoriana de Asesoría y Psicoterapia Integrativa. Quito – Ecuador, 2010.

BREVE INVENTARIO DEL DUELO (BID)

Manual de Tanatología Clínica

Dr. J. Montoya Carrasquillas ©

Datos de identificación:

Nombre: _____
Edad: _____
Relación con el fallecido: _____
Tipo de muerte: _____
Fecha del fallecimiento: _____
Aflicción anticipatoria: _____
Fecha realización: _____

Instrucciones:

Coloque el número correspondiente a lo que usted sienta o piense según la siguiente clasificación:

- 0 = en absoluto, nada o todo lo contrario.
- 1 = un poco.
- 2 = bastante.
- 3 = mucho.

Inventario:

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

Calificación:

- La puntuación mayor obtenida orienta sobre la fase del duelo respectivamente predominante en el paciente/cliente.

Resultado:

- Las preguntas 1 - 5 corresponden a la primera fase del duelo = ____.
- Las preguntas 6 - 11 a la segunda fase del duelo = ____.
- Las preguntas 12 - 15 a la tercera fase= ____.
- Las preguntas 16 - 19 a la cuarta fase = ____.
- Las preguntas 20 - 22 a la quinta fase del duelo = ____.

Diagnóstico:

- Se señala la fase del duelo predominante y los rasgos clínicos más significantes en el paciente/cliente.

Bibliografía:

- Dr. J. Montoya Carrasquilla, MD, MSc, *“Breve Inventario del Duelo (BID)”*. Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, www.homestead.com.cl. [a].

INVENTARIO DEL DUELO COMPLICADO (IDC)
Entrevista Clínica Estructurada para el Profesional
Holly Prigerson, Stanislav Karl & Selby Jacobs ©

Datos de identificación:

Nombre: _____
Edad: _____
Relación con el fallecido: _____
Tipo de muerte: _____
Fecha del fallecimiento: _____
Aflicción anticipatoria: _____
Fecha realización: _____

Instrucciones:

- Explicar al doliente que en el cuestionario hay principalmente dos tipos de respuestas:
 1. Unas que se refieren a la frecuencia con que aparece el sentimiento, emoción, pensamiento, conducta, síntoma, etc. y son:
 - 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes o nunca).
 - 2 = Pocas veces (una vez al mes o más, pero menos que una vez a la semana).
 - 3 = Algunas veces (una vez a la semana o más, pero menos que una vez al día).
 - 4 = Muchas veces (una vez cada día).
 - 5 = Siempre (varias veces cada día).
 - 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).
 2. Otras que se refieren a la intensidad de su aparición:
 - 1 = No o nada.
 - 2 = Un poco.
 - 3 = Algo.
 - 4 = Mucho.
 - 5 = Muchísimo.
 - 6 = Ns/Nc.
- Situar al doliente en el tiempo que nos interesa explorar, con la siguiente frase:

"Por favor, cuando conteste a las siguientes preguntas piense en cómo se ha sentido desde la muerte de (nombre del fallecido) hasta ahora, pero más especialmente durante el último mes".
- Marcar con una equis ("X") la respuesta correcta, por ejemplo:
 - ¿Usted asiste a consulta a recibir psicoterapia para resolver su pérdida?
 - (X) 1 = Sí.
 - () 2 = No.
 - () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

CRITERIO A**Estrés por la separación que conlleva la muerte.**

A1. ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo para usted?

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

A2.1. ¿En algún momento ha notado que desea con todas sus fuerzas que (nombre del fallecido) esté con usted, y que el recuerdo de su ausencia le provoca una enorme y profunda tristeza?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

A2.2. ¿En algún momento se ha sentido atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

A2.3. ¿En algún momento se ha sentido solo/a durante el último mes?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

Calificación:

Ha fallecido recientemente alguien significativo (responder "Sí" en A1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 ("Muchas veces" o "Siempre") en al menos 2 de las 3 preguntas A2.

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

CRITERIO B**Estrés por el trauma que supone la muerte**

B1. ¿Ha sido la pérdida traumática para usted?

- () 1 = No.
- () 2 = Algo.
- () 3 = Mucho.
- () 6 = Ns/Nc.

B2. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan que (nombre del fallecido) está muerto?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B4a. ¿Hay cosas que antes de la muerte (nombre del fallecido) solía hacer y ahora no hace (o personas que solía ver y ahora no ve)?

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B4b. Si esto es así, ¿cuánto le afecta no hacer esas cosas que hacía antes o no ver a esas personas que solía ver?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B5. ¿Cree que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil sin (nombre del fallecido)?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B6. ¿En algún momento durante el último mes se ha sentido distante de las personas que le importan o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B7. ¿Durante la mayor parte del último mes se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B8. ¿En algún momento ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o o conmovida/o por la muerte de (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B9. ¿En algún momento ha sentido que no se podía creer que (nombre del fallecido) estuviera muerto?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B10. ¿En algún momento ha tenido problemas para aceptar su muerte?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B11. ¿Cree que la vida está vacía o que no tiene sentido sin (nombre del fallecido)?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B12. ¿En algún momento ha sentido que no se podía imaginar una vida plena sin (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B13. ¿En algún momento ha sentido que una parte de usted mismo/a se ha muerto con (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B14. ¿Cree que la muerte de (nombre el fallecido) ha cambiado su manera de ver y entender el mundo?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B15. Sitúese en el último mes ¿ha sido difícil para usted confiar en los demás?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B16. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de seguridad o de estar a salvo que tenía antes?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B17. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de control que tenía antes?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B18. ¿En algún momento ha tenido los mismos dolores que (nombre del fallecido) o alguno de sus síntomas, o ha asumido algo de su forma de ser o a veces se ha comportado como él/ella lo hacía?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B19. ¿En algún momento ha sentido rabia o enfado por la muerte de (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B20. ¿Hasta qué punto está amargado/a por la muerte de (nombre del fallecido)?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B21. A veces las personas que han perdido a un ser querido se sienten mal por seguir adelante con su vida. ¿Es difícil para usted seguir adelante con su vida, por ejemplo, hacer nuevos amigos o interesarse por cosas nuevas?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B22. ¿Le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hace normalmente porque está pensando demasiado en (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B23. ¿En algún momento le han afectado y trastornado los recuerdos de (nombre del fallecido)?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B24. ¿En algún momento ha oído la voz de (nombre del fallecido) que le habla?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B25. ¿En algún momento ha visto a (nombre el fallecido) como si lo tuviera delante?

- () 1 = Casi nunca (menos de una vez al mes).
- () 2 = Pocas veces (cada mes).
- () 3 = Algunas veces (cada semana).
- () 4 = Muchas veces (cada día).
- () 5 = Siempre (varias veces al día).
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B26. Sitúese en el último mes, ¿se ha sentido nervioso/a, irritable o asustadizo/a?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B27. Sitúese en el último mes, ¿qué tal ha dormido?

- () 1 = Bien.
- () 2 = Un poco mal.
- () 3 = Algo mal.
- () 4 = Muy mal.
- () 5 = Fatal.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B28. ¿Cree que es injusto seguir vivo/a estando (nombre del fallecido) muerto, o se siente culpable por ello?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

B29. ¿En algún momento ha sentido envidia de la gente que nunca ha perdido a un ser querido?

- () 1 = Nada.
- () 2 = Un poco.
- () 3 = Algo.
- () 4 = Mucho.
- () 5 = Muchísimo.
- () 6 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

Calificación:

Ha sido la pérdida traumática (responder "Algo" o "Mucho" en la pregunta B1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 ("Muchas veces" o "Siempre", "Mucho" o "Muchísimo", "Muy mal" o "Fatal") en al menos 14 de las 28 preguntas B (no se incluye la B4a).

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

CRITERIO C**Cronología y curso del proceso de duelo**

C1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la muerte de (nombre del fallecido)?

- Ha transcurrido desde la muerte de _____:
____ años, ____ meses, ____ días.

C2. ¿Al de cuánto tiempo después de su muerte empezaron estos sentimientos de los que hemos estado hablando?

- Los sentimientos de los que hemos estado hablando empezaron hace:
____ años, ____ meses, ____ días.

C3. ¿Y cuánto tiempo lleva notándolos?

- Llevo notándolos desde hace:
____ años, ____ meses, ____ días.

C4. ¿Ha habido algún momento en el que estos sentimientos hayan desaparecido y luego han vuelto otra vez?

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

C5. ¿Puede decir cómo han ido cambiando sus sentimientos desde la muerte de (nombre del fallecido) hasta ahora?

- _____

¿La duración del trastorno (síntomas referidos en los criterios A y B) es de al menos 6 meses (C3 es mayor o igual a 6 meses)?

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

CRITERIO D**Deterioro**

¿Cree que, como consecuencia de su dolor, se han deteriorado de una manera importante sus relaciones sociales, su trabajo u otras actividades significativas de su vida?

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.
- () 3 = Ns/Nc (no sabe/no contesta).

DIAGNOSTICO DE DUELO COMPLICADO**¿Cumple los criterios A, B, C y D?**

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.

EVALUACION SUBJETIVA DEL ENTREVISTADOR

Después de realizar la entrevista y a su juicio, ¿cree Ud. que esta persona está aquejada de un diagnóstico de duelo complicado clínicamente significativo?

- () 1 = Sí.
- () 2 = No.

Observaciones:

- _____

Se refieren las razones por las que se diagnostica un duelo complicado.

Bibliografía:

- LANDA V., GARCÍA, G. J.A. *“El proceso de duelo”*. En: De la Revilla L, Montoro R, eds. Atención Familiar en el Enfermo Crónico, Inmovilizado y Terminal. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 2000.
- GARCÍA, G. J.A., LANDA V., GRANDES G., MAURIZ A., ANDOLLO I. *“Cuidados Primarios de Duelo (CPD)”*. El Nivel Primario de Atención al Doliente. Sestao: Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya, 2001. p. 17-8.

- PRIGERSON H.G., SHEAR M. K., JACOBS S.C., REYNOLDS III C.F., MACIEJEWSKI P.K., DAVIDSON J.R.T. et al. *"Consensus Criteria for Traumatic Grief"*. A preliminary empirical test. Br J Psychiatry 1999, 174: 67-73.
- PRIGERSON H.G. & JACOBS S.C. *"Traumatic Grief as a Distinct Disorder: a rationale, consensus criteria and empirical test"*. In: Stroebe M.S., Hansson R.O., Stroebe W., Henk Schut. Handbook of Bereavement Research. Consequences, coping, and care. Washington D.C. American Psychological Association, 2001. p. 613-48. [a].
- PRIGERSON H.G. & JACOBS S.C. *"Caring for bereaved patients. All the doctors just suddenly go"*. JAMA 2001; 286: 1369-76. [b].

ESCALA DE LAS TRES ESFERAS
Realidad - Sentido de la Vida - Personalidad
Dr. J. Montoya Carrasquilla ©

Datos de identificación:

Nombre: _____
Edad: _____
Relación con el fallecido: _____
Tipo de muerte: _____
Fecha del fallecimiento: _____
Aflicción anticipatoria: _____
Fecha realización: _____

Instrucciones:

Coloque el número correspondiente a lo que usted sienta o piense según la siguiente clasificación:

- 0 = en absoluto, nada o todo lo contrario.
- 1 = un poco.
- 2 = bastante.
- 3 = mucho.

Escala:

1. () Mi rutina diaria ha cambiado.
2. () Mis conversaciones con otras personas se han deteriorado.
3. () Mi forma de reaccionar a las cosas ya no es la misma.
4. () Mi proyectos ya no tienen sentido.
5. () Mis ilusiones se han perdido.
6. () El caos se ha apoderado de mi vida.
7. () Mi vida se ha vuelto insegura.
8. () Mi mundo se ha vuelto caótico.
9. () Mi mundo es ahora peligroso.
10. () Ahora las personas me parecen extrañas.
11. () Ya no entiendo a la gente.
12. () Mi mundo ha dejado de ser confiable y seguro.
13. () Mis actividades diarias no tienen sentido.
14. () Mis conversaciones con otros ya no valen la pena.
15. () Mis propósitos del presente se han perdido.
16. () Mi planes para el futuro ya no tienen sentido.
17. () Mi vida ha dejado de tener sentido.
18. () Siento que he perdido parte de mí mismo/a.
19. () Me siento vacío/a.
20. () Me siento extraño/a.
21. () Me siento irreal.
22. () Me siento incompleto/a.
23. () Siento que ya no soy el/la mismo/a.

Calificación:

- La puntuación mayor señala el área más afectada en el paciente/cliente.

Resultado:

- Mi Realidad (1-12). Promedio: ____.
- Mi Sentido de la Vida (13-17). Promedio: ____.
- Mi Personalidad (18-23). Promedio: ____.

Diagnóstico:

- Se señala el área afectada y los ítems por trabajar en las futuras sesiones de intervención psicoterapéutica.

Bibliografía:

- Dr. J. Montoya Carrasquilla, MD, MSc, *“Escala de las Tres Esferas (ETE)”*. Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, www.homestead.com.cl. [b].

