VALORACION DAÑO PSIQUICO PROCESO DE REPARACION DIRECTA

I. Identificación proceso en el cual se rinde el dictamen pericial:

Autoridad judicial ante la que se adelanta el trámite:

Medio de control **:** Reparación directa
Expediente **:** 19-001-33-33-002-2019-00141-00
Demandante **:** MARIA ESTELA LARRAHONDO QUIÑONEZ, HECTOR FABIO LOAIZA GARCIA, MILTON CESAR CERON LARRAHONDO
Demandado **:** **ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO**
Sistema **:** Oral (Ley 1437 de 2011)

II. Identidad de quien rinde el dictamen, dirección, número de teléfono y datos de localización de perito:

Nombre de la profesional que rinde el dictamen: María del Mar Puyo Muñoz

Dirección: calle 78 norte 19-251 Condominio Versalles, Casa A 27, Barrio La Aldea

Numero de contacto: 3217818060

Profesión: Psicóloga

Registro profesional: 109633 de COLPSIC (Colegio colombiano de Psicologos)

III. Lista de publicaciones relacionadas con la materia: Manifiesto al Despacho que no he realizado publicaciones en la materia

IV. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años.

Manifiesto que sí he sido perito en otros asuntos judiciales, relacionados con la valoración del daño psicológico, cuyos datos me permito compartir a continuación:

1. Delito lesiones personales culposas. Victima RUBIELA ANDRADE VELASCO CC 31932926.Noticia criminal 190016000601201907746 fiscalía 12 local Popayán.

2. Delito lesiones personales culposas. Victima NABOR PEÑA SANTIAGO CC 31932926.Noticia criminal 190016000601201601540 fiscalía 14 local Popayán.

3. Delito lesiones personales culposas. Victima ANA PATRICIA ANTER CC 34560782 Noticia criminal 195486000630201600358 fiscalía General de la Nación Piendamo Cauca.

4. Reparación Directa. Demandante LUIS FERNANDO FLÓREZ BENAVIDES CC 1061693107 Y OTROS. Radicado 201700047. Demandado Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Otros.

5. Reparación Directa. Demandante WILMER FARID MARTINEZ ORTIZ. C.C: 1.061.988.660. Expediente 190013333001 - 2019 – 00023 – 00. Demandado NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICIA NACIONAL

6. Reparación Directa. Demandante EVA SACANAMBOY DE ORTIZ Y OTROS. Expediente 190013333003 - 2020 – 00126 – 01. Demandado DEPARTAMENTO DEL CAUCA – MUNICIPIO DE BOLIVAR.

7. Delito: Lesiones Personales Culposas en accidente de tránsito Victima: ROMAN HERNANDO SAMBONI BOLAÑOS. C.C. No. 1.061.696.530 Noticia criminal: 190016000601202054955 FISCALIA 13 LOCAL DE POPAYAN – CAUCA

8. Delito. Lesiones Personales Culposas en accidente de tránsito Victima: ALESSANDRO UMBALAZA CHAUCANES C.C. No. 1.061.699.264 Noticia criminal 190016000601202153622 FISCALIA 13 LOCAL DE POPAYAN – CAUCA

9. Delito: Lesiones Personales Culposas en accidente de tránsito Victima: CRISTIAN JOSE PANDALES QUINTERO C.C. No. 1.006.052.936 Noticia criminal: 760016099165201984550 FISCALIA 43 LOCAL DE CALI

10. Delito. Lesiones personales culposas en accidente de tránsito Victima: NELLY Víctima: FERNANDA CASTILLO VELASCO C.C. No. 1.062.310.181 Noticia criminal: 196986000634202000458 FISCALIA 05 LOCAL DE SANTANDER DE QUILICHAO

11. Delito. Lesiones personales culposas en accidente de tránsito. Víctima: CARLOS ALBERTO VALENCIA REYES C.C. N° 76.264.267 Noticia criminal: 195326000619202200029.FISCALIA 02 LOCAL DE EL BORDO-CAUCA.

12. Delito. HOMICIDIO CULPOSA Victima: ALEX ESTIVEN VELASCO GUAUÑA Ref 190016000602202201033.Fisca 02 seccional Grupo Vida Popayán.

Manifiesto que NO me encuentro incursa en las causales contenidas en el artículo 50 del CGT

Declaro que los exámenes, métodos, experimentos efectuados NO son diferentes a aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión.

Desde hace 22 años ejerzo mi profesión y dentro de mi experiencia desde hace 5 años presto mis servicios en psicología en la EPS Sanitas de la ciudad de Popayán.

1. INTRODUCCIÓN

Concepto legal del Daño Moral el cual se entra a estudiar para determinar la existencia de algún tipo de daño a la salud (patología en salud mental).

Aunque el daño moral es un concepto estrictamente jurídico (Celedón & Brunal, 2012), la valoración de la misma constituye una materia a medio camino entre el mundo del derecho y el ámbito científico ya que la repercusión de las anomalías o alteraciones psíquicas en la ejecución de hechos traumáticos y en la responsabilidad por parte del demandado se encuentran recogida en nuestro Código penal, civil, administrativo y demás, tratándose de una materia jurídica pero claramente impregnada de un evidente carácter multidisciplinar.

Para la Real Academia Española, (2001) el concepto de “daño” supone la noción de un menoscabo o detrimento sobrevenido respecto de una situación previa más favorable. Gobetti (2003) considera que: “El daño moral es el padecimiento de índole espiritual que sufre una persona herida en sus afecciones legítimas. Está en juego un interés jurídico de orden afectivo, es la incidencia del acto ilícito en la psiquis del damnificado”. (p 2). Mientras que Mendoza (s, f) considera que el daño moral lo constituye el dolor, la angustia, la aflicción física o espiritual, la humillación, y, en general, los padecimientos que se han infligido a la víctima. De igual forma, la autora se pregunta lo siguiente; ¿qué son en verdad esos dolores, angustias,

aflicciones, humillaciones y padecimientos? Según Mendoza estas consideraciones emocionales obedecen a las consecuencias del daño que lo haya provocado. Por ejemplo, el dolor que experimenta la viuda por la muerte violenta de su esposo, la humillación de quien ha sido públicamente injuriado o calumniado, el padecimiento de quien debe soportar un daño estético visible, la tensión o violencia que experimenta quien ha sido víctima de un ataque a su vida privada, son estados del espíritu de algún modo contingentes y variables en cada caso y que cada uno siente y experimenta a su modo, posteriormente considera la autora que los llamados "daños morales" son los infligidos a las creencias, los sentimientos, la dignidad, la estima social, a la salud física o psíquica de quienes hayan sido víctimas de algún tipo de suceso estresor fuerte.

De igual forma opina Carballal y et al (2003) cuando sostiene que el daño psíquico es aquel que afecta a la víctima como consecuencia de haber experimentado una vivencia traumática que necesariamente no tiene por qué acarrear consecuencias dolosas de carácter patrimonial o físicas (a la salud), afectando en mayor o en menor medida al desempeño de las actividades de la vida diaria –trabajo, relaciones sociales, ocio, relaciones familiares, etc.- que pueden verse afectadas hasta el punto que el sujeto se vea en la obligación de abandonarlas debido a la incapacidad que experimenta para llevarlas a cabo con éxito.

Ya en el ámbito forense, para Tkaczuk (2001), el daño psíquico es la consecuencia de un acontecimiento que afecta la estructura vital y generalmente acarrea trastornos y efectos patógenos en la organización psíquica. El daño psíquico no sólo es el resultante de un acontecimiento inesperado y sorpresivo, sino también puede presentarse como el efecto de un proceso de erosión lenta y persistente, que va lesionando la estructura física y psíquica que puede resultar hasta más devastador.

Para los efectos de Ley, el "daño psíquico" está referido al deterioro de las funciones psíquicas, derivado de la ocurrencia de un evento externo sobre el cual puede reclamarse jurídicamente una responsabilidad que origina la obligación de reparar

el daño causado[3]y cuya búsqueda en lo forense va orientada a ayudar en la determinación de las acciones de restauración que determine la autoridad. En estos casos, a la valoración del estado actual de la víctima y la necesaria comparación con el "estado anterior" Castellano y Gisbert (2005). La pericia estaría centrada en determinar si la persona presenta sintomatología psíquica significativa derivada del hecho del que fue víctima y establecer el pronóstico, el tratamiento recomendado y su duración, para que la autoridad propenda por su reparación.

El daño psíquico debe diferenciarse del daño moral subjetivo, también llamado dolor psicológico, que se presenta como respuesta a la agresión sufrida con los hechos y se asimila al duelo normal; "… muchas veces nada psíquico ha sido alterado o – digamos – afectado por el hecho que fue causa del daño; pero puede haber un detrimento que enraíza en otros aspectos extra patrimoniales entre ellos considero, se encuentra el dolor… El daño moral es la impronta que deja el hecho traumático… "Covelli y Rofrano (2008) Mientras que el daño moral subjetivo es equivalente a la consecuencia esperada por cualquier pérdida, en la psiquis de la víctima de un delito. La estimación del daño moral subjetivo no es una pericia psiquiátrica o psicológica forense, sino que compete al juez[4]. El daño psíquico se evaluará en las categorías de magnitud, severidad de la afrenta y permanencia en el tiempo, pronóstico, tratamiento recomendable y su duración, para que la autoridad propenda por su reparación.

Todo lo anterior demuestra que para que exista el "daño psíquico", debe existir como primera instancia la situación específica que genere tal padecimiento, en este caso el estresor o el agente estresante, como segundo la respuesta psicológica, emocional y conductual frente a este evento estresor y tercero las consecuencias patológicas, que se han de derivar de esta situación, teniendo en cuenta que debe existir la proporcionalidad entre evento estresor y la respuesta psicológica, es decir, entre mayor sea el agente estresante, mayor respuesta psicológica y posterior consecuencia o trauma. Aunque muchas veces no se debe sostener al "efecto de halo", dar por hecho tal situación, ya que algunas veces esta respuesta obedece a

la subjetividad de la víctima. Esta relación entre evento estresor y consecuencia psicológica, es lo que va a tener en cuenta el legislador al momento de emitir su fallo en la reparación del daño psíquico o la existencia objetiva de este "daño" y otras de índoles jurídicas por parte del demandado, tal aspecto le concierne demostrar la existencia entre estas dos circunstancias específicas, al perito psicólogo en su experticia, ya que de ante mano hay que señalar en una peritación esta relación, en caso contrario darlo a conocer para poder ayudar a despejar la duda razonable.

Resumen del caso:

Yecid se encontraba de visita un fin de semana en junio de 2017 donde sus padres en el Bordo Patía, tenía antecedentes de anemia de células falciformes y neumonía desde la edad de 5 años, a los 18 años le quitaron el vaso y la vesícula para que tuviera una mejoría y así ocurrió hasta los 27 años que fue el deceso. Cuando llego el dia sábado estaba bien, los padres pensaban que era por el viaje, tomo analgésicos pero seguía igual, el día jueves decidió ir al hospital, le formularon inyección para el dolor y lo enviaron para la casa, el día sábado en horas de la mañana estaba con dolor y decidió que el papa lo llevara al hospital porque le dolía mucho le espalada y las piernas, decía "si la doctora me hubiera aplicado los liquidos que siempre me aplican la solución salina no hubiera salido así", el día lunes empezó a sentir dolores articulares, lo hospitalizaron la madre hablo con el medico porque le tomaron exámenes y le dijo que era una crisis de lo que el tenia de las células falciformes y le pusieron líquidos y tramadol, yo le alcanzo a decir que pensó que de pronto era la neumonía pero el medico dijo que no, el seguía maluco y sudaba bastante, al día siguiente llego una doctora de apellido Paz Melo y la madre le dijo que estaba preocupada porque se le inflamo el estómago y eso nunca le había pasado, y la madre le dijo " doctora no será la neumonía y ella le respondió no esa es una crisis de células falciformes", en la noche llego otro médico amigo de él y Yecid le pidió le pusiera algo para el dolor porque el tramadol le servía solo 3 horas y aparecía un fuerte dolor, la novia quien se quedó esa noche de turno refirió a los padres que el doctor le informo que ya había visto del examen del sábado que

había una infección porque estaban los leucocitos alterados y le dijo que lo remitiría a Popayán pero no hubo cama ni disponibilidad, la novia también comento que el día 5 de junio de 2017 a las 12 de la noche el medico entro a la habitación y le dijo: "que decís si te aplico morfina para el dolor hasta mañana que te pueda recibir en el hospital de Popayán?" y Yecid le respondió: doctor usted es el que sabe lo que hace, el doctor ordeno la morfina 10 mg y a la 1:30 a.m. le aplican 5 mg, al parecer a las 12 le habían aplicado tramadol, a las 3:30 a.m. la novia dice que empezó a disvariar y empezó a colocarse morado, la novia aviso a los médicos lo llevaron al cuarto de reanimación, ella fue a la casa de los padres porque lo Iban a mandar de urgencias a Popayán, en la reanimación paso el primer infarto pero en el segundo infarto no aguanto y murió,

En la necropsia aparecieron unos diagnósticos de: Neumonía necrotizante, Isquemia Miocárdica, Hepatitis Reactiva.

2. INFORME PSICÓLOGICO N° 1

IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADO:

Nombre: Héctor Fabio Loaiza García

Parentesco: padre

Cedula: 10690509 del bordo Patía.

Lugar de nacimiento: Bolívar Valle

Edad: 70 años

Sexo: masculino

Dirección: Calle 5 carrera 6 # 5-66 barrio calle nueva el bordo Patía.

Teléfono: 3145558977

Grado de estudio: segundo de primaria

Oficio: comerciante

A solicitud personal de: Abogado Carlos Valverde

Motivo de consulta: determinación daños morales o psíquicos causados por la perdida de su hijo Yecid Loaiza Larrahondo.

Fecha y Hora de la entrevista individual semiestructurada: 4 de junio de 2024 Hora 11 a.m.

Fecha y hora Pruebas Psicológicas: 5 de junio de 2024 hora: 5:30 y 6 de junio de 2024 hora: 6:30.

Complementos y Anexos:

Constancias de los instrumentos psicológicos utilizados en la valoración.

Estructura del Informe Psicológico:

El presente Informe psicológico; toma como referencia el Protocolo[18] Evaluación Básica en Psiquiatría y Psicología Forenses (Código: DG-M-PROT-01-V01, Versión 01, Diciembre de 2009) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Las consideraciones metodológicas, contenidos y forma del presente informe psicológico, son consistente a la Guía para la Realización de Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses sobre Daño Psíquico, con fines de Indemnización, Conciliación o Reparación [Versión[19] 01, Código: DG-M-GUÍA-16-V01, Fecha de Vigencia 2011/05/06 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses][20].

1. PARTE EXPOSITIVA

1.1 Motivo de la valoración:

El presente informe psicológico busca dar respuesta a la solicitud de valoración de la consultante determinando si existen síntomas que indiquen alguna patología en salud mental, sus causas y plan de tratamiento.

1.2 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Para el desarrollo del siguiente informe psicológico se realizaron las siguientes entrevistas e instrumentos psicodiagnósticos complementarios.

ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES:

- Entrevista semiestructurada al señor Héctor Fabio Loaiza García

INSTRUMENTOS PSICODIAGNOSTICOS:

Al señor Héctor Fabio Loaiza García se aplicaron las siguientes Instrumentos psicológicos:

1. Escala de Ansiedad de Hamilton segunda versión, sesión de 30 minutos Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento**.** Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a

ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada (r = 0,74 - 0,96). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana (r = 0,96) y aceptable estabilidad después de un año (r = 0,64).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 (r = 0,63 – 0,75) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 (r = 0,56). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 (r = 0,62 – 0,73). Es sensible al cambio tras el tratamiento (7).

La corrección e Interpretación nos indican que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de ansiedad.

2. Inventario de Depresión de Beck- II, sesión 10 minutos, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la

gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Áreas de aplicación

- Psicología clínica
- Neuropsicología
- Psicología forense

Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psicomotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales –véase un análisis más detallado en Vázquez y Sanz (1997a). Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV. No obstante, a pesar de estas

correspondencias, jamás debe utilizarse el BDI como una herramienta única diagnóstica de depresión (Vázquez, 1986, 1995).

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

3. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Es una escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSMIV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en victimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala, estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, en sus 17 ítems, 5 hacen referencia a los síntomas de re experimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación.

Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad – única en este tipo de escalas-, que se compone de 13 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango de 0 a 19) y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas selectivas.

Fiabilidad: el coeficiente de fiabilidad test retest obtenido a partir de la muestra clínica (N= 463) es de 0.89($p<0,001$), con un intervalo de 4 semanas.

La validez de contenido de esta escala que abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos del DSMIV, puede considerarse totalmente satisfactoria.

1.3 Antecedentes Clínicos Familiares y Personales

Yecid Loaiza Larrahondo nació el día 24 de agosto de 1989, en la localidad de El Bordo, municipio de Patía, departamento del Cauca. Después de nueve años de convivencia sus padres Hector Fabio Loaiza García y María Estela Ibarra Quiñónez decidieron traer al mundo a su hijo Yecid quien fuera un hijo esperado y amado por ellos y su familia.

Yecid convivió con sus padres y hermano mayor Milton César Cerón Larrahondo, desde muy pequeño fue un niño extrovertido, hizo su preescolar en una institución privada, a los cinco años tuvo una recaída muy fuerte, una fiebre alta que le duró quince días y fue hospitalizado y remitido a la ciudad de Popayán donde después de varios exámenes le diagnosticaron una enfermedad llamada anemia de células falciformes, esta situación lo mantuvo durante un mes en el hospital donde en ese mismo tiempo le dio neumonía y por esta razón quedó afectada su salud, el tratamiento para esta enfermedad duró dos años, es decir hasta los siete años, hizo su estudio de primaria en la Escuela Francisco José de Caldas con mucha dificultad debido a la situación de su salud, sin embargo seguía siendo un niño muy alegre y con una relación afectiva muy fuerte con su madre debido a la vulnerabilidad de su salud por la cual la señora Estela debía mantener mucho cuidado y fue muy cercana a él.

En su adolescencia estudió en el Colegio Bachillerato Patía de El Bordo, en donde se caracterizó por ser un estudiante inteligente, participativo, alegre, además de cordial y educado por lo cual hizo muchos amigos, le gustaba el fútbol y participaba con sus amigos en algunos encuentros que se hacían en el barrio, hincha del deportivo Cali, le gustaba bailar, salir con los amigos, era un gran ser humano, servicial y cariñoso.

A los 18 años fue hospitalizado y le realizaron una cirugía en el bazo y la vesícula, la cual lo mantuvo algún tiempo en incapacidad, durante su vida estuvo hospitalizado varias veces debido a la crisis generada por su enfermedad de anemia

de células falciformes y la neumonía, alguna vez estuvo en estado muy crítico en la unidad de cuidados intensivos sin embargo se recuperó de manera favorable.

Inició estudios en el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA como técnico en administración, carrera que culminó en administración de empresas en la Universidad UNIMINUTO en la ciudad de Popayán, una vez se graduó realizó su práctica laboral y estuvo trabajando en diferentes entidades como el Hospital Nivel 1 El Bordo, Alcaldía de Patía, ASEYCOB S.A.S. entre otras, tenía como meta irse de esta localidad a la ciudad con sus padres para darles una mejor calidad de vida, en su último tiempo trabajó en la ciudad de Cali con un amigo en una empresa donde se vendían bicicletas de motor, tenía como propósito irse a vivir con su familia a esta ciudad.

Yecid era un hombre sincero, aplomado, le disgustaba mucho la mentira, esto le ocasionaba mucha ira, pero su carácter y seriedad le abrió muchos espacios para trabajar en entidades públicas y privadas, su alegría era contagiosa, tuvo algunas novias, pero al final tuvo una relación con Edilsa Córdoba con quien planeaba vivir juntos y conformar una familia.

Tenía muchos amigos los cuales visitaba con frecuencia, esta amistad le abrió puertas para que fuera recomendado como una persona cumplidora en el desempeño de sus labores, disfrutaba de la vida, le gustaban los animales, tuvo una mascota, un perro buldog inglés al que le llamó Hazard.

Los días anteriores a su deceso se encontraba en buena forma, estuvo de visita en casa de varios amigos y no se esperaba el desafortunado desenlace del fatídico día en el cual por lo que la familia denomina negligencia médica Yecid partió de este mundo a sus 28 años.

Refiere su familia que Yecid ha dejado un gran vacío para ellos, sus padres con los cuales convivía expresan no superar esta irreparable pérdida, su hermano, sus familiares y amigos aún recuerdan a Yecid como una gran persona, los sueños de este hombre joven fueron frustrados, la vida de Yecid fue arrebatada de manera inesperada, dejando sueños y proyectos por cumplir señalan sus padres y hermano.

Narración del evaluado: “Mi hijo se encontraba de visita un fin de semana en junio de 2017, tenía antecedentes de anemia de células falciformes y neumonía desde la

edad de 5 años, a los 18 años le quitaron el vaso y la vesícula para que tuviera una mejoría y así ocurrió hasta los 27 años que fue el deceso. Cuando llego el día sábado a visitarnos estaba bien, el día lunes empezó a sentir dolores articulares, pensamos que era por el viaje, tomo analgésicos pero seguía igual, el día jueves decidió ir al hospital, le formularon inyección para el dolor y lo enviaron para la casa, el día sábado a los 8 días en horas de la mañana estaba con dolor y decidió que el papa lo llevara al hospital porque le dolía mucho le espalda y las piernas, decía "si la doctora me hubiera aplicado los líquidos que siempre me aplican solución salina no hubiera salido así", lo hospitalizaron y la mama hablo con el medico porque le tomaron exámenes y le dijo que era una crisis de lo que el tenia de las células falciformes y le pusieron líquidos y tramadol, la mama alcanzo a decir que que de pronto era la neumonía que le estaba afectando pero el medico dijo que no, mi hijo seguía indispuesto y sudaba bastante, al día siguiente llego una doctora Paz Melo a recibir turno y la mama le dijo que estaba preocupada porque se le inflamo el estómago y eso nunca le había pasado, nuevamente la mama insinúa a la doctora si será la neumonía y ella le respondió que no repitió que era una crisis de células falciformes, en la noche llego otro médico amigo de él y mi hijo le pidió le pusiera algo para el dolor porque el tramadol le servía solo 3 horas y aparecía nuevamente el dolor, la novia quien se quedó esa noche de turno acompañándolo dijo que el doctor ya había visto el examen del sábado y que había una infección porque estaban los leucocitos alterados y le dijo que lo remitiría a Popayán pero no hubo cama ni disponibilidad, la novia conto que a las 12 de la noche el medico entro a la habitación y le dijo "que decís si te aplico morfina para el dolor hasta mañana que te puedan recibir en el hospital de Popayán?" y mi hijo le respondió: doctor usted es el que sabe lo que hace, el doctor ordeno morfina 10 mg y a la 1:30 a.m. le aplicaron 5 mg al parecer a las 12 le habían aplicado tramadol, a las 3:30 a.m. la novia dijo que empezó a disvariar y empezó a colocarse morado, la novia aviso a los médicos lo llevaron al cuarto de reanimación, ella vino a la casa a llamarnos porque lo Ivan a mandar de urgencias a Popayán, en la reanimación paso el primer infarto pero en el segundo no aguanto y murió.

En la necropsia aparecieron unos diagnósticos de: Neumonía necrotizante, Isquemia Miocárdica, Hepatitis Reactiva.

REFLEXIVA

2.1. Exploración Psicopatológica del Evaluado.

El señor Héctor Fabio Loaiza García, es un adulto mayor de 70 años; su apariencia física coincide con la edad cronológica, con una presentación adecuada, con talla y peso adecuados, estatura promedio. Conoce su nombre y la razón por la cual está siendo evaluado. Durante el análisis del estado mental en el evaluado se observa un buen ajuste a la realidad, con sentimientos de desolación, tristeza impotencia y frustración. Se muestra lúcido, coherente en su discurso. Orientado en persona, tiempo y espacio, lenguaje fluido, bien articulado, con un buen uso gramatical y facilidad para el discurso a pesar de su bajo nivel de escolaridad, con resonancia emocional depresión y ansiedad a la hora de abordar el tema objeto de la intervención. Según impresión clínica, presenta una capacidad intelectual dentro del promedio a su grupo de edad y nivel educativo alcanza segundo grado de básica primaria, animo afectado por depresión tras el fallecimiento de su hijo YECID LOAIZA LARRAHONDO.

En sus palabras expresa “yo siempre he sido muy trabajador, pero mi mayor ilusión era darle el estudio a mi hijo quien era un hijo muy especial, estudio que yo no tuve solo estudie hasta 2 de primaria y con esfuerzo lo logramos pero tras su muerte por una decisión equivocada de un doctor todo se perdió, todas nuestras ilusiones se desboronaron, yo era muy alegre, conversador, me gustaban, los juegos de mesa, el billar, los gallos las diversiones en general, nos sentábamos afuera de la banca a hablar con mi hijo con sus amigos, sin mi hijo ya nada es igual”.

Sintomatología actual: “cuando paso el caso yo me acerqué al doctor y le dije yo reconozco que el dueño de la vida es Dios, pero me entristece saber que usted me mato a mi hijo, según las etapas del duelo actualmente me siento en etapa de

aceptación porque la iglesia me a ayudado para entender y he venido trabajando en el perdón hacia el doctor que tomo la decisión que llevo a la muerte a mi hijo. Aunque reconozco que hay momentos de tristeza, desanimo, depresión, angustia, después de la muerte de mi hijo empeoro la gastritis y aparecieron problemas del colon, temores, dificultades para relajarme, sueño interrumpido que me genera cansancio al despertar, fallas en la memoria, perdida de interés por actividades sociales, despertar prematuro, dolores musculares, voz temblorosa, zumbido de oídos, visión borrosa, taquicardia, en ocasiones dificultad para respirar, sensación de ardor en el estómago, diarrea, estreñimiento, pérdida de peso, micción frecuente, eyaculación precoz, boca seca y tendencia a sudar.

Observación durante la entrevista: se denota tristeza, nostalgia, su voz se torna temblorosa en algunos momentos, denota labilidad emocional.

2.2 Resultados de Instrumentos Utilizados

Escala de Ansiedad de Hamilton

ITEM	VARIABLE	PUNTUACION
1	Estado de ánimo ansioso	3
2	Tensión	3
3	Temores	3
4	Insomnio	3
5	Intelectual(cognitivo)	3
6	Estado de Animo deprimido	3
7	Síntomas somáticos generales(musculares)	3
8	Síntomas somáticos generales(sensoriales)	3
9	Síntomas cardiovasculares	3
10	Síntomas respiratorios	2
11	Síntomas gastrointestinales	3
12	Síntomas genitourinarios	2
13	Síntomas Autónomos	3

14	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	2

Ansiedad psíquica	19
Ansiedad somática	18
Puntuación total	37

Inventario de Depresión de Beck II

Dentro de cada grupo el avaluado puntúa 0-1-2-3.

1) .

No me siento triste	
Me siento triste.	1
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	
Me siento desanimado respecto al futuro.	1
Siento que no tengo que esperar nada.	
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran	

3)

.

No me siento fracasado.	
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	1
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	
Me siento una persona totalmente fracasada.	

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
No disfruto de las cosas tanto como antes.	1
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	

5)

.

No me siento especialmente culpable.	
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2
Me siento culpable constantemente.	

6)

No creo que esté siendo castigado.	0
Me siento como si fuese a ser castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.	0
Estoy decepcionado de mí mismo.	
Me da vergüenza de mí mismo.	
Me detesto.	

8)

No me considero peor que cualquier otro.	0
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.	
Continuamente me culpo por mis faltas.	
Me culpo por todo lo malo que sucede.	

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	
Desearía suicidarme.	
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	

10)

No lloro más de lo que solía llorar.	
Ahora lloro más que antes.	
Lloro continuamente.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	3

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.	0
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
Me siento irritado continuamente.	
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme	

12)

No he perdido el interés por los demás.	
Estoy menos interesado en los demás que antes.	1

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
He perdido todo el interés por los demás.	

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	
Evito tomar decisiones más que antes.	1
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
Ya me es imposible tomar decisiones.	

14)

No creo tener peor aspecto que antes.	
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	1
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	
Creo que tengo un aspecto horrible.	

15)

Trabajo igual que antes.	
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	1

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
No puedo hacer nada en absoluto	

. 16)

Duermo tan bien como siempre.	
No duermo tan bien como antes.	
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	2
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	

17)

No me siento más cansado de lo normal.	
Me canso más fácilmente que antes.	
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	2
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	

18)

Mi apetito no ha disminuido.	
No tengo tan buen apetito como antes.	
Ahora tengo mucho menos apetito.	2

He perdido completamente el apetito.	

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
He perdido más de 2 kilos y medio.	
He perdido más de 4 kilos.	
He perdido más de 7 kilos.	3

Estoy a dieta para adelgazar SI/**NO.**

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias malestar de estómago o estreñimiento.,	1
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	

21)

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

Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

TOTAL: 23

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV

NOMBRE: HECTOR FABIO LOAIZA GARCIA
EDAD:70
Fecha de aplicación: 6/06/2024

PUNTUACION:
De 0 a 3

0- Nada
1- 1 vez por semana o menos o poco
2- 2 a 4 veces por semana o bastante
3- 5 o más veces por semana o mucho

Re experimentación

Ítems Valoración	***Puntuación***
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del	***2***

suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	***0***
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	***0***
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que le recuerdan algún aspecto del suceso?	***2***
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológicas al exponerse a estimulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	***1***
Puntuación en re experimentación: *(Rango: 0-15)*	***5***

Evitación

Ítems Valoración	**Puntuación**
6- Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	**1**

7. ¿Tiene esforzarse para evitar actividades lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	**0**
8. ¿se siente incapaz de recordar algunos de los aspectos relevantes del suceso?	**1**
9. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	**1**
10. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	**1**
11. ¿Se siente limitado por la capacidad afectiva (por ejemplo incapaz de enamorarse o dar amor)?	**0**
12. ¿Nota que los planes o esperanza de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso(por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos etc).	**3**
Puntuación en evitación: *(Rango: 0-21)*	**7**

Aumentación de la activación

Ítems Valoración	**Puntuación**
1. ¿se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	**3**
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?	**0**
3. ¿Tiene dificultades de concentración?	**2**
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma de súbita para ver quien está a su alrededor etc), desde el suceso?	**2**
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	**1**
Puntuación de síntomas de activación: *(Rango: 0-15)*	**8**

PUNTUACION DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO (Rango de 0 a 51)	**20**

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

Ítems Valoración	**Puntuación**
Respiración entrecortadas (disnea)o sensación de ahogo	**1**
Dolores de cabeza	**0**
Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado(taquicardia)	**2**
Dolor o malestar en el pecho	**1**
Sudoración	**1**
Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo	**1**
Nauseas o malestar abdominal	**1**
Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o a la realidad.	**0**
Entumecimiento o sensación de cosquilleo(parestesias)	**1**
Sofocos y escalofríos	**0**
Temblores o estremecimientos	**1**
Miedo a morir	**0**
Miedo a volverse loco o a perder el control	**2**
Puntuación especifica de las manifestaciones somaticas de la ansiedad: *(Rango: 0-39)*	**11**

Trastorno de Estrés Postraumático

Se requiere de 1 síntoma en el apartado de re experimentación; de 3 en el de evitación: y de 2, en aumento de la activación.

SI X NO ___

Agudo (1 – 3 meses)	
Crónico (mayor a 3 meses)	**X**
Con inicio demorado	

Gravedad del estrés postraumático

	Punto de corte	**Puntuación Obtenida**
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	**15**	**20**
ESCALAS ESPECIFICAS		
Re experimentación (Rango 0-15)	**5**	**5**
Evitación (Rango 0-21)	**6**	**7**
Aumento de la activación	**4**	**8**

(Rango 0-15)		

3 PARTE INTERPRETATIVA

Interpretación:

Escala de Ansiedad de Hamilton

El rating scale en la Hamilton Anxiety sirve a modo de diagnóstico continuado para disminuir de forma clínica el desorden, la neurosis, los problemas somáticos y las sensaciones o dolores musculares generados por la ansiedad.
Como hemos mencionado anteriormente, la puntuación de cero a cuatro, evalúa la intensidad y la frecuencia. La puntuación total se obtiene tras la suma de los resultados de todos los ítems, con un rango de 0 a 54. Si el paciente obtiene una puntuación superior a 18, como es el caso del señor Hector Fabio Loaiza Garcia quien tuvo una puntuación total de 20 según la escala indica que es aconsejable consulte un especialista en salud mental, porque lo más probable es que esté padeciendo un trastorno de ansiedad.

Inventario de Depresión de Beck II

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck II:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.
11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 .....Estados de depresión intermitentes.

21-30 .....Depresión moderada.
31-40 .....Depresión grave.
+ 40 .....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional. El señor Hector Fabio Loaiza Garcia padre del joven YECID LOAIZA LARRAHONDO fallecido en el Hospital del Bordo, tuvo una puntuación 23 según la escala una puntuación de 21-30 indica una Depresión moderada.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV

Según la escala El señor Hector Fabio Loaiza Garcia presenta 5 síntomas en el apartado de re experimentación; 7 síntomas en el de evitación y 8 en aumento de la activación, lo que indica la presencia de un **Trastorno de Estrés Postraumático, crónico cuya duración es mayor a 3 meses una vez ocurrido el suceso traumático**.

3.1 IMPRESIÓNES DIAGNOSTICAS

Indicios diagnósticos:

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como dé la impresión clínica, se observa que el evaluado se ha mostrado sincero durante el proceso de evaluación, mostrando actitudes colaboradoras en todo momento**.** Es posible referir que el evaluado el señor Hector Fabio Loaiza Garcia, presenta un posible trastorno de Ansiedad, un posible trastorno depresivo moderado y un posible estrés postrauma; así mismo, vale la pena referir que los resultados obtenidos han sido consistentes en los instrumentos utilizados. La impresión diagnostica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como dé la impresión clínica, se observa que el evaluado y su familia, se han mostrado sinceros durante el proceso de evaluación, mostrando actitudes colaboradoras en todo momento**.** Asimismo, los resultados obtenidos han sido consistentes en los instrumentos utilizados. La impresión diagnostica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota**: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota**: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen

malestar. **Nota**: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota**: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

4. REMISIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de los instrumentos utilizados y de la entrevista al evaluado, se remite a psiquiatría al señor Héctor Fabio Loaiza García y se considera necesario que inicie un proceso psicoterapéutico profesional que le permita superar sus trastornos del ánimo ansiedad depresión, posiblemente debido al fallecimiento de su hijo YECID LOAIZA LARRAHONDO.

5. PARTE ARGUMENTATIVA

Según la información obtenida a partir de las entrevistas realizadas, la exploración psicopatológica, el análisis funcional de los problemas más relevantes, y los resultados de los instrumentos psicodiagnósticos empleados; Así mismo, mediante la revisión de bibliografía científica tomada en consideración como relevantes para el análisis de este caso, se ha podido obtener información acerca de la relación causal entre, acontecimientos traumáticos que amenazan la integridad física y trastornos psicológicos clínicos. Esto con el fin de verificar si se está ante una situación problemática ya estudiada desde el ámbito de la ciencia de la psicología, psiquiatría entre otros. Dando como resultado la existencia causal entre el evento ocurrido para el 5 de junio del 2017 y el desarrollo del posible trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo moderado y de estrés postrauma del señor Héctor Fabio Loaiza García.

Dados los resultados de los instrumentos psicológicos utilizados para el presente informe se evidencian la presencia de dichas síntomas traumáticos en el evaluado lo que demuestra la veracidad entre los síntomas expresados por el evaluado y los signos, Por consiguiente, el posible trastorno de ansiedad, trastorno depresivo moderado y trastorno de estrés postrauma obedeció a la experiencia de un suceso que implicó perdidas emocionales significativas para la vida del señor Héctor Fabio

Loaiza García para su familia, lo que repercutió en conflictos intrapsíquicos. Para la época siguiente del evento, el señor Héctor Fabio Loaiza García mantiene una serie de temores generados por el suceso original, sensación de tristeza profunda y permanente, perdida de la motivación por las actividades sociales y de fe en un futuro mejor.

Según la OMS, 27 de septiembre de 2023" Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión y de trastornos por consumo de drogas, así como el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas".

6. CONCLUSIONES

1. La etiología de dicha manifestaciones psicológicas (Trastornos mencionados) se ubica, verosímilmente, en la influencia directa de un estresor traumático derivado del suceso ocurrido para el día 5 de junio del año 2017 exclusivamente y no de otra causa, ya que no existen antecedentes traumáticos de otra índole en el evaluado, por ejemplo abusos físicos, psicológicos, sexuales, agresiones intrafamiliares, accidentes, algún tipo de catástrofes, que dieran lugar como consecuencia directa a los trastornos de ansiedad, trastorno depresivo moderado y trastorno de estrés postrauma del evaluado.

1 INFORME PSICÓLOGICO N° 2

IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADO:

Nombre: María Estela Larrahondo Quiñonez

Cedula: 31866523 de Cali

Lugar de nacimiento: El bordo Patía

Edad: 63 años

Sexo: femenino

Dirección: calle 5 # 5-66 barrio calle nueva el bordo patia

Teléfono: 3177000268

Grado de estudio: primaria

Oficio u ocupación: ama de casa

A solicitud personal: Abogado Carlos Valverde

Motivo de consulta: determinación daños morales o psíquicos causados por muerte de su hijo en el Hospital nivel 1 del bordo.

Fecha y Hora de la entrevista: 4 de junio de 2024 hora 9:30 a.m

Fecha y hora Pruebas Psicológicas: 5 de junio de 2024 hora: 3:30 p.m, 6 de junio de 2024 hora: 4:30.

Complementos y Anexos:

Constancias de los instrumentos psicológicos utilizados en la valoración.

Estructura del Informe Psicológico:

El presente Informe psicológico; toma como referencia el Protocolo[18] Evaluación Básica en Psiquiatría y Psicología Forenses (Código: DG-M-PROT-01-V01, Versión 01, Diciembre de 2009) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Las consideraciones metodológicas, contenidos y forma del presente informe psicológico, son consistente a la Guía para la Realización de Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses sobre Daño Psíquico, con fines de Indemnización, Conciliación o Reparación [Versión[19] 01, Código: DG-M-GUÍA-16-V01, Fecha de Vigencia 2011/05/06 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses][20].

1. PARTE EXPOSITIVA

1.4 Motivo de la valoración:

El presente informe psicológico busca dar respuesta a la solicitud de valoración de la consultante determinando si existen síntomas que indiquen alguna patología en salud mental, sus causas y plan de tratamiento.

1.2 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Para el desarrollo del siguiente informe psicológico se realizaron las siguientes entrevistas e instrumentos psicodiagnósticos complementarios.

ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES:

Entrevista semiestructurada aplicada a la señora Maria Estela Larrahondo Quiñonez.

INSTRUMENTOS PSICODIAGNOSTICOS:

Se aplicaron los siguientes Instrumentos psicológicos:

1. Inventario de Depresión de Beck- II, sesión 10 minutos, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Áreas de aplicación

- Psicología clínica
- Neuropsicología
- Psicología forense

Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros

dos del sistema de la APA (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psicomotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales –véase un análisis más detallado en Vázquez y Sanz (1997a). Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV. No obstante, a pesar de estas correspondencias, jamás debe utilizarse el BDI como una herramienta única diagnóstica de depresión (Vázquez, 1986, 1995).

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

1. Escala de Ansiedad de Hamilton segunda versión, sesión de 30 minutos Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento**).** Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada (r = 0,74 - 0,96). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana (r = 0,96) y aceptable estabilidad después de un año (r = 0,64).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 (r = 0,63 – 0,75) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 (r = 0,56). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 (r = 0,62 – 0,73). Es sensible al cambio tras el tratamiento (7).

La corrección e Interpretación nos indican que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de ansiedad.

2. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Es una escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSMIV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en victimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala, estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, en sus 17 ítems, 5 hacen referencia a los síntomas de re experimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación.

Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad – única en este tipo de escalas-, que se compone de 13 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango de 0 a 19) y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas selectivas.
Fiabilidad: el coeficiente de fiabilidad test retest obtenido a partir de la muestra clínica (N= 463) es de 0.89($p<0,001$), con un intervalo de 4 semanas.
La validez de contenido de esta escala que abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos del DSMIV, puede considerarse totalmente satisfactoria.

1.3 Antecedentes Clínicos Familiares y Personales

Yecid Loaiza Larrahondo nació el día 24 de agosto de 1989, en la localidad de El Bordo, municipio de Patía, departamento del Cauca. Después de nueve años de convivencia sus padres Hector Fabio Loaiza García y María Estela Ibarra Quiñónez decidieron traer al mundo a su hijo Yecid quien fuera un hijo esperado y amado por ellos y su familia.
Yecid convivió con sus padres y hermano mayor Milton César Cerón Larrahondo, desde muy pequeño fue un niño extrovertido, hizo su preescolar en una institución privada, a los cinco años tuvo una recaída muy fuerte, una fiebre alta que le duró quince días y fue hospitalizado y remitido a la ciudad de Popayán donde después de varios exámenes le diagnosticaron una enfermedad llamada anemia de células falciformes, esta situación lo mantuvo durante un mes en el hospital donde en ese mismo tiempo le dio neumonía y por esta razón quedó afectada su salud, el tratamiento para esta enfermedad duró dos años, es decir hasta los siete años, hizo su estudio de primaria en la Escuela Francisco José de Caldas con mucha dificultad debido a la situación de su salud, sin embargo seguía siendo un niño muy alegre y con una relación afectiva muy fuerte con su madre debido a la vulnerabilidad de su salud por la cual la señora Estela debía mantener mucho cuidado y fue muy cercana a él.
En su adolescencia estudió en el Colegio Bachillerato Patía de El Bordo, en donde se caracterizó por ser un estudiante inteligente, participativo, alegre, además de

cordial y educado por lo cual hizo muchos amigos, le gustaba el fútbol y participaba con sus amigos en algunos encuentros que se hacían en el barrio, hincha del deportivo Cali, le gustaba bailar, salir con los amigos, era un gran ser humano, servicial y cariñoso.

A los 18 años fue hospitalizado y le realizaron una cirugía en el bazo y la vesícula, la cual lo mantuvo algún tiempo en incapacidad, durante su vida estuvo hospitalizado varias veces debido a la crisis generada por su enfermedad de anemia de células falciformes y la neumonía, alguna vez estuvo en estado muy crítico en la unidad de cuidados intensivos sin embargo se recuperó de manera favorable.

Inició estudios en el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA como técnico en administración, carrera que culminó en administración de empresas en la Universidad UNIMINUTO en la ciudad de Popayán, una vez se graduó realizó su práctica laboral y estuvo trabajando en diferentes entidades como el Hospital Nivel 1 El Bordo, Alcaldía de Patía, ASEYCOB S.A.S. entre otras, tenía como meta irse de esta localidad a la ciudad con sus padres para darles una mejor calidad de vida, en su último tiempo trabajó en la ciudad de Cali con un amigo en una empresa donde se vendían bicicletas de motor, tenía como propósito irse a vivir con su familia a esta ciudad.

Yecid era un hombre sincero, aplomado, le disgustaba mucho la mentira, esto le ocasionaba mucha ira, pero su carácter y seriedad le abrió muchos espacios para trabajar en entidades públicas y privadas, su alegría era contagiosa, tuvo algunas novias pero al final tuvo una relación con Edilsa Córdoba con quien planeaba vivir juntos y conformar una familia.

Tenía muchos amigos los cuales visitaba con frecuencia, esta amistad le abrió puertas para que fuera recomendado como una persona cumplidora en el desempeño de sus labores, disfrutaba de la vida, le gustaban los animales, tuvo una mascota, un perro buldog inglés al que le llamó Hazard.

Los días anteriores a su deceso se encontraba en buena forma, estuvo de visita en casa de varios amigos y no se esperaba el desafortunado desenlace del fatídico día en el cual por lo que la familia denomina negligencia médica Yecid partió de este mundo a sus 28 años.

Refiere su familia que Yecid ha dejado un gran vacío para ellos, sus padres con los cuales convivía expresan no superar esta irreparable pérdida, su hermano, sus familiares y amigos aún recuerdan a Yecid como una gran persona, los sueños de este hombre joven fueron frustrados, la vida de Yecid fue arrebatada de manera inesperada, dejando sueños y proyectos por cumplir señalan sus padres y hermano.

Narración de la evaluada: Mi hijo se encontraba de visita un fin de semana en junio de 2017, tenía antecedentes de anemia de células falciformes y neumonía desde la edad de 5 años, a los 18 años le quitaron el vaso y la vesícula para que tuviera una mejoría y así ocurrió hasta los 27 años que fue el deceso. Cuando llego el día sábado estaba bien, el día lunes empezó a sentir dolores articulares, pensamos que era por el viaje, tomo analgésicos pero seguía igual, el día jueves decidió ir al hospital, le formularon inyección para el dolor y lo enviaron para la casa, el día sábado en horas de la mañana estaba con dolor y decidió que el papa lo llevara al hospital porque le dolía mucho le espalada y las piernas, decía si la doctora me hubiera aplicado los líquidos que siempre me aplican solución salina no hubiera salido así, lo hospitalizaron y hable con el medico porque le tomaron exámenes y me dijo que era una crisis de lo que el tenia de las células falciformes y le pusieron líquidos y tramadol, yo le alcance a decir que pensé que de pronto era la neumonía pero el medico dijo que no, el seguía maluco y sudaba bastante, al día siguiente llego una doctora Paz Melo y yo le dije que estaba preocupada porque se le inflamo el estómago y eso nunca le había pasado, yo le dije doctora no será la neumonía y ella me respondió no esa es una crisis de células falciformes, en la noche llego otro médico amigo de él y mi hijo le pidió le pusiera algo para el dolor porque el tramadol le servía solo 3 horas y aparecía un fuerte dolor, la novia quien se quedó esa noche de turno me dijo que el doctor ya había visto del examen del sábado que había una infección porque estaban los leucocitos alterados y lo dijo que lo remitiría a Popayán pero no hubo cama ni disponibilidad, la novia me conto que a las 12 de la noche el medico entro a la habitación y le dijo que decís si te aplico morfina para el dolor hasta mañana que te pueda recibir en el hospital de Popayán y mi hijo le respondió: doctor usted es el que sabe lo que hace, el doctor ordena la morfina 10 mg y a la

1:30 a.m. le aplican 5 mg duda si a las 12 le habían aplicado tramadol, a las 3:30 a.m. la novia dice que empezó a disvariar y empezó a colocarse morado, la novia aviso a los médicos lo llevaron al cuarto de reanimación, ella vino a la casa a llamarnos porque lo Ivana a mandar de urgencias a Popayán, en la reanimación paso el primer infarto pero en el segundo no aguanto y murió.

En la necropsia aparecieron como diagnósticos: neumonía necrotizante, isquemia miocárdica y hepatitis reactiva.

2. PARTE REFLEXIVA

2.1. Exploración Psicopatológica del Evaluado.

La señora María Estela Larrahondo Quiñonez, como ya se ha anticipado es una adulta mayor de 63 años; edad aparente acorde a la edad cronológica, con una presentación adecuada, con talla y peso con posible sobrepeso, estatura promedio, conoce su nombre y la razón por la cual está siendo evaluada. Durante el análisis del estado mental en la evaluada se observa un buen ajuste a la realidad, con una tristeza profunda y permanente. Se muestra lúcida, coherente en su discurso, orientada en persona, tiempo y espacio, lenguaje fluido, bien articulado, con un uso gramatical y discurso acorde a su nivel de escolaridad y condiciones socio ambientales, con resonancia emocional y tristeza a la hora de abordar el tema objeto de la intervención. Según impresión clínica, presenta una capacidad intelectual dentro del promedio a su grupo de edad y nivel educativo alcanza estudio de quinto de primaria refleja afectaciones en su ánimo y en su percepción de la vida desde que ocurrió el suceso donde su hijo YECID LOAIZA LARRAHONDO perdió la vida.

En sus palabras expresa “yo era muy feliz porque mi hijo era todo para mi, tengo dos hijos pero el era todo para mi y yo para el, teníamos una relación de confianza y de apego afectivo, yo antes iba a rumbas, salíamos a estaderos a ferias, celebrábamos en familia fechas especiales, veíamos películas, escuchábamos

música, mi hijo decía que él quería continuar trabajando para ayudarnos cuando fuéramos viejitos, quería construir el tercer piso en una casa que tenemos para vivir el, estaba arreglando el segundo piso para seguir al tercero, mi hijo era administrador de empresas y trabajo incluso 3 años en el hospital donde falleció, el mensualmente nos daba 500000 u 800000 para organizar la casa en Cali y asi el trabajar allá para ayudarnos más

La muerte de mi hijo me afecto mucho, siento ese vacío por ausencia, siento una tristeza que nunca superare, inicialmente tenía muchos sueños y pesadillas no podía dormir bien, durante 1 año no comía bien, lloraba mucho, son muchos los recuerdos, vivimos muchos momentos juntos, ya no está su alegría, sus sueños sus ilusiones, su apoyo, es la iglesia la que me ha ayudado a salir adelante y he logrado estar más tranquila acepto cuando es una decisión de DIOS la muerte pero lo que no acepto es que sea la decisión de una persona que no analiza bien el caso y las situación de mi hijo y prácticamente con su decisión le quita la vida".

2.2 Resultados de Instrumentos Utilizados:

Inventario de Depresión de Beck II

Dentro de cada grupo el avaluado puntúa 0-1-2-3.

1) .

No me siento triste	
Me siento triste.	1
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	
Me siento desanimado respecto al futuro.	1

Siento que no tengo que esperar nada.	
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran	

3)
.

No me siento fracasado.	
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	2
Me siento una persona totalmente fracasada.	

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
No disfruto de las cosas tanto como antes.	1
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	

5)
.

No me siento especialmente culpable.	0
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
Me siento culpable constantemente.	

6)

No creo que esté siendo castigado.	
Me siento como si fuese a ser castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	3

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.	0
Estoy decepcionado de mí mismo.	
Me da vergüenza de mí mismo.	
Me detesto.	

8)

No me considero peor que cualquier otro.	0
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.	
Continuamente me culpo por mis faltas.	
Me culpo por todo lo malo que sucede.	

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	
Desearía suicidarme.	
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	

10)

No lloro más de lo que solía llorar.	0
Ahora lloro más que antes.	
Lloro continuamente.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.	0
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
Me siento irritado continuamente.	
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían	

12)

No he perdido el interés por los demás.	
Estoy menos interesado en los demás que antes.	1
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
He perdido todo el interés por los demás.	

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	
Evito tomar decisiones más que antes.	1
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
Ya me es imposible tomar decisiones.	

14)

No creo tener peor aspecto que antes.	
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	1
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	
Creo que tengo un aspecto horrible.	

15)

Trabajo igual que antes.	
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	1
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
No puedo hacer nada en absoluto	

16)

Duermo tan bien como siempre.	
No duermo tan bien como antes.	1

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	

17)

No me siento más cansado de lo normal.	
Me canso más fácilmente que antes.	1
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	

18)

Mi apetito no ha disminuido.	
No tengo tan buen apetito como antes.	1
Ahora tengo mucho menos apetito.	
He perdido completamente el apetito.	

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
He perdido más de 2 kilos y medio.	
He perdido más de 4 kilos.	2
He perdido más de 7 kilos.	

Estoy a dieta para adelgazar SI/**NO.**

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias malestar de estómago o estreñimiento.,	

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	2
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	
Estoy menos interesado por el sexo que antes.	1
Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

TOTAL:20

Escala de Ansiedad de Hamilton

ITEM	VARIABLE	PUNTUACION
1	Estado de ánimo ansioso	2
2	Tensión	3
3	Temores	3
4	Insomnio	2
5	Intelectual(cognitivo)	3
6	Estado de Animo deprimido	3
7	Síntomas somáticos generales(musculares)	0
8	Síntomas somáticos generales(sensoriales)	4
9	Síntomas cardiovasculares	3
10	Síntomas respiratorios	0
11	Síntomas gastrointestinales	2
12	Síntomas genitourinarios	0

13	Síntomas Autónomos	3
14	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	2

Ansiedad psíquica	18
Ansiedad somática	12
Puntuación total	30

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV

Re experimentación

Ítems Valoración	***Puntuación***
6. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	***5***
7. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	***1***
8. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	***2***
9. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que le recuerdan algún aspecto del suceso?	***3***
10. ¿Experimenta una reactividad fisiológicas al exponerse a estimulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	***2***
Puntuación en re experimentación: *(Rango: 0-15)*	***13***

Evitación

Ítems Valoración	**Puntuación**
7- Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	**1**
13. ¿Tiene esforzarse para evitar actividades lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	**2**
14. ¿se siente incapaz de recordar algunos de los aspectos relevantes del suceso?	**0**
15. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	**2**
16. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	**0**
17. ¿Se siente limitado por la capacidad afectiva (por ejemplo incapaz de enamorarse o dar amor)?	**0**
18. ¿Nota que los planes o esperanza de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso(por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos etc).	**3**
Puntuación en evitación: *(Rango: 0-21)*	**8**

Aumentación de la activación

Ítems Valoración	**Puntuación**
1. ¿se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	**1**
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?	**1**

3. ¿Tiene dificultades de concentración?	**1**
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma de súbita para ver quien está a su alrededor etc), desde el suceso?	**1**
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	**2**
Puntuación de síntomas de activación: *(Rango: 0-15)*	**6**

PUNTUACION DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO (Rango de 0 a 51)	**27**

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

Ítems Valoración	**Puntuación**
Respiración entrecortadas (disnea)o sensación de ahogo	**0**
Dolores de cabeza	**2**
Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado(taquicardia)	**2**
Dolor o malestar en el pecho	**0**
Sudoración	**3**
Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo	**0**
Nauseas o malestar abdominal	**0**
Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o a la realidad.	**2**
Entumecimiento o sensación de cosquilleo(parestesias)	**2**
Sofocos y escalofríos	**0**
Temblores o estremecimientos	**0**
Miedo a morir	**3**
Miedo a volverse loco o a perder el control	**3**

Puntuación especifica de las manifestaciones somaticas de la ansiedad: *(Rango: 0-39)*	**17**

Trastorno de Estrés Postraumático

Se requiere de 1 síntoma en el apartado de re experimentación; de 3 en el de evitación: y de 2, en aumento de la activación.

SI X NO ___

Agudo (1 – 3 meses)	
Crónico (mayor a 3 meses)	**X**
Con inicio demorado	

Gravedad del estrés postraumático

	Punto de corte	**Puntuación Obtenida**
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	**15**	**27**
ESCALAS ESPECIFICAS		
Re experimentación (Rango 0-15)	**5**	**13**
Evitación (Rango 0-21)	**6**	**8**
Aumento de la activación (Rango 0-15)	**4**	**6**

Se identifica como presencia del trastorno de estrés postraumático con 1 síntoma de reexperimentacion, 3 de evitación y 2 con el aumento de la activación. punto de corte en la escala global 15 y en las subescalas 5, 6 y 4 respectivamente

3.PARTE INTERPRETATIVA

Interpretación:

Inventario de la depresión de Beck II

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:
Puntuación Nivel de depresión*

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.
11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 .....Estados de depresión intermitentes.
21-30 .....Depresión moderada.
31-40 .....Depresión grave.
+ 40 .....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional. La señora María Estela Larrahondo Quiñonez madre del joven YECID LOAIZA LARRAHONDO tuvo una puntuación de 20 lo que indica la presencia de estados de ánimo de depresión intermitentes.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Interpretación de los resultados

La puntuación total se obtiene tras la suma de los resultados de todos los ítems, con un rango de 0 a 54. el resultado del paciente 30 puntos, se encuentra por encima de la media y con una puntuación superior a 18, según la escala es aconsejable que consulte con un especialista en salud mental, porque lo más probable es que esté padeciendo un trastorno de ansiedad.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

Según la escala La señora Maria Estela Larrahondo Quiñonez presenta 13 síntomas en el apartado de re experimentación; 8 síntomas en el de evitación y 6 en aumento de la activación, lo que indica la presencia de un **Trastorno de Estrés Postraumático, crónico cuya duración es mayor a 3 meses una vez ocurrido el suceso traumático**.

3.1 IMPRESIÓNES DIAGNOSTICAS

Indicios diagnósticos:

> De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como dé la impresión clínica, se observa que el evaluado y su familia, se han mostrado sinceros durante el proceso de evaluación, mostrando actitudes colaboradoras en todo momento**.** Es posible referir que la evaluada La señora María Estela Larrahondo Quiñonez presenta estados de depresión intermitentes, un posible trastorno de ansiedad y un trastorno de estrés postrauma crónico; así mismo, vale la pena mencionar que los resultados obtenidos han sido consistentes con los instrumentos utilizados (entrevista semiestructurada y Escala de Depresión de Beck II, Escala de Ansiedad de

Hamilton y Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

Indicios diagnósticos:

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como dé la impresión clínica, se observa que el evaluado y su familia, se han mostrado sinceros durante el proceso de evaluación, mostrando actitudes colaboradoras en todo momento**.** Asimismo, los resultados obtenidos han sido consistentes en los instrumentos utilizados. La impresión diagnostica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota**: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota**: En los niños

pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota**: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota**: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

4. REMISIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de los instrumentos utilizados y de la entrevista realizados al paciente se considera necesario inicie un proceso psicoterapéutico y si es necesario psiquiátrico que le permita superar las afectaciones en salud mental que presenta tras la pérdida de su hijo.

5. PARTE ARGUMENTATIVA

Según la información obtenida a partir de las entrevistas realizadas, la exploración psicopatológica, el análisis funcional de los problemas más relevantes, y los resultados de los instrumentos psicodiagnósticos empleados; Así mismo, mediante la revisión de bibliografía científica tomada en consideración como relevantes para el análisis de este caso, se ha podido obtener información acerca de la relación causal entre, acontecimientos traumáticos que amenazan la integridad física y trastornos psicológicos clínicos. Esto con el fin de verificar si se está ante una situación problemática ya estudiada desde el ámbito de la ciencia de la psicología, psiquiatría entre otros. Dando como resultado la existencia causal entre el evento ocurrido para el 5 de junio de 2017 donde perdió la vida su hijo YECID LOAIZA LARRAHONDO fallecido en la ESE HOSPITAL NIVEL I DEL BORDO y la aparición de los trastornos del ánimo de episodios depresivos, ansiedad y estrés postrauma, los cuales deterioran su calidad de vida y de no tratarse pueden llegar a convertirse en un riesgo de muerte.

Dados los resultados de los instrumentos psicológicos utilizados para el presente informe se evidencian la presencia de dichos síntomas traumáticos en la evaluada, lo que demuestra la veracidad entre los síntomas expresados por la evaluada y los

signos, Por consiguiente, los episodios depresivos, la ansiedad y el estrés postrauma obedecen a la experiencia de un suceso que implicó perdidas emocionales para la vida de la señora María Estela Larrahondo Quiñonez y para la familia del fallecido, lo que repercutió en conflictos intrapsíquicos en cada uno de los integrantes..

Según la OMS 13 de septiembre de 2021:

- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- La depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión, ya sea leve, moderada o grave

Según el APA, el estrés crónico es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. El estrés surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

Según la OMS, 27 de septiembre de 2023” Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión y de trastornos por consumo de drogas, así como el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas”.

6. CONCLUSIONES

La etiología de dicha manifestaciones psicológicas (episodios depresivos intermitentes, trastorno de ansiedad y trastorno de estrés postrauma) se

ubica, verosímilmente, en la influencia directa de un estresor traumático derivado del suceso ocurrido para el día 5 de Junio de 2017 exclusivamente y no de otra causa, ya que no existen antecedentes traumáticos de otra índole en los evaluados, por ejemplo abusos físicos, psicológicos, sexuales, agresiones intrafamiliares, accidentes, algún tipo de catástrofes, que dieran lugar como consecuencia directa esta sintomatología depresiva.

2 INFORME PSICÓLOGICO N° 3

IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADO:

Nombre: Milton Cesar Cerón Larrahondo

Cedula: 10696885 del Bordo Patía

Lugar de nacimiento: Bordo Patía

Edad: 42 años

Sexo: masculino

Dirección: calle 43ª# 39B 20 barrio Antonio Nariño Cali Valle del Cauca

Teléfono: 3013755742

Grado de estudio: 5 de primaria

Oficio: comerciante

A solicitud personal: Abogado Carlos Valverde

Motivo de consulta: determinación daños morales o psíquicos causados por perdida de la vida de Yesid Loaiza.

Fecha y Hora de la entrevista: 6 de junio de 2024 hora 8:30 a.m

Fecha y Hora de las pruebas: 6 de junio de 2024 10 a.m

Complementos y Anexos:

Constancias de los instrumentos psicológicos utilizados en la valoración.

Estructura del Informe Psicológico:

El presente Informe psicológico; toma como referencia el Protocolo[18] Evaluación Básica en Psiquiatría y Psicología Forenses (Código: DG-M-PROT-01-V01, Versión 01, Diciembre de 2009) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
Las consideraciones metodológicas, contenidos y forma del presente informe psicológico, son consistente a la Guía para la Realización de Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses sobre Daño Psíquico, con fines de Indemnización, Conciliación o Reparación [Versión[19] 01, Código: DG-M-GUÍA-16-V01, Fecha de Vigencia 2011/05/06 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses][20].

1. PARTE EXPOSITIVA

1.1 Motivo de la valoración:

El presente informe psicológico busca dar respuesta a la solicitud de valoración del consultante determinando si existen síntomas que indiquen alguna patología en salud mental, sus causas y plan de tratamiento.

1.2 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Para el desarrollo del siguiente informe psicológico se realizó la siguiente entrevista.

ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES:

- Entrevista semiestructurada al señor Milton Cesar Cerón Larrahondo hermano del fallecido.

INSTRUMENTOS PSICODIAGNOSTICOS:

Al señor Milton Cesar Cerón Larrahondo .se le aplicaron los siguientes Instrumentos psicológicos:

1. Inventario de Depresión de Beck- II, sesión 10 minutos, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Áreas de aplicación

- Psicología clínica
- Neuropsicología
- Psicología forense

Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psicomotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales –véase un análisis más detallado en Vázquez y Sanz (1997a). Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV. No obstante, a pesar de estas correspondencias, jamás debe utilizarse el BDI como una herramienta única diagnóstica de depresión (Vázquez, 1986, 1995).

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

1.2 Antecedentes Clínicos Familiares y Personales

Yecid Loaiza Larrahondo nació el día 24 de agosto de 1989, en la localidad de El Bordo, municipio de Patía, departamento del Cauca. Después de nueve años de convivencia sus padres Hector Fabio Loaiza García y María Estela Ibarra Quiñónez decidieron traer al mundo a su hijo Yecid quien fuera un hijo esperado y amado por ellos y su familia.

Yecid convivió con sus padres y hermano mayor Milton César Cerón Larrahondo, desde muy pequeño fue un niño extrovertido, hizo su preescolar en una institución privada, a los cinco años tuvo una recaída muy fuerte, una fiebre alta que le duró quince días y fue hospitalizado y remitido a la ciudad de Popayán donde después de varios exámenes le diagnosticaron una enfermedad llamada anemia de células

falciformes, esta situación lo mantuvo durante un mes en el hospital donde en ese mismo tiempo le dio neumonía y por esta razón quedó afectada su salud, el tratamiento para esta enfermedad duró dos años, es decir hasta los siete años, hizo su estudio de primaria en la Escuela Francisco José de Caldas con mucha dificultad debido a la situación de su salud, sin embargo seguía siendo un niño muy alegre y con una relación afectiva muy fuerte con su madre debido a la vulnerabilidad de su salud por la cual la señora Estela debía mantener mucho cuidado y fue muy cercana a él.

En su adolescencia estudió en el Colegio Bachillerato Patía de El Bordo, en donde se caracterizó por ser un estudiante inteligente, participativo, alegre, además de cordial y educado por lo cual hizo muchos amigos, le gustaba el fútbol y participaba con sus amigos en algunos encuentros que se hacían en el barrio, hincha del deportivo Cali, le gustaba bailar, salir con los amigos, era un gran ser humano, servicial y cariñoso.

A los 18 años fue hospitalizado y le realizaron una cirugía en el bazo y la vesícula, la cual lo mantuvo algún tiempo en incapacidad, durante su vida estuvo hospitalizado varias veces debido a la crisis generada por su enfermedad de anemia de células falciformes y la neumonía, alguna vez estuvo en estado muy crítico en la unidad de cuidados intensivos sin embargo se recuperó de manera favorable.

Inició estudios en el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA como técnico en administración, carrera que culminó en administración de empresas en la Universidad UNIMINUTO en la ciudad de Popayán, una vez se graduó realizó su práctica laboral y estuvo trabajando en diferentes entidades como el Hospital Nivel 1 El Bordo, Alcaldía de Patía, ASEYCOB S.A.S. entre otras, tenía como meta irse de esta localidad a la ciudad con sus padres para darles una mejor calidad de vida, en su último tiempo trabajó en la ciudad de Cali con un amigo en una empresa donde se vendían bicicletas de motor, tenía como propósito irse a vivir con su familia a esta ciudad.

Yecid era un hombre sincero, aplomado, le disgustaba mucho la mentira, esto le ocasionaba mucha ira, pero su carácter y seriedad le abrió muchos espacios para trabajar en entidades públicas y privadas, su alegría era contagiosa, tuvo algunas

novias, pero al final tuvo una relación con Edilsa Córdoba con quien planeaba vivir juntos y conformar una familia.

Tenía muchos amigos los cuales visitaba con frecuencia, esta amistad le abrió puertas para que fuera recomendado como una persona cumplidora en el desempeño de sus labores, disfrutaba de la vida, le gustaban los animales, tuvo una mascota, un perro buldog inglés al que le llamó Hazard.

Los días anteriores a su deceso se encontraba en buena forma, estuvo de visita en casa de varios amigos y no se esperaba el desafortunado desenlace del fatídico día en el cual por lo que la familia denomina negligencia médica Yecid partió de este mundo a sus 28 años.

Refiere su familia que Yecid ha dejado un gran vacío para ellos, sus padres con los cuales convivía expresan no superar esta irreparable pérdida, su hermano, sus familiares y amigos aun recuerdan a Yecid como una gran persona, los sueños de este hombre joven fueron frustrados, la vida de Yecid fue arrebatada de manera inesperada, dejando sueños y proyectos por cumplir señalan sus padres y hermano.

Narración del evaluado: Mi hermano quien se encontraba viviendo conmigo se fue a visitar a mis padres al bordo un fin de semana en junio de 2017, tenía antecedentes de anemia de células falciformes y neumonía desde la edad de 5 años, a los 18 años le quitaron el vaso y la vesícula para que tuviera una mejoría y así ocurrió hasta los 27 años que fue el deceso. Cuando llego el día sábado estaba bien, el día lunes empezó a sentir dolores articulares, pensamos que era por el viaje, tomo analgésicos pero seguía igual, el día jueves decidió ir al hospital, le formularon inyección para el dolor y lo enviaron para la casa, el día sábado en horas de la mañana estaba con dolor y decidió que mi papa lo llevara al hospital porque le dolía mucho le espalada y las piernas, me cuentan que decía “si la doctora me hubiera aplicado los líquidos que siempre me aplican solución salina no hubiera salido así”, lo hospitalizaron y mi mama hablo con el medico porque le tomaron exámenes y le dijo que era una crisis de lo que el tenia de las células falciformes y le pusieron líquidos y tramadol, mi mama insinuó que de pronto era la neumonía pero el médico le dijo que no, el seguía maluco y sudaba bastante, al día siguiente llego una doctora

Paz Melo y mi mama nuevamente le dijo que estaba preocupada porque se le inflamo el estómago y eso nunca le había pasado, le dijo doctora a la doctora que sino seria la neumonía y ella le respondió que no que era una crisis de células falciformes, en la noche llego otro médico amigo de él y mi hermano le pidió le pusiera algo para el dolor porque el tramadol le servía solo 3 horas y aparecía de nuevo un fuerte dolor, la novia quien se quedó esa noche de turno dijo que el doctor ya había visto del examen del sábado que había una infección porque estaban los leucocitos alterados y le dijo que lo remitiría a Popayán pero no hubo cama ni disponibilidad, la novia comento que a las 12 de la noche el medico entro a la habitación y le dijo "que decís si te aplico morfina para el dolor hasta mañana que te puedan recibir en el hospital de Popayán" y mi hermano le respondió: doctor usted es el que sabe lo que hace, el doctor ordena la morfina 10 mg y a la 1:30 a.m. le aplican 5 mg duda si a las 12 le habían aplicado tramadol, a las 3:30 a.m. la novia dice que empezó a disvariar y empezó a colocarse morado, la novia aviso a los médicos lo llevaron al cuarto de reanimación, ella vino a la casa a llamar a mis papas porque lo Iban a a mandar de urgencias a Popayán, en la reanimación paso el primer infarto pero en el segundo no aguanto y murió.

En la necropsia aparecieron como diagnosticos: neumonía necrotizante, isquemia miocárdica y hepatitis reactiva.

¿Cuándo me entregaron el cuerpo en la morgue el que hizo la necropsia le hizo un comentario al de la funeraria ese pelado no lo querían? Porque a ese pelado lo envenenaron" eso me comento el que manejo el carro funerario.

2. PARTE REFLEXIVA

2.1. Exploración Psicopatológica del Evaluado.

El señor Milton Cesar Cerón Larrahondo, es un adulto de 42 años, de oficio comerciante, con edad aparente acorde a la edad cronológica, con una presentación adecuada, con talla y peso por encima de lo normal, de estatura promedio. Conoce

su nombre y la razón por la cual está siendo evaluado. Durante el análisis del estado mental en el evaluado se observa un buen ajuste a la realidad, con una percepción de tristeza profunda, sentimientos de impotencia, rabia y frustración. Se muestra lúcido, coherente en su discurso, orientado en persona, tiempo y espacio, lenguaje fluido, bien articulado, con un uso gramatical y discurso acorde a su nivel de escolaridad y condiciones socio ambientales, con resonancia emocional y tristeza a la hora de abordar el tema objeto de la intervención. Según impresión clínica, presenta una capacidad intelectual dentro del promedio a su grupo de edad y nivel educativo alcanza estudio de quinto de primaria, refleja afectaciones en su ánimo desde que ocurrió el suceso donde su hermano YECID LOAIZA LARRAHONDO perdió la vida.

En sus palabras refiere" a mí me dio muy duro cuando le diagnosticaron a mi hermano YECID la enfermedad él tenía 5 añitos estuvo hospitalizado durante 1 mes era gordito y salió flaquito, crecimos juntos era mi hermanito menor yo lo cuidaba, éramos de diferentes generaciones él tenía sus amigos y yo los míos, pero en ocasiones compartíamos y la pasábamos muy bien. Mi hermano era muy apegado a mis padres, también a mis tías. Era muy cariñoso, compartía mucho con los primos lo querían mucho, le gustaban los niños era muy detallista quería mucho a mi hija la mayor él le llevaba 10 años, en la aconsejaba mucho al igual que a mi otra hija que vive en el exterior con quien hablaba por internet pienso que tras la muerte de mi hermano mi vida cambio ya no salgo tanto a bailar, dejé de fumar cigarrillo, en ocasiones me invade mucha tristeza.me volví resentido deseaba vengarme del doctor que lo mato porque fue culpa de él, siento un dolor el pecho."

2.2 Resultados de Instrumentos Utilizados:

Inventario de Depresión de Beck II

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor,
lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana,

incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste	
Me siento triste.	1
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	0
Me siento desanimado respecto al futuro.	
Siento que no tengo que esperar nada.	
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran	

3) .

No me siento fracasado.	0
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	
Me siento una persona totalmente fracasada.	

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.	0
No disfruto de las cosas tanto como antes.	

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	

5)

.

No me siento especialmente culpable.	
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	1
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
Me siento culpable constantemente.	

6)

No creo que esté siendo castigado.	0
Me siento como si fuese a ser castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.	0
Estoy decepcionado de mí mismo.	
Me da vergüenza de mí mismo.	
Me detesto.	

8)

No me considero peor que cualquier otro.	
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.	1
Continuamente me culpo por mis faltas.	
Me culpo por todo lo malo que sucede.	

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	

Desearía suicidarme.	
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	

10)

No lloro más de lo que solía llorar.	
Ahora lloro más que antes.	
Lloro continuamente.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	3

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.	0
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
Me siento irritado continuamente.	
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme	

12)

No he perdido el interés por los demás.	
Estoy menos interesado en los demás que antes.	1
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
He perdido todo el interés por los demás.	

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	0
Evito tomar decisiones más que antes.	
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
Ya me es imposible tomar decisiones.	

14)

No creo tener peor aspecto que antes.	

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	1
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	
Creo que tengo un aspecto horrible.	

15)

Trabajo igual que antes.	0
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
No puedo hacer nada en absoluto	

16)

Duermo tan bien como siempre.	
No duermo tan bien como antes.	1
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	

17)

No me siento más cansado de lo normal.	
Me canso más fácilmente que antes.	1
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	

18)

Mi apetito no ha disminuido.	0
No tengo tan buen apetito como antes.	
Ahora tengo mucho menos apetito.	

He perdido completamente el apetito.	

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
He perdido más de 2 kilos y medio.	
He perdido más de 4 kilos.	2
He perdido más de 7 kilos.	

Estoy a dieta para adelgazar SI/**NO.**

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias malestar de estómago o estreñimiento.,	1
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	0
Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

TOTAL: 13

3.PARTE INTERPRETATIVA

Interpretación:

Inventario de la depresión de Beck II

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:
Puntuación Nivel de depresión*

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.
11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 .....Estados de depresión intermitentes.
21-30 .....Depresión moderada.
31-40 .....Depresión grave.
+ 40 .....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.
El señor Milton Cesar Cerón Larrahondo tuvo una puntuación de 13 lo que indica una leve perturbación del estado de animo

3.1 IMPRESIÓNES DIAGNOSTICAS

Indicios diagnósticos:

> De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como dé la impresión clínica, es posible referir que el evaluado el señor Milton Cesar Cerón Larrahondo presenta una leve perturbación del estado de ánimo, vale la pena mencionar que el resultado obtenido ha sido consistente con los instrumentos utilizados entrevista semiestructurada y Escala de Depresión de Beck II.

4. REMISIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de la entrevista se considera importante realizar un proceso de psicoterapia para orientar a la paciente en el manejo de sus emociones asociadas con la vivencia del duelo

5. PARTE ARGUMENTATIVA

Según la información obtenida a partir de las entrevistas realizadas, la exploración psicopatológica, el análisis funcional de los problemas más relevantes, y los resultados de la entrevista semiestructurada; Así mismo, mediante la revisión de bibliografía científica tomada en consideración como relevantes para el análisis de este caso, se ha podido obtener información acerca de la relación causal entre, acontecimientos traumáticos que amenazan la integridad física y trastornos psicológicos clínicos. Esto con el fin de verificar si se está ante una situación problemática ya estudiada desde el ámbito de la ciencia de la psicología, psiquiatría entre otros. Dando como resultado la existencia causal entre el evento ocurrido para el día 5 de junio de 2017 cuando perdió la vida YECID LOAIZA LARRAHONDO y la leve perturbación del estado de ánimo el señor Milton Cesar Cerón Larrahondo

6. CONCLUSIONES

La etiología de dicha manifestaciones psicológicas leve perturbación del estado de ánimo se ubica, verosímilmente, en la influencia directa de un evento traumático derivado del suceso ocurrido para el día 5 de Junio del 2017 exclusivamente y no de otra causa, ya que no existen antecedentes traumáticos de otra índole en la evaluada, por ejemplo abusos físicos, psicológicos, sexuales, agresiones intrafamiliares, accidentes, algún tipo de

catástrofes, que dieran lugar como consecuencia directa esta sintomatología depresiva y ansiosa en el evaluado el señor Milton Cesar Cerón Larrahondo

Elaborado por:

_____

MARÍA DEL MAR PUYO MUÑOZ
C.C. 25277803 de Popayán
Tarjeta Profesional 109633

ANEXOS CERTIFICACIONES PROFESIONAL QUE ELABORA EL INFORME

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

María del Mar Puyo Muñoz

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 25'277.803 DE POPAYÁN

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

PSICÓLOGO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma
en Santafé de Bogotá el día 4 de diciembre de 2002

Juan Carlos Hing Soto
Rector

Rector Honorario

Director Académico

Decano de Facultad

Director Seccional

Secretario General

Registros y Diplom

Anotado al folio No. 1786 Del libro de Registros y Diplomas No. 03

Refrendado en Santafé de Bogotá el día 17 de Noviembre de 20

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

CEDULA DE CIUDADANIA Nº 25'277.803 DE POPAYAN

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ESPECIALISTA
EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Bogotá, el día 12 de febrero de 2.010

María del Mar Puyo M. Psicóloga. RP 109633.