



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN
BAJO EL MODELO GESTÁLTICO EN UN PACIENTE CON
FIBROMIALGIA

PRESENTADA POR
CLAUDIA LUZ FERNANDA VALLEJOS LEON

ASESOR
DAVID TITO REYES CALLAHUACHO

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN BAJO EL
MODELO GESTÁLTICO EN UN PACIENTE CON FIBROMIALGIA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA DE PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
CLAUDIA LUZ FERNANDA VALLEJOS LEON**

**ASESOR
Mg. DAVID TITO REYES CALLAHUACHO
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7424-9261>**

**LIMA, PERÚ
2021**

Dedicatoria

En primer lugar, a Dios, porque me ha demostrado que está conmigo siempre, guiando y acompañando mis pasos, a mis ángeles que siempre me acompañan a donde voy y finalmente pero no menos importante a mis padres, que siempre me apoyan en todas las decisiones que tomo, dándome su apoyo.

Agradecimiento

A los profesores: David Reyes y David Rojas

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCION	6
I. MARCO TEÓRICO	8
1.1 Depresion	8
1.2 La Fibromialgia	10
1.3. Depresión y fibromialgia	11
1.4. Tratamiento de la depresión asociada a la fibromialgia	12
1.5. Terapia Gestalt	14
II. PRESENTACIÓN DEL CASO	17
2.1. Datos de Filiación	17
2.2. Motivo de Consulta	17
2.3. Procedimiento de evaluación	188
2.4. Informe Psicológico	211
2.5. Identificación del problema	26
III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	288
3.1. Especificación de los objetivos de tratamiento	288
3.2. Diseño de estrategias de tratamiento o de intervención.	288
3.3. Aplicación del tratamiento.	30
IV. RESULTADOS	38
V. RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	47

5.1	Resumen	47
5.2	Conclusiones	48
5.3	Recomendaciones	48
	REFERENCIAS	49
	ANEXOS	57

Introducción

Los pacientes que presentan dolor muscular diagnosticados con fibromialgia son derivados por los diferentes servicios de atención primaria a las áreas de psiquiatría y psicología para una atención especializada; sin embargo, aún no existen protocolos definitivos para el manejo de esta dolencia y el tratamiento generalmente se dirige a las manifestaciones psicopatológicas concomitantes, pero no específicamente a incrementar el nivel de afrontamiento de los pacientes y a mejorar su calidad de vida (Grau, 2017; León et al., 2019).

Usualmente, estos casos llegan al Departamento de Psicología luego de haber sido atendidos y remitidos a diferentes especialidades como Traumatología, Endocrinología, Neurología; y por último, al Servicio de Reumatología, quien los deriva para valorar los principales detonantes de los síntomas psicológicos presentes; por lo general, depresión, temor y frustración ante el rechazo generado por la incomprensión de la dolencia, sumado a que en la actualidad no existe una prueba diagnóstica específica para estos casos, por lo que algunos médicos concluyen que el dolor no es real, afectándose así la credibilidad de estas personas ante los demás.

El presente estudio de caso tiene como objetivo el abordaje psicoterapéutico de una paciente con diagnóstico de fibromialgia, un cuadro donde la depresión es bastante frecuente y afecta tanto las esferas biológica, psicológica e incluso social de los pacientes, siendo el dolor crónico el eje axial que la caracteriza.

Existe variedad de tratamientos psicológicos que abordan la fibromialgia desde la perspectiva emocional, pues diversas investigaciones hacen referencia de la conexión existente entre las emociones y salud. En ese sentido, el enfoque humanista de la terapia Gestalt resulta un eficaz abordaje terapéutico para estas pacientes, precisamente porque se fundamenta en las emociones y está enriquecido por una filosofía de la vida donde prima la conciencia (darse cuenta) de la propia responsabilidad de los procesos en curso y la confianza en la sabiduría intrínseca del

organismo (la persona total que somos), lo cual puede encaminar la autorregulación adecuada en un medio cambiante (Mónaco, et al., 2017).

El presente estudio comprende cuatro capítulos: marco teórico, presentación del caso, programa de intervención y resultados. Finalmente se anotan las referencias y evidencias del caso.

Marco Teórico

1.1. Depresión

La depresión es la causa principal de discapacidad a nivel mundial pues más de 350 millones de individuos la sufren y la mayoría de ellos no reciben tratamiento pese a que existen esquemas terapéuticos para ello (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006; Navarro Loli, et al., 2017; Piñar, et al., 2020; Sosa, 2020)

La depresión ha sido definida generalmente como un estado de tristeza patológico (Calvillo, 2014). Su comprensión teórica requiere diferenciar lo que es depresión endógena y depresión por desesperanza; en el primer caso, se atribuye como causa primaria a factores biológicos o somáticos más que a factores situacionales por lo que sus síntomas son disminución de apetito, sueño, dilación psicomotora principalmente; mientras que en el segundo caso, se trata más bien de factores subjetivos, pues su manifestación es resultante de los estilos atribucionales negativos sumado a acontecimientos vitales también negativos, siendo sus síntomas apatía, falta de energía y sentimientos de desesperanza (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003).

Desde la perspectiva expuesta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (párrafo, 1). En la misma línea Gonzales, et al. (2018), comentan que la depresión es identificada cuando se presenta, al menos con dos semanas, un estado de ánimo deprimido y con pérdida de interés para realizar actividades, sin necesidad de ser atribuible a otras condiciones médicas.

Londoño & Gonzales (2016) indican que la depresión es multicausal, lo que quiere decir que en su manifestación existen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales lo que indica que no solo puede desarrollarse de manera genética, sino que también influyen mucho las experiencias vividas por el individuo.

Según el DSM-V los criterios de diagnóstico la depresión es:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u

otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

1.2. La fibromialgia

Fibromialgia significa "dolor en los músculos, ligamentos y tendones" (López y Mingote, 2008, p. 348). Esta es caracterizada por dolor músculo-esquelético con ansiedad, depresión, aumento de la sensibilidad, trastornos del sueño, fatiga crónica y alteraciones en el estado de ánimo (León, 2018; Vásquez, 2015). Por su parte, Cabo, et al (2017) explica que la característica principal de la fibromialgia es el dolor musculoesquelético el cual se presenta generalmente entre los 20-55 años y junto a ellos se encuentran trastornos como la alteración del sueño, disfunción cognitiva y fatiga, colon irritable, así como disfunción temporomandibular, etc., formando así parte de un espectro de síntomas que a menudo se clasifican como trastornos funcionales.

La fibromialgia (FM) es un problema de salud mucho más frecuente de lo que parece por lo que su elevada prevalencia en todos los países del mundo (Branco, et al., 2010); solo en los EE.UU., la fibromialgia es el segundo problema de salud más frecuentemente que ha sido visto por los reumatólogos, y se estima que afecta a más de 5 millones de personas en este país (Walitt, et al., 2016). Además, los costos de su tratamiento son altos por su difícil diagnóstico y manejo; el deterioro de la capacidad funcional y de la calidad de vida afecta no solo al paciente, sino también a la familia y aquellos con quienes mantiene algún tipo de vínculo (León y Loza, 2015). Por otro lado, su incidencia es mayor en la población femenina puesto que al parecer, tienden a ser más vulnerables ante las emociones (Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres, 2016).

1.3. Depresión y fibromialgia

Arango y Rincón (2018) han evidenciado que la depresión está asociada al dolor crónico resultante de la fibromialgia, considerando a este como predictor de la depresión mayor o empeoramiento de los síntomas, lo que causa que el paciente se vea afectado en diversas áreas funcionales. Al respecto, León (2012) refirió que los pacientes con fibromialgia tienden a padecer de dolor crónico significativo y que muchas de ellas se incrementan por la calidad de vida que llevan; a su vez, presentan una psicopatología depresiva que las conduce a una mala calidad de vida, lo que a su vez interfiere en la manera como gestionan sus actividades (Sánchez, 2010). Por su parte, Goldemberg (1999) mencionó que la fibromialgia es una consecuencia de la depresión; es decir, que la depresión se antepone, en la mayoría de los casos, a la fibromialgia e incluso aparecen historias familiares con antecedentes de depresión.

La depresión es un estado de ánimo negativo que reduce las capacidades y deseos de enfrentarse con cualquier situación y ante la vida cotidiana y ello hace que el paciente se halle más vulnerables al dolor, de ahí la interrelación entre depresión y fibromialgia (Paulino, Revuelta y Segura, 2010). De ese modo, los pacientes con fibromialgia suelen presentar síntomas afectivos como disforia (ánimo depresivo con sensación de malestar general, mostrándose irritados, enfadados, pesimistas), anhedonia (disminución o incapacidad para obtener placer), ansiedad, angustia, irritabilidad y apatía; también presentan síntomas cognitivos como enlentecimiento del curso del pensamiento (bradipsiquia), la cual se caracteriza por ser negativista, pesimista, con excesivas preocupaciones, aparecen también sentimientos de desesperanza, inutilidad, baja autoestima, que suele remitir al mejorar el estado del ánimo. (Moreno et al., 2010).

Mestre (2013) refirió que la fibromialgia es la enfermedad de las emociones que no han podido ser expresadas en su momento. Según Vidal (2015) la anulación de una acción hace

que los pensamientos y las emociones se repriman quedándose bloqueadas en forma de tensión, la cual después se manifiesta mediante el dolor y gran variedad de síntomas, pasando a formarse un dolor crónico si es que no se llega a tratar a tiempo. Como indica la valiente, m. (2017) para deteriorar la salud tan solo se necesita que se intensifiquen los niveles de activación fisiológica, lo cual se da cuando las reacciones emocionales permanecen en el tiempo, es decir, la activación del sistema nervioso autónomo con elevación de la frecuencia cardíaca, hipertensión arterial, aumento de la tensión muscular, disfunción central de la neurotransmisión, activación del eje hipotalámico-hipofisario-cortico suprarrenal con perturbación de ritmos circadianos de cortisol etc. Puede estar asociada a un cierto grado de inmunosupresión, lo que eleva la vulnerabilidad frente al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico.

1.4. Tratamiento de la depresión asociada a la fibromialgia

El abordaje de la depresión asociada a fibromialgia, han evolucionado desde un modelo psicopatológico-psiquiátrico a un modelo biopsicosocial que abordan la esfera emocional, los pensamientos automáticos negativos y las situaciones estresantes, señalándose que las emociones y los afrontamientos intervinientes juegan un papel importante que previenen el deterioro de la calidad de vida de los pacientes (León, 2018); pues, mientras la persona con dolor crónico presenta más sensaciones y pensamientos negativos, el manejo que tendrá frente al dolor será nulo, lo que conllevará a que incremente la sintomatología y un deterioro constante de su salud (Vidal, 2015).

La fibromialgia tiene un componente emocional alto, estrechamente relacionado con trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los más frecuentes, la depresión y la ansiedad, las cuales a su vez agravan la enfermedad. Ello implica que el abordaje terapéutico de la

depresión en casos de fibromialgia debe estar enfocado a las emociones tanto en su función social como emocional. La función social ayuda a facilitar la interacción social, permitiendo la comunicación de los estados afectivos y promoviendo la conducta prosocial, mientras que la función motivacional es la encargada de energizar una conducta motivada, aquella caracterizada por poseer dirección e intensidad (Valiente, 2017).

Al respecto, Lyubomirsky y Diener (2005) plantearon el uso de las emociones positivas para poder prevenir enfermedades, así mismo reducir su intensidad y duración hasta alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo. Al respecto, Fredrickson (2001) afirmó que las emociones positivas como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia ayudan a ampliar la suma de pensamientos y de acción de las personas, construyendo así reservas de recursos intelectuales, psicológicos, físicos y sociales, los cuales están disponibles al momento de alguna crisis.

A su vez Gonzales, et al. (2010), han evidenciado que, si la experiencia dolorosa es aceptada, se asocia a una reducción del dolor, del cansancio, la ansiedad y depresión, por ende, la calidad de vida mejora al igual que el ajuste psicológico, a diferencia de los que afrontan la vivencia por medio de la evitación.

Los enfoques terapéuticos son dirigidos principalmente a la emoción o la cognición. La terapia Gestalt se orienta a la relación y al proceso de reflexión sobre las emociones y sus significados (Elliot & Greenberg, 2017); mientras que la terapia cognitivo-conductual promueve la mejora de aspectos de autoeficacia al adecuar estrategias de afrontamiento de los síntomas.

Para fines del presente caso se considera la terapia Gestalt como medio terapéutico pues está dirigida a la emoción, lo cual justamente es el componente principal de la depresión asociada a fibromialgia.

1.5. Terapia Gestalt

El tipo de terapia Gestalt se fundamenta en la psicología humanista que considera al ser humano como un todo que está expuesto a múltiples factores los cuales afectan su salud mental, crecimiento personal y su autorrealización, pues en ellas se centran aspectos interrelacionados como las emociones, el cuerpo, los sentimientos, la conducta, los pensamientos, etc. (Polster 2001).

La escuela gestalt propuestos por Perls (1974) refieren que la mente es activa, puesto que no acepta pasivamente lo que percibe, sino que busca constantemente significados frente a estímulos del exterior.

Es Fritz Perls en la década de 1940, quien comenzó a desarrollar la terapia gestalt. Este autor refiere que cada uno tiene su propia verdad y se centra en el potencial creativo que cada sujeto presenta, enfatizaba que la percepción es la clave de la realidad y uno mismo es el responsable de cambiarla. El objetivo de este tipo de terapia es ayudar al paciente en su totalidad, haciéndolo más consciente de cómo ha llegado hasta el punto en el que se encuentra y que otras opciones tiene para afrontar el mundo. Perls (2000).

Alegre, et al. (2010) considera que las personas tienen suficientes estrategias y habilidades para enfrentar situaciones que generan carga emocional; y en condiciones naturales es muy poco probable que causen algún daño; sin embargo, si no hay presencia de estas habilidades la persona puede verse desbordada por una situación que probablemente sólo es insuperable desde su propia percepción. (Fredrickson, 2001).

La metodología gestáltica implica el uso de estrategias terapéuticas específicas (Salamá, 2008)

Fase 1: Reposo

Es aquí donde se da el inicio de una nueva experiencia basada en alguna necesidad. Muchas veces las personas no son conscientes que algunas experiencias ya sean positivas o negativas van a repercutir en su estilo de vida. Es cuando la paciente ha tenido experiencias negativas de las cuales no se ha dado cuenta que tienen vinculación con los síntomas que presenta.

Fase 2: Sensación

Identificación de la tensión de algo que aún no se conoce. Es el momento en el que identifica que algo malo le sucede, pero no saben qué es exactamente. Identifica sus síntomas, pero no conoce la causa de estos.

Fase 3: Formación de la figura

Ya se logra identificar lo que se necesita satisfacer, es más consciente de la sensación. En esta fase ya logran identificar qué es lo que les sucede; es cuando la paciente identifica que algunos pensamientos que tiene generan inestabilidad e incrementan la manifestación de sus síntomas.

Fase 4: Energización

Se reúne la energía para llevar a cabo la acción. En esta fase es cuando ya se empieza a buscar ayuda externa, sin embargo, aún no hay un proceso de trabajo.

Fase 5: Acción

Cuando se da el paso a la parte activa, se da el movimiento hacia lo que se tiene que relacionar. Una vez encontrada la ayuda empieza a tomar medidas para contrarrestar las dificultades que está presentando.

Fase 6: Pre contacto

Se identifica lo que se tiene que contactar, se dirige hacia ello. La persona identifica aquello que le molesta realmente.

Fase 7: Contacto

Se establece el contacto con la necesidad principal. Toma contacto con la molestia real y toma

medidas para resolverlo.

Fase 8: Post contacto

Una vez dado el contacto se da el proceso de asimilación y descanso y se inicia un nuevo ciclo.

En esta última fase la paciente se da cuenta de los resultados positivos que tiene. La paciente entra en proceso de recuperación.

II. Presentación del Caso

2.1 Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	: Rosa
Fecha y lugar de nacimiento	: Arequipa 16/06/54
Procedencia	: Los Olivos
Edad	: 64 años
Grado de instrucción	: Superior incompleta
Estado Civil	: Viuda
Ocupación	: Ama de casa
Informante	: Paciente
Responsable	: Claudia Vallejos

2.2 Motivo de Consulta

La paciente acudió al servicio de Psicología, derivado del servicio de Reumatología, para evaluación y tratamiento psicológico porque sugiere la existencia de algún componente psicológico que exacerba los síntomas de dolor.

La paciente manifestó presentar dolor en todo el cuerpo desde hace 2 años. Refirió: "empezó con un dolor intenso de cabeza como si tuviera electricidad dentro, no calmaba con nada ni podía hacer nada, nadie me creía,...pensaban en mi familia que exageraba, ya que todos los exámenes que me hicieron en el hospital salieron negativos; al día de hoy el dolor ha aumentado y ha avanzado hacia hombros, brazos, manos, las rodillas, me quema y me arde, no me deja hacer nada, y hay días que ni puedo peinarme, no puedo dormir, me despierto muchas veces en las noches, y en la mañana cuando me despierto

me duelen las piernas, y me siento muy cansada que no quiero levantarme, mis dedos de la mano están duras”.

Este estado le imposibilita dormir, disminuir su apetito, reducir sus actividades diarias, así como la frecuencia para reunirse con sus amistades. Presenta sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos de muerte recurrentes y preferencia por la soledad.

Hay que destacar que durante el relato que brindó la paciente se vio interrumpido por el llanto en diversas ocasiones, manifestando que sus problemas se deben por el escaso apoyo de su familia.

2.3 Procedimiento de evaluación

Paciente asistió a consulta con puntualidad, durante el proceso de evaluación, manejó un lenguaje espontáneo, fluido y coherente con tono de voz alto y establece contacto visual, se mostró colaborativa en todo momento. La evaluación consistió en entrevistas para recabar la historia personal y familiar, observación clínica durante el examen mental y aplicación de test psicológicos. Las pruebas que se le tomaron fueron: la escala visual análoga para poder medir el grado de dolor que la paciente presentaba en ese momento; el inventario de depresión de Beck para poder determinar el grado de depresión; la escala de felicidad de Alarcón y finalmente la escala de ansiedad estado-rasgo.

Historia Personal

La paciente proviene de un hogar integrado por sus padres y 6 hermanos, donde ocupa el segundo lugar. Nació a los 9 meses sin mayor problema, manifiesta haber sido una niña tranquila.

A los 9 años enfermó de hepatitis “A”; Durante su época de escolaridad tuvo un aprovechamiento bueno, le gustaba estudiar, sin embargo, tenía pocos amigos, “era muy introvertida” y no socializaba mucho.

A los 10 años manifestó una experiencia traumatizante en su vida con el hermano de su padre, su tío, quien pernoctaba los fines de semana en su casa. Rosa menciona que en varias ocasiones sintió a su tío ingresar a su habitación, pararse al costado de su cama, ver que la destapaba y la tocaba, ella se quedaba en silencio y solo observaba la situación; no se lo contó a su madre hasta los 21 años cuando él falleció.

Su dinámica familiar se caracterizó por tener padres autoritarios, poca comunicación entre padres e hijos y entre los hermanos; con quien sí tuvo un poco de confianza fue con la madre. Vivió con sus padres hasta los 16 años, comenzó a trabajar en la empresa, en el negocio de su padre.

A los 17 años pensó que era homosexual porque le atraían las mujeres, sin embargo, nunca tuvo una experiencia con alguien del mismo sexo. A los 22 años se casó y manifiesta que el esposo la agredía física y psicológicamente. A la edad de 23 años ingreso a la carrera de Economía, pero no la terminó por su embarazo de alto riesgo.

Historia familiar

El padre era comerciante y falleció hace 4 años. Era de carácter rígido, dominante, agresivo, violento, “nunca lo he visto sonreír” –mencionó-, insensible. La madre tenía una personalidad dependiente, de carácter fuerte, falleció hace 6 años. La relación con sus padres siempre ha sido distante porque ambos eran violentos, autoritarios y de carácter fuerte, sobre todo el padre. Ella es la segunda de 6 hermanos, con quienes siempre mantuvo una buena relación, pero poca comunicación cuando han vivido juntos; sin

embargo, hoy en día a pesar de que ellos están fuera del país, la comunicación con ellos hasta la actualidad es buena.

Examen mental

Paciente presenta adecuado aliño y aseo personal, no aparenta su edad cronológica (56 años), viste con sencillez, su arreglo personal demuestra sobriedad en la vestimenta.

La expresión facial denota preocupación y tristeza con tendencia al llanto, sobre todo cuando se refería a su historia personal. Su postura corporal fue algo encorvada, y las manos reposaban entrecruzadas en el regazo realizando movimientos de frotarse y apretarse los dedos; lo cual pudo denotar ansiedad.

La paciente, asistió a las citas previamente establecidas con puntualidad, mostrándose colaboradora, atenta, cumplida con las actividades.

Durante el desarrollo de los exámenes Rosa demostró inseguridad para dar respuestas demorando en la realización de estas, presentando además sudoración palmar.

El lenguaje de la examinada se caracterizó por su coherencia y fluidez al inicio de la evaluación; lo cual se redujo al momento de profundizar en el área personal. Tuvo algunas pausas y vacilaciones que alteraron el curso de su comunicación, usando un tono de voz bajo durante esas circunstancias.

En cuanto al aspecto de conciencia; se puede observar que conoce de sí misma, de su enfermedad y de su propia realidad; se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona.

Presenta dificultades en sus niveles de atención y concentración pues se distrae con facilidad. Su nivel de memoria se halla bastante disminuido, sobre todo para recordar eventos recientes (personales y generales) lo cual puede reducir sus actividades

cotidianas. Su percepción se encuentra conservada, en vista que reconoce estímulos en función a esquemas o imágenes conservadas en su memoria.

Presenta sentimientos de culpa cuyos contenidos están centrados en las necesidades de su nieto y las creencias relacionadas a ella; también se observan signos de ansiedad y sintomatología depresiva que se encuentran relacionada a contenidos referentes a situaciones al fallecimiento del esposo e hija, sumado al estado de salud en que se encuentra. También presenta sentimientos de angustia, manifestando sentirse incomprendida por los médicos, provocando reacciones de rechazo e incomunicación.

Presenta dificultad para conciliar el sueño, con varios episodios de vigilia durante el descanso; por lo general duerme entre 3 y 4 horas diarias. El apetito ha disminuido, refiere haber bajado de peso 6 kilos.

2.4 Informe Psicológico

Apellidos y Nombres	: Rosa
Fecha y lugar de nacimiento	: 16/06/54, Arequipa
Procedencia	: Los Olivos
Edad	: 64 años
Grado de instrucción	: Superior incompleta
Estado Civil	: Viuda
Ocupación	: Ama de casa
Informante	: Paciente
Responsable	: Claudia Vallejos

Motivo de consulta

Paciente que acude al servicio de Psicología, derivado del servicio de Reumatología, para evaluación y tratamiento psicológico.

Refirió presentar dolores en todo el cuerpo y que nadie creía lo que tenía, que todo es mentira, “tengo mucho miedo a que me pase algo trágico, que este sola, porque así paro en casa...sola. Desde hace 2 años, comenzó el dolor con un dolor intenso de cabeza como si tuviera electricidad, no calmaba con nada”. Y hoy en día refirió que el dolor se ha incrementado hacia los brazos, las manos, rodillas, los hombros; esto era todos los días, cito: “me quema y me arde, no me deja hacer nada, y hay días que ni puedo peinarme, no puedo conciliar el sueño, me despierto muchas veces para buscar una posición para aliviar el dolor”.

El dolor, refirió la paciente, es diario y su intensidad según la Escala Visual Análoga (EVA) oscilaba entre 8 a 10, siendo esta última la anotación que refleja mayor severidad. Acudió a diferentes médicos, pero nadie le dio un diagnóstico, las medicinas solo calman un momento, volviendo a presentarse el dolor con mayor intensidad.

Además, presentó dificultades para conciliar el sueño: “...me despierto constantemente por los dolores”.

Señaló que hace 2 años murió su esposo y hace aproximadamente 6 meses tuvo un accidente donde falleció la mamá de su nieto que era su única hija. El padre de su nieto no se hizo cargo de él cuando esto ocurrió. Desde el accidente ella indica haberse sentido culpable por la muerte de su hija. Comentó también que tiene problemas con su nieto de 17 años, el cual está bajo su cuidado, indicó que es rebelde, no le hace caso, no quiere estudiar, sale sin pedir permiso, llega a la hora que quiere y además ha intentado agredirla.

También refirió tener problemas con la pareja de su hija porque no cumplía con los pagos que acordaron para la casa, ellos viven con ella; toda esta dinámica familiar ocasionaba que se sienta mal, sola, incomprendida, con problemas para dormir, triste.

Observaciones generales y de conducta

Paciente que asistió a consulta con puntualidad. Es de tez trigueña, estatura promedio, contextura gruesa, de cabello corto y aparenta ser mayor a su edad cronológica, se mostró con vestimenta acorde a la estación y adecuado arreglo y aseo personal. Su marcha fue lenta y caminaba con apoyo. Se encontraba lúcida, orientada en tiempo, lugar y persona, mostró una postura encorvada.

Durante el proceso de evaluación, manejó un lenguaje espontáneo, fluido y coherente con tono de voz alto y establece contacto visual. Llanto al momento de relatar lo sucedido así mismo alegó que no siente el apoyo de su familia.

Emocionalmente se mostró insegura; suele mantener características emocionales polarizadas, experimentando por un lado ira intensa que desencadena en una pérdida de control emocional, especialmente cuando se siente frustrada o decepcionada, hasta tendencia a inhibir sus respuestas emocionales negativas, especialmente las asociadas al dolor y la tristeza

Técnicas e instrumentos utilizados para la evaluación psicológica

- Entrevista Psicológica
- Escala Visual Análoga
- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de la felicidad
- Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo

Interpretación de los resultados

Según la entrevista psicológica la paciente impresionó tener un nivel intelectual normal promedio. Denotó orientación temporal, espacial y personal dentro de los parámetros normales y capacidad cognitiva conservada. Presenta fuertes dolores corporales; con sentimientos de culpa e inutilidad por fallecimiento de esposo e hija; incomprendida por personas de su entorno y personal asistencial; con dificultades de conciliar el sueño y bajo apetito; lo que ocasiona inestabilidad en el estado ánimo, mostrándose hostil en las relaciones interpersonales. Percibe a su ambiente amenazante por lo que actúa de manera antisocial, carece de empatía y muestra poco interés en construir lazos personales profundos ya que aparenta ser una persona rígida, muchas veces se muestra indiferente al bienestar de otros.

Según la observación clínica muestra retraimiento, angustia y culpa que desencadena episodios de llanto frecuente; dificultad para concentrarse durante sus actividades.

La escala visual análoga refiere un dolor 8 de 10 puntos en diferentes partes del cuerpo, lo que genera en ella incapacidad para poder realizar actividades diarias, mal humor, y desgano

La prueba de la escala de felicidad muestra un puntaje de 57, lo que significa que presenta muy baja felicidad. Esto hace que la percepción de pérdida y abandono provoca que experimente sentimientos de soledad, ideas suicidas y estados depresivos. Así mismo, se encuentra en búsqueda de la aprobación de las personas y cuando es rechazada reacciona con desánimo y tristeza, tendencia a aislarse de los demás.

Según el cuestionario ansiedad, presenta un nivel promedio de ansiedad rasgo y un moderado nivel de ansiedad estado, lo que implica que la fuente del nivel ansiedad es situacional, pues percibe diversas situaciones adversas.

Según el inventario de depresión de Beck obtuvo un puntaje de 27 lo que significa que presenta un grado de depresión moderado.

Conclusiones

La paciente denota labilidad emocional con sentimientos de intranquilidad y melancolía, mostrando preocupación constante por la situación que afronta con su familia a lo que se suma pensamiento contenidos que elevan los sentimientos de culpa, desesperanza, inutilidad y baja autoestima.

Los dolores corporales cada vez que empieza la emoción vulnerable. Se le hace muy difícil eliminar los pensamientos constantes de culpa que aparecen a diario, lo que hace que se siente inhabilitada para poder pararse de la cama o estar en un estado de paz y armonía; Descarga de emociones negativas, las cuales, como se mencionó en el párrafo anterior, la inhabilitan para poder hacerse cargo de ella misma, generando pensamientos negativos, culpa y deseos de morir.

Los indicadores depresivos, se ven reflejados en su escasa concentración de la atención y en la disminución de la memoria, los cuales se encuentran interfiriendo en vida normal. También se observa que sus emociones se reflejan en estados de tensión constante, producto de sus pensamientos distorsionados, creándole temores frecuentemente, a lo que suma sus dificultades para conciliar el sueño y bajo apetito.

Sugerencias y recomendaciones

- Psicoterapia individual en donde se trabajen los siguientes puntos:
 - o Pensamientos negativos ligados a las emociones negativas que presenta
 - o Aprender a manejar el dolor que están ligados a las emociones negativas que presenta.
 - o Resolver las situaciones que le generan culpa como los fallecimientos de ambos parientes
 - o Mejorar la comunicación con su nieto.
- Citar a la familia, porque es importante que ellos conozcan sobre los efectos que causa la enfermedad sobre cada uno de sus miembros, además de la necesidad del apoyo en la terapia de Rosa.

2.5 Identificación del problema

La paciente atraviesa un estado depresivo porque cumple los siguientes criterios diagnósticos según el DSM –V:

- Disminución del apetito. Usualmente solo come una vez al día o entre horas algunas meriendas.
- Sentimientos de intranquilidad tristeza y melancolía. A diario expresa su dolor por el fallecimiento de su hija y esposo.
- Preocupación constante. Le preocupa mucho los dolores corporales que presenta a diario; de esta misma manera, la falta de comunicación que tiene con el nieto.

- Disminución de la memoria. Se olvida constantemente lo que tiene que hacer o donde se encuentran algunas cosas.
- Dificultad para conciliar el sueño. Le cuesta dormir, por lo que se encuentra despierta durante horas, o en todo caso se despierta cada 2 o 3 horas

III. Programa De Intervención Terapéutica

3.1. Especificación de Los objetivos de tratamiento

Objetivo General

Disminuir las manifestaciones sintomáticas físicas y las reacciones emocionales de depresión asociada a fibromialgia que presenta la paciente a fin de mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

1. Facilitar el reconocimiento del propio estado de ánimo y su repercusión en su estilo de vida
2. Facilitar el reconocimiento del propio estado de ánimo y los síntomas que padece la paciente
3. Facilitar el reconocimiento del propio estado de ánimo y su asociación con la fibromialgia.
4. Facilitar el reconocimiento de los eventos negativos que la paciente vivenció y de qué manera estos fueron los detonantes para que los dolores que presenta ahora se incrementen.
5. Facilitar la identificación de los eventos pasados que la llevan a tener pensamientos rígidos con respecto a su dolencia.
6. Facilitar la aceptación de la realidad de su presente evitando rehuir ante él.
7. Educarse en que otras maneras de solución a problemas existen.
8. Enfrentar el evento traumático para poder sanar heridas pasadas y así tener un mejor presente.
9. Fortalecer y mejorar las estrategias de comunicación que ya presenta.

3.2. Diseño de estrategias de tratamiento o de intervención.

La intervención sigue la perspectiva gestáltica para su desarrollo en vista que toma en cuenta las ocho fases de su estrategia: Reposo, Sensación, Formación de la figura, Energización, Acción, Pre contacto, Contacto, Post contacto.

De ese modo se estructuran 8 sesiones terapéuticas, más 3 sesiones de seguimiento.

Lo que se pretende conseguir con este tratamiento es que la paciente pueda encontrar en ella misma las herramientas para poder afrontar los malestares físicos y emocionales que ella presenta.

A continuación, se describe cada una de las sesiones:

Sesión 1: Fase de reposo

Denominación: “Dialogo con el síntoma”.

Propósito: Que la paciente reconozca que presenta una alteración en el estado de ánimo asociada a la fibromialgia.

Sesión 2: Fase de sensación

Denominación: “Invirtiendo características dominantes”.

Propósito: Que la paciente logre identificar cual es el problema principal que presenta.

Sesión 3: Fase de formación de la figura

Denominación: “Técnica de pensamientos”.

Propósito: Que la paciente logre identificar los pensamientos que realmente le está incomodando o molestando.

Sesión 4: Fase de energización

Denominación: “Escuchándose a sí mismo”

Propósito: Que la paciente identifique pensamientos relacionados a los eventos que presentó en el pasado.

Sesión 5: Fase de Acción

Denominación: “Contacto con el síntoma y dialogo con las manos”.

Propósito: Que la paciente identifique y se conecte con el evento que le causa incomodidad.

Sesión 6: Fase de pre-contacto

Denominación: “Fortalezas y debilidades”.

Propósito: Que la paciente aprenda nuevas formas de observar el evento que le causa incomodidad.

Sesión 7: Fase de Contacto

Denominación: “Silla Vacía”.

Propósito: Que la paciente vuelva a vivir el evento de incomodidad, resolviendo situaciones inconclusas

Sesión 8: Fase de post-contacto

Denominación: “Comunicación asertiva”

Propósito: Que la paciente termina su ciclo con el evento que le generaba incomodidad.

3.3. Aplicación Del Tratamiento.

Sesión 1: Fase de reposo

Denominación: “Dialogo con el síntoma”.

Propósito: Que la paciente reconozca que presenta una alteración en el estado de ánimo asociada a la fibromialgia.

Descripción: Se realiza un ejercicio de visualización con la siguiente consigna:

Cerramos los ojos y le voy a pedir que piense en algún síntoma físico que le está preocupando ahora... Si no siente ningún síntoma piense en alguna incomodidad que con frecuencia lo está preocupando, y recree la sensación de ese malestar.

Ponga su atención a ese síntoma y tome una conciencia más detallada de lo que está sintiendo... ¿Qué partes de su cuerpo están afectadas? ¿Cuáles son las sensaciones que siente en cada parte?... Preste atención a las sensaciones que le generan dolor y tensión... acepte completamente todo el malestar que siente, y hágase consciente de este... ahora

trate de incrementar ese síntoma y tome conciencia de cómo incrementa... y vea ahora si puede reducirlo librándose de él de algún modo... muy bien. ahora te voy a pedir que te conviertas en ese síntoma... ¿Cómo eres tu siendo síntoma?... ¿Cuáles son tus características? ...Háblele ahora a esta persona y dígame lo que le hace sentir como síntoma, ¿qué es lo que le dice?... ¿Cómo se siente?...

Ahora sea usted mismo nuevamente y respóndale al síntoma... ¿Qué le contesta y cómo se siente mientras responde?... volvemos a convertirnos en síntoma y conitnuamos el diálogo...

¿Cómo te sientes ahora siendo síntoma?... dile a esta persona qué estás haciendo por él...¿Qué le estas ayudando a evitar?...

Nos convertimos nuevamente en ti misma otra vez. ¿Qué respondes ahora?... y trata de identificar que puedes aprender de cada uno mientras continua el diálogo... Mantén los ojos cerrados y recapacita en silencio sobre esta experiencia... Ahora abre los ojos y cuéntame la experiencia en primera persona del presente, como si estuviera sucediendo ahora.

Sesión 2: Fase de sensación

Denominación: “Invirtiendo características dominantes”.

Propósito: Que la paciente logre identificar cual es el problema principal que presenta.

Descripción: Después de la entrevista respectiva y las conclusiones de la semana pasada pasamos al siguiente ejercicio:

Piensa en dos o tres adjetivos que usarías para describir cómo eres, dos o tres palabras que mejor expresen la opinión que tienes de ti mismo... Tomate unos segundos en decidir cuáles serán esas palabras... Piensa ahora en los antónimos u opuestos de esas palabras...

conviértete en una persona que tenga esas características opuestas y Descríbete... ¿Cómo eres?... ¿Cómo te sientes siendo esa persona?... ¿Cómo es tu vida?... ¿Qué te gusta y qué te disgusta respecto de ser esa persona?... tomate el tiempo de ser esa persona... Ahora se tu misma nuevamente y compara la experiencia de ser esas dos personas.

Sesión 3: Fase de formación de la figura

Denominación: “Técnica de pensamientos”.

Propósito: Que la paciente logre identificar los pensamientos que realmente le está incomodando o molestando.

Descripción: En esta sesión la paciente refiere sentirse “con mayor consciencia de las cosas” y comunica su deseo de salir de esta situación y mejorar. Se le brinda la siguiente indicación:

Toma conciencia de cualquier pensamiento, palabra o imagen que pasa por tu cabeza... Ahora imagina que estás en un cuarto amplio con dos portales muy grandes, pero en paredes opuestas.

Ahora imagina que tus pensamientos e imágenes entran al cuarto a través de un portal y luego salen del cuarto por el otro portal. observa simplemente tus pensamientos mientras entran al cuarto, permanecen ahí durante un rato y luego salen... ¿Cómo son?... ¿Qué hacen mientras están en el cuarto?... ¿Cómo entran y cómo salen?... ¿Están apurados? o permanecen un rato para que los puedas ver claramente... date cuenta de qué sucede si la puerta de salida se cerrara... Ábrela de nuevo... Ahora cierra la puerta de entrada y presta atención a lo que sucedió... Ábrela nuevamente... Ahora cierre las dos puertas a la vez y atrape algunos pensamientos de los que están en el cuarto... Examínelos cuidadosamente, ¿Cómo son? ¿cómo actúan? y ¿Qué hacen?... ¿Cómo te sientes hacia esos pensamientos y cómo reaccionan esos pensamientos hacia ti?... Háblales... y deja que te respondan...

¿Qué les dices a ellos y qué responden?... Ahora conviértete en los pensamientos y continúa el diálogo... Siendo los pensamientos, ¿Cómo eres y qué haces?...

¿Cómo te siente siendo los pensamientos y qué te dices a ti misma?... Ahora nuevamente tu misma prosigue el diálogo.

Toma conciencia de la relación entre tú y esos pensamientos. Por ejemplo, si te sientes frustrada

diles a los pensamientos: "Ustedes me frustran", y observa qué responden.

Sesión 4: Fase de energización

Denominación: “Escuchándose a sí mismo”

Propósito: Que la paciente identifique pensamientos relacionados a los eventos que presentó en el pasado.

Descripción: El paciente llega a consulta refiriendo “Que el dolor incrementa mucho en momentos donde sus pensamientos son rápidos”, se le da la siguiente indicación.

Cerramos los ojos y comenzamos prestando atención a los pensamientos que dan vuelta en tu cabeza, y simplemente obsérvalos. ...a modo de murmullo vas a comenzar a pronunciar estos pensamientos, de manera suave, de modo que las palabras a penas se escuchen... vamos a decirlas un poco más fuerte... y seguimos paulatinamente diciéndolo cada vez más fuerte, de modo que alcances tu tono de voz normal.... Imagina que estás hablando con alguien... continúa diciendo tus pensamientos pon atención en lo que estas comunicando con el sonido de tu voz, ¿Cómo es tu voz?, fuerte ... débil. clara... confusa... dulce... ¿te estas quejando o esta enojada? ... esa voz. ¿te hace recordar a alguien? ¿a quién podría estar dirigidas esas palabras?... identifica a alguna persona a quien decirle estas palabras. Imagine que lo haces y toma conciencia si las palabras

calzan. ¿Cómo te siente cuando le hablas a esta persona? ...

Sesión 5: Fase de Acción

Denominación: “Contacto con el síntoma y dialogo con las manos”.

Propósito: Que la paciente identifique y se conecte con el evento que le causa incomodidad.

Descripción: Las indicaciones son:

Cerramos los ojos... mantenlos cerrados hasta que yo te indique que ya puedes abrirlos. Siéntate en una posición cómoda que te permita emplear ambas manos, vamos a tomar contacto con tu parte física... no te preocupes por lo que sucede afuera... te voy a pedir que tomes consciencia de tu cuerpo... pon tus manos sobre tus piernas de modo que te sientas cómoda .. y comenzamos... fija tu atención sobre las manos... toma contacto con ellas... ¿Qué sensaciones hay? ¿ambas pueden interactuar? ¿se llevan bien? Deja que tus manos se comiencen a mover un poco, como si estuvieran interactuando ¿Como se sienten? .. vamos a poner palabras en la conversación... imagina que te conviertes en tu mano derecha y que le hablas silenciosamente a tu mano izquierda... Como mano derecha, ¿qué le dices a la mano izquierda?... ¿Y qué responde la mano izquierda?... ¿Cómo se siente siendo la mano derecha?... ¿En qué se diferencia de la mano izquierda?... Dile a la mano izquierda en qué se diferencian... ahora te vas a identificar con tu mano izquierda. Conviértete en la mano izquierda y continúa la conversación... dile a la mano derecha cómo te sientes siendo mano izquierda y en qué se diferencian... ¿Qué dice la mano izquierda y qué le responde la mano derecha?... Conviértete nuevamente en la mano derecha, continua el diálogo entre ellas durante unos cuatro o cinco minutos, yo te avisare, sigue fijando tu atención en las manos, identifícate con una mano y siente cómo es hablar como mano a la otra mano. Cambie de una mano a la otra cuando lo desees. En caso ya

no sepas que decir en la conversación, dile a la otra mano "No sé qué decirte" o " No tengo nada que decirte" y date cuenta qué te responde la otra mano. mantén este tipo de interacción y toma conciencia de qué es lo que sucede...

Sesión 6: Fase de pre-contacto

Denominación: “Fortalezas y debilidades”.

Propósito: Que la paciente aprenda nuevas formas de observar el evento que le causa incomodidad.

Descripción: La paciente llega a consulta refiriendo que el dolor que presentaba de sus manos es cada vez menor. Se le da la siguiente indicación:

Cerramos los ojos y dirigimos la atención hacia dentro de nosotros... toma contacto con tu existencia física y te voy a pedir que mantengas una conversación en silencio entre la debilidad y la fortaleza... me gustaría que comiences la conversación siendo tú la debilidad, y le hablas directamente a la fortaleza... un ejemplo de cómo puedes comenzar sería: ... "Soy tan débil y tú tan fuerte, puedes hacer tantas cosas".... De esa manera sería un buen inicio. comienza así durante un ratito y date cuenta de cómo te sientes físicamente mientras haces eso...

Ahora vamos a cambiar de roles y nos convertimos en la fortaleza que le responde a la debilidad... ¿Qué le dices como fortaleza a la debilidad y que es lo que la debilidad responde? ¿Cómo te sientes en este rol?... muy bien ahora le vamos a decir a la debilidad que es lo que tú haces para ser fuerte... y que es lo que logras siendo fuerte... ahora cambiamos los roles nuevamente. ¿Qué le respondes a la fortaleza y cómo te sientes haciendo eso? Dille ahora a la fortaleza qué hace para que usted sea débil... ¿Qué gana siendo débil?... Cuéntale todas las ventajas de ser débil, cómo se puede utilizar la

debilidad para manejar a los otros y conseguir su ayuda, etc... Dale detalles específicos acerca de la fortaleza de su debilidad... Ahora nos convertimos nuevamente en la fortaleza y respondemos a la debilidad... ¿Qué dice como fortaleza y cómo se siente ahora?... Hable ahora acerca de la debilidad en su fortaleza... Continúe este diálogo durante un rato, alternando los roles entre debilidad y fortaleza.

Sesión 7: Fase de Contacto

Denominación: “Silla Vacía”.

Propósito: Que la paciente vuelva a vivir el evento de incomodidad, resolviendo situaciones inconclusas

Descripción: Las indicaciones son:

Se ponen dos sillas frente a frente y se le indica a la paciente que cierre los ojos, siéntese en esta silla y empecemos con la respiración, por un momento va a tomar en cuenta que frente a usted esta una persona con la que ha querido hablar hace mucho tiempo, pero no ha podido... ¿Quién es? ¿Lo logra ver? ¿Como este vestido?... ¿Como la ve a usted? ... esa persona desea oír aquello que usted quiere decirle, puede comenzar haciéndolo en tiempo presente, ¿Qué le diría?

Ahora levántese y sentémonos en esta otra silla, es usted ahora esa persona y ha escuchado todo lo que la otra persona ha tenido que decir, ¿Que piensa al respecto? ¿Qué le podría responder? ¿Como se sintió al escuchar todo aquello que le han dicho?

Levántese y continúe con la misma dinámica hasta llegar a una conclusión.

Sesión 8: Fase de post-contacto

Denominación: “Comunicación asertiva”

Propósito: Que la paciente termina su ciclo con el evento que le generaba incomodidad.

Descripción: Después de la entrevista respectiva y las conclusiones de la semana pasada pasamos al siguiente ejercicio:

Cerramos los ojos y pensamos en dos o tres adjetivos que usarías para describir cómo eres, dos o tres palabras que mejor expresen la opinión que tienes de ti mismo... Tomate unos segundos en decidir cuáles serán esas palabras... Piensa ahora en los antónimos u opuestos de esas palabras... conviértete en una persona que tenga esas características opuestas y Descríbete... ¿Cómo eres?... ¿Cómo te sientes siendo esa persona?... ¿Cómo es tu vida?... ¿Qué te gusta y qué te disgusta respecto de ser esa persona?... tomate el tiempo de ser esa persona... Ahora se tu misma nuevamente y compara la experiencia de ser esas dos personas.

IV. Resultados

4.1. Resultados General: Interpretación de resultados

Sesión 1.

Nombre de la sesión: “Dialogo con el síntoma”

Propósito: Que la paciente reconozca que presenta una alteración en el estado de ánimo asociada a la fibromialgia.

Duración: 1h30m

Materiales: No se usó material

Narrativa: Paciente llega a consulta derivada del departamento de Reumatología refiriendo que tiene muchos dolores en el cuerpo y que no sabe porque son; también comenta que no hay diagnóstico y que le han dicho que lo que tiene se llama Fibromialgia.

Se le explica a la paciente en que consiste esta enfermedad y de qué manera esta es una consecuencia también de su estado de ánimo, el manejo de pensamientos y como los eventos del pasado no resueltos pueden incrementar el dolor que presenta.

La paciente queda un poco sorprendida al tomar en cuenta que aquellos eventos que una vez decidió no hacer caso pueden repercutir de la manera en la que lo hacen ahora. Refiere que su vida no ha sido del todo buena y que le han sucedido muchas cosas malas desde que era pequeña las cuales ha decidido dejar atrás y tratar de llevar una vida positiva, pero que cree que no ha sido así ya que ahora tiene esta enfermedad. De la misma manera comenta que está decidida a querer encontrar un camino para poder curarse y que esta con muchísima disposición.

Antes de iniciar con la técnica antes mencionada se le enseña el tipo de respiración diafragmática y comenzamos con las indicaciones donde identifica cuales son los síntomas que le afectan y que quieren decirle estos síntomas a ella.

Al finalizar la técnica la paciente queda sorprendida con el ejercicio y toma en cuenta que cada uno de los síntomas referían que tenía que empezar a ser feliz, ella acepta que no lo es por los problemas actuales que está presentando.

Al finalizar la técnica Rosa se da cuenta que muchos de los dolores que presenta hoy en día quieren decirle algo que no tomaba en cuenta.

Al finalizar la sesión se le pregunta: ¿Qué es lo que aprendiste hoy? Y refiere que le parece maravilloso poder haberse comunicado con los síntomas que tenía, no creía que eso se podía hacer.

Se le deja como tarea practicar el ejercicio de respiración realizado al inicio del ejercicio.

Se retira de una manera mucho más calmada.

Resultados: Deja de pensar que el deterioro funcional es solo por la fibromialgia. Reconoce que su estado de ánimo contribuye a su deterioro.

Sesión 2

Nombre de la sesión: “Invirtiendo características dominantes”.

Propósito: Que la paciente logre identificar cual es el problema principal que presenta.

Duración: 1h30m

Materiales: Venda en ojos

Narrativa:

A la segunda sesión, la paciente llega con mejor ánimo y refiere que toda la semana los dolores se han presentado igual, pero que hacia los ejercicios de respiración y sentía que bajaba al menos un punto.

Se pregunta a la paciente en que parte del cuerpo sentía más fuerte los dolores y refirió que en las manos, sobre todo cuando tenía una discusión, ya sea con su yerno o con su nieto; en todo caso cuando pensaba en la situación que había sucedido con su esposo e hija.

Se le explica a la paciente la importancia de aprender a definir sus pensamientos y de qué manera estos repercuten en la manera de como ella se ve a sí misma ocasionando así que el dolor incrementa.

Se realiza el ejercicio antes mencionado y se le pide a la paciente que experimente sin miedo las cosas que puedan aparecer en su mente.

Durante el ejercicio la paciente llora refiriendo que es una inútil, que su vida no vale nada y que sería mejor que ella debería haber sido la que se accidentó.

Al finalizar el ejercicio la paciente se limpia las lágrimas y comenta como era ella hace años, antes de que el esposo falleciera: que siempre estaba muy activa, ayudaba a los demás y era muy feliz haciendo lo que quería. Agradece por haberle devuelto al menos por un momento esa sensación de bienestar que dejó de tener hace muchos años.

Se le deja como consigna semanal continuar con los ejercicios de respiración que se le enseñaron en la primera sesión.

Resultados: La paciente toma en cuenta que su problema no solo es una enfermedad a nivel óseo, sino que los eventos negativos del pasado no resueltos lo llevaron a tener las sensaciones que ahora está presentando.

Sesión 3

Nombre de la sesión: “Técnica de pensamientos”.

Propósito: Que la paciente logre identificar los pensamientos que realmente le está incomodando o molestando.

Duración: 1h30m

Materiales: música de fondo

Narrativa: Rosa llega a la tercera sesión refiriendo que está tomando más consciencia de cada acción que realiza, desde lavar los platos hasta bañarse y no sabe porque le sucede eso. También comenta que hay momentos en los que siente mucha tristeza y los dolores incrementan, pero no logra identificar porque viene la tristeza, como un vacío interno.

Se realiza la técnica de pensamientos y se puede observar como la paciente llora cada momento de la sesión. Se le pregunta que es lo que más resalto para ella de esta sesión y de qué se da cuenta; Rosa refiere que no ha podido olvidar el accidente de su esposo y que le afecta muchísimo hasta el día de hoy, cree que es algo que jamás va a poder resolver y va a cargar con la culpa de no haber estado ahí, también refiere que las manos le dolieron muchísimo al momento de hacer el ejercicio.

Resultado: Rosa toma en cuenta que el evento que desencadenó toda la situación actual que está viviendo fue cuando el esposo fallece y que dentro de sus pensamientos esta la culpabilidad que día a día la traiciona y la hace sentir mal.

Sesión 4

Nombre de la sesión: “Escuchándose a sí mismo”

Propósito: Que la paciente identifique pensamientos relacionados a los eventos que presentó en el pasado.

Duración: 1h30m

Materiales

Narrativa: La paciente llega a consulta y comenta que esta semana que paso ha sido muy dura para ella ya que en todo momento pensó en lo de su esposo, también se ha dado cuenta que sus

pensamientos son muy rápidos y que las respiraciones no lograron disminuir los dolores como en otras ocasiones, sin embargo, si las continúo haciendo.

Se realiza la “técnica de escucha a sí mismo”, logrando así que identifique cuáles son aquellos pensamientos recurrentes que tiene como el creer que es la culpable del fallecimiento de su esposo, que nunca va a ser feliz, que lo que siente ahora en el cuerpo siempre va a estar presente, que es un castigo lo que le está pasando, que es una inútil, etc.

Al finalizar la sesión se conversa sobre la experiencia vivida y Rosa refiere que la culpa es algo que va a estar en ella siempre, sin embargo, que al momento de realizar el ejercicio pudo decir algunas cosas que hubiera querido hace años y que no tuvo oportunidad. Al preguntársele que es lo que se lleva de la sesión, refiere que le gusto haber tenido la oportunidad de decir lo que pensaba, - *se sintió como si me sacara un peso de encima* -.

Resultados: El paciente logra identificar cual es el evento que no logro resolver en su momento, identificar los pensamientos que están constantemente en ella sobre la culpa que siente al momento que el esposo falleció.

Sesión 5

Nombre de la sesión: “Contacto con el síntoma y dialogo con las manos”.

Propósito: Que la paciente identifique y se conecte con el evento que le causa incomodidad.

Duración: 1h30m

Materiales: Colchoneta

Narrativa: Rosa llega a consulta con un mejor ánimo y refiere que ha empezado a hacer ciertas cosas que había dejado atrás después del fallecimiento de su esposo, pero que, debido a ello, las manos le duelen muchísimo más que cualquier otra parte del cuerpo. También refiere que quizás sus manos quieren decirle algo, pero no logra tomar en cuenta que puede ser.

Se realiza la técnica de dialogo con las manos y al finalizar, Rosa llora mucho y refiere que el no poder retener al esposo después del accidente es lo que las manos le estaban diciendo; sin embargo, durante el dialogo con las manos pudo decirles que de igual manera no era su culpa el no poder evitar esa situación ya que ella no estaba presente.

Se le deja como consigna enfocarse en ser más consciente de cada actividad que realice y que de esa forma se tome el tiempo de hacer, por ejemplo, si se baña en 10 minutos que a partir de ahora se demore 20 minutos y que esos 20 minutos pueda tomar consciencia del agua por su cuerpo, la temperatura de esta, etc.

Resultados: La paciente inicia un dialogo con el evento que le ocasiona incomodidad y las enfrenta

Sesión 6

Nombre de la sesión: “Fortalezas y debilidades”

Propósito: Que la paciente aprenda nuevas formas de observar el evento que le causa incomodidad.

Duración: 1h30m

Materiales: Venda en ojos

Narrativa: Rosa llega a consulta refiriendo que esta semana los dolores han sido mínimos, pero que sin embargo igual han estado presentes. También comenta que hablo con una de sus hermanas después de mucho tiempo.

Se realizo la técnica de “Fortalezas y debilidades” y al finalizar el ejercicio Rosa cambia de postura y refiere sentirse muy cómoda, pero que tiene miedo que esa comodidad desaparezca en las siguientes horas. También comenta que quizás, lo mejor que hubiera querido su esposo es que ella siga con su vida y sea feliz. La paciente por un momento se queda callada y luego

refiere que en esta semana va a ir al cementerio a verlo y quizás hable con él y le diga algunas cosas que no pudo decir las antes.

Al término de la sesión se le deja como consigna continuar con las respiraciones y en el caso no llega a ir al cementerio, que realice una carta dirigida hacia él.

Resultados: La paciente comprende que hay otras maneras hay de poder observar una situación inconclusa.

Sesión 7

Nombre de la sesión: “Silla Vacía”.

Propósito: Que la paciente vuelva a vivir el evento de incomodidad, resolviendo situaciones inconclusas.

Duración: 1h30m

Materiales: Dos sillas y una almohada

Narrativa: La paciente llega a la sesión refiriendo sentirse bien y que los dolores han disminuido mucho. Ha entablado conversación con su nieto, pero no ha sido de mucha ayuda ya que él no está dispuesto tampoco a conversar, no ha podido ir al cementerio y tampoco finalizar la carta ya que al momento de intentar hacerla lloraba mucho y prefirió conversarlo en consulta.

Se realizó la técnica de la silla vacía y durante el ejercicio Rosa pudo entablar una conversación con su esposo donde mencionó varias situaciones que vivieron juntos las cuales hicieron que ella se riera un poco y también llorara.

Al finalizar el ejercicio se le preguntó a Rosa como se sintió con la experiencia y reafirma que el dolor de manos se da cada vez que habla del esposo. Recordó mucho a su hija quien también

falleció, comenta que se desahogó bastante, todo lo que en algún momento no pudo conversar con alguien más, ya que su hija también había fallecido.

Se le dejó como consigna aproximarse más con su nieto y continuar con los ejercicios de respiración cada vez que el dolor se presente; de la misma manera actuar de una vez como aquella mujer que se sintió hace una semana después del ejercicio de fortalezas.

Resultados: La paciente experimenta y logra desahogar todas las situaciones que tenía guardada. Vuelve a vivir el evento de incomodidad, resolviendo situaciones inconclusas del pasado.

Sesión 8

Nombre de la sesión: “Comunicación asertiva”

Propósito: Que la paciente termina su ciclo con el evento que le generaba incomodidad.

Duración: 1h30m

Materiales: Diapositivas

Narrativa: Rosa llega a consulta y comenta que se siente mejor, que cada vez que el recuerdo del esposo viene a su mente puede manejarlo mediante la respiración; evitando así que el dolor de sus manos incremente como sucedía en situaciones pasadas. También comenta que pudo actuar como una mujer empoderada, pero que aun así la comunicación con su nieto es casi nula.

Le gustaría trabajar para que su familia este más involucrada.

Se realiza la técnica de comunicación asertiva donde se le adiciona herramientas de comunicación para que pueda emplear con su nieto y su yerno.

Al finalizar la sesión Rosa refiere sentirse bien y que aplicara las técnicas para ver que tal le va.

Se le comenta que la siguiente sesión será en dos semanas.

Resultados: La paciente se siente con menos carga a nivel emocional. Aprende a soltar el evento que le causaba incomodidad y genera nuevas maneras de afronte ante este

4.2. Seguimiento: Diseño y sesiones

Nombre de la sesión: Sesión IX

Objetivo: Evaluar el avance de la paciente después de 15 días

Resultados: La paciente llega a consulta refiriendo sentirse con más ánimo después de la primera vez que se le vio en el servicio, también comenta que la comunicación con su nieto esta poco a poco avanzando.

Nombre de la sesión: Sesión X

Objetivo: La paciente llega a consulta después de 30 días finalizada la intervención

Resultados: Rosa refiere sentirse cómoda consigo misma, ha quedado con sus hermanas en viajar a USA, muy pocas veces vienen pensamientos negativos para los cuales prefiere no hacerles caso.

V. Resumen, Conclusiones, Recomendaciones

5.1 Resumen

El caso presentado es de Rosa, una paciente de 56 años, que presentó dolores continuos en el cuerpo desde hace 2 años, y que desde hace 3 meses los dolores se han incrementado hacia la cabeza, manos, rodillas y hombros, presentaba también trastornos del sueño y cansancio extremo. La paciente refirió que hace 4 años falleció su esposo y que se sentía muy triste desde esa fecha y hace aproximadamente 6 meses su hija falleció lo cual le generaban sentimientos de culpabilidad.

La dinámica familiar que ella presentaba se basaba en su nieto y su yerno con quienes no tenía una buena comunicación lo que hacían que ella se sienta sola, con problemas para dormir y llanto sin motivo.

La paciente acudió al servicio de psicología por derivación del servicio de reumatología al cual ella asistía para poder tratar los dolores que tenía en el cuerpo, el diagnóstico presentado fue Fibromialgia por el cual se empezó con el tratamiento respectivo.

Para lograr un cambio significativo, la paciente realizó un programa de intervención de 8 sesiones y 2 de seguimiento, fundamentada en la terapia Gestalt, perteneciente al modelo Humanista.

El objetivo general del tratamiento fue disminuir los niveles de malestar físico y emocional.

Al finalizar el tratamiento se realizaron dos sesiones de seguimiento a los 15 días y al mes.

En la primera sesión de seguimiento la paciente no evidenció ninguna recaída manteniendo siempre el puntaje de dolor según la Escala Visual análoga en 2 y utilizando las

técnicas de respiración que se le enseñó en la intervención; En la segunda sesión de seguimiento la paciente refiere haber tenido una discusión con su nieto, sin embargo, el afronte que ella tuvo hacia ese inconveniente fue bueno por lo que el dolor no se incrementó.

5.2 Conclusiones

Dentro de las conclusiones del caso se pueden observar lo siguiente:

- A nivel físico: Disminución del dolor corporal, disminución de la fatiga, aumento de energía.
- A nivel emocional: Disminución de la depresión, temor, frustración, llanto.
- A nivel fisiológico mejoría en sueño, descanso.
- A nivel social la paciente logra tener una mayor comunicación con su entorno, y a participar de las reuniones familiares.

El tratamiento cumplió su objetivo general de disminuir los niveles de malestar físico y emocional resultante de la fibromialgia y el proceso depresivo.

La paciente logra disminuir el dolor, los niveles de dolor que la paciente presentaba disminuyeron a una puntuación de 2 según la escala visual análoga (EVA), los síntomas de depresión y ansiedad encontrados obtuvieron una puntuación NO significativa por lo que logra mejorar su calidad de vida.

5.3 Recomendaciones

Se recomienda citar a la familia, porque es importante que ellos conozcan sobre los efectos que causa la enfermedad sobre cada uno de sus miembros, además de la necesidad del apoyo en la terapia de Rosa.

Por otro lado, también se recomienda continuar con los ejercicios mostrados en las diferentes sesiones.

Referencias

- Alegre, C., García, J., Tomás, M., Gómez, J., Blanco, E., Gobbo, M. et al. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(2), 108-21. [https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/38_2/AEP%2038\(2\)%20108-121.pdf](https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/38_2/AEP%2038(2)%20108-121.pdf)
- Arango, D. y Rincón, H. (2018) Trastorno depresivo, trastornos de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47 (1), 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Branco, J., Bannwarth, B., Failde, I., Abello, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J., Le Lay, K., Taieb, C. & Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. 39(6):448-53. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.12.003>.
- Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Med Clin (Barc)*. 149(10):441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Calvillo, F. (2003). *La depresión, entre mitos y rumores*. Biblioteca Nueva.
- Comeche Moreno, M^a Isabel, Martín Fernández, Alejandra, Rodríguez Muñoz, M^a de la Fe, Ortega Pardo, José, Díaz García, Marta Isabel, & Vallejo Pareja, Miguel Ángel. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200001&lng=es&tlng=es.

Covarrubias-Gómez A, Carrillo-Torres, O. (2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Rev. Mex. Anest.*, 1(39), 58-63.

Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2017). Psiquiatría Psychotherapy in practice: Emotion Focused Therapy. In A. J. Consoli, L. E. Beutler & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed.) (106-120). Oxford University Press.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema*, 18(Suplemento), 72-78.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8423>

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (5), 251-254.

Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology. *Am Psychol*, 56(3), 218-226. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/>

Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med*, 159: 777-785.

González E., Elorza J., & Failde I. (2010). Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on the quality of life patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 295-300.

- González Lugo, S., Pineda Domínguez, A., & Gaxiola Romero, J. C. (2018). Depresión adolescente: Factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1–11.
- Grau, J. (2017). Vivir con una enfermedad crónica. UNIDAPSA
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n1/a06v36n1.pdf> .
- León, F. y Loza, C. (2015). Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo. *Revista de Medicina Herediana*. 26,147-160
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/2582>
- León, S. (2012). Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 25(4), pp. 175-182. Recuperado de:
<http://medicinainterna.org.pe/pdf/Factores%20asociados%20al%20dolor%20en%20mujeres%20con%20fibromialgia.pdf>
- León, S. (2018). Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia. *Revista Psicología y Salud*, 28(2), 207-222.
<https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2557>
- León, S., Grau, J., Vargas, E., Betancourt, T. (2019). La Fibromialgia como problema actual de salud: un abordaje diferente. UNIDAPSA.

Londoño, C. & González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 330 - 344.

<https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>

López, M. y Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3). 343-358.

<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a05.pdf>.

Lyubomirsky, K. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: ¿Does happiness lead to success *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

Mestre, M. (2013). *Fibromialgia. Hablemos de fibromialgia, yo le he ganado, tú también puedes* (5ta ed.). Ed. Lulu Com

Mónaco, E., De la Barrera, U. y Montoya-Castilla, I. (2017). Desarrollo de un programa de intervención para mejorar las competencias emocionales, el afecto positivo y la empatía en la adolescencia. *Calidad de vida y salud*, 10(1), 41-56.

<https://core.ac.uk/download/pdf/84752019.pdf>

Monroy-Hidalgo, A., Méndez-Dávila, BA, Diestro-Jara, GL, Ruiz, EF, Málaga, G. (2019). Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 32-7.

Monroy-Hidalgo, A., Méndez-Dávila, B., Diestro-Jara, G., Ruiz, F. & Málaga, G. (2019). Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-

Perú. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 32-37.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100006&lng=es&tlng=es.

Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A., Vidal, M., Rueda, C., Pizarro, J. & Vidal, L. (2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(1), 23-27.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000100005&lng=es&tlng=es.

Navarro-Loli, J., Moscoso, M. & Calderón-De la Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo*. OMS. Recuperado de:
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Depresión*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Paulino, T., Revuelta, E. y Segura, E. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326-332. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000700006.
- Perls, F. (1974) *Sueños y existencia*. Editorial Cuatro vientos.
- Piñar, G., Suárez, G., & De La Cruz, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), e610. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>.
- Polster, I. (2001) *Terapia Gestáltica: perfiles de teoría y práctica*. Ed. Amorrortu.
- Salama, H. (2008). *Gestalt de persona a persona* (4ª Ed.). Alfaomega.
- Sánchez, V. (2010). Historia de la Fibromialgia. En Ayán, C. *Fibromialgia: Diagnostico y estrategias para su rehabilitación* (pp.1– 178). Editorial Médica panamericana.
- Vásquez, F. (2000). La relación terapéutica del “aquí y el ahora” en Terapia Gestáltica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 61(4) 285-288. http://redalyc.org/articulo.oa?id=37_961404.
- Vázquez, Ab., & Vázquez, An. (2017). Factores psicosociales en pacientes con fibromialgia. *Multimed*, 19(5), 911-923.
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.

Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 1, 3-8.

Vidal, L. (2015). *Fibromialgia en la práctica diaria*. Ed. Fernando Vidal Neira

Walitt, B., Ceko, M., Gracely, J. & Gracely, R. (2016). Neuroimaging of central sensitivity syndromes: key insights from the scientific literature. *Current rheumatology reviews*, 12(1), 55-87.

ANEXOS

ANEXO A. Evidencias de la evaluación psicológica

Rosa
18/03/19

Paciente llega a consulta unida de negro
derivado de Ruma - no muestra dx - FM | EVA: 10
dolor en el cuerpo

Falleo esposo y hijo
Volar al mundo.
Aljamiento de hermanos. muhi

técnica - dudas con el sintoma - hace esfuerzo en los
maxi

aprende a comunicarse con su sintoma / los síntomas influyen

Rose.
26/03/19.

mejor ánimo pero ademas permites
realizó ejercicio de respiración
ademas en manos. → Identificar: al ser un
nuevo o
yano

Falleamiento

técnica Inmóvil característico

antes
de la
caída

Lo llanto
Lo muhi
Lo no sentir pánico

Falleamiento
crisis

Te gustó sentir a la vez de bienestar
tú: respiración

28 de Junho

02/04/19

Mais consciente, como se nunca passasse por coisas
manutenção de higiene → doenças mentais -

↓ **doença interna**

tem mais ressentimentos → honra - no entanto não olha para
a situação de
acidente de
esposo
culpa ↓
manos

Tarefa: Conscientizar a todos as coisas
tomar o tempo
sem falta de nada que não

28 de Junho

11/04/19

Urgente trabalhar com logo respeito ao culto.

- Sentir a melhor / pensamento de respeito → responder
↓
Não fazer tanto

temer de gravidade

- culpa → debater
- No felix
- dor permanente
- castigo
- inibi
- No valores

como fazer
um plano
de saúde

maneira

Nope.

18/04/19

valor e apreciación, menos continuo en dolor
diferencia menos que alpa, risas,

tonica: dido en los manos.

- Hacer al grupo
- hacer saber lo alpa del grupo.

harro: mujer concuerda se es, fátima en
adultera

- harro se hizo metano para utilizar
algunos de.

Rosa Larfi.

26/04/19

Dolor en mínimos

Construcción con hermano. → actualidad puntos
negativos

Hermana → primo mejor → mudo que nadie a
aparecer lo susoer

↓
dices del
grupo

↓
empoderamiento
mejor grupo

ello sea fely

amitino
construcción con el

Rosa

02/05/19

Adolescente disminuído - eme : 5

concupescer con auto → tener - tipo como
monje

Familia no coloboro

llanto por frustración de sus que más
no va a poder

Sillo venir → concupescer en el spot

- campo / campo
- hijo fallecido
- cuando completan
- de pedida

Parque: concupescer en auto / que no
algunos impedidos.

Rosa -

10/05/19.

Interrupción

Respirar ayuda a colmar los recuerdos de
pasado

Mujer impedido - auto

Eva 2.

conversación con auto falta x

técnica común en otros

ANEXO B. Evidencias evaluaciones.

FICHA DEL DOLOR

Pre-Test (A)

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: *Rosa L.* HC:

Fecha y lugar de Nacimiento: *16-06-54 Arequipa*

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: *Viuda* Grado de Instrucción: *Sup. Incompleta*

Ocupación: *s/c* Procedencia: _____

Fecha de Aplicación: _____ Teléfono: _____

II. ANTECEDENTES DEL DOLOR:

1. Intensidad del Dolor: 0 8 10
 Nada Mucho

2. Hace cuanto tiempo siente dolor _____

3. Siente dolor al caminar Nada Un Poco Mucho

4. Le duele cuando realiza actividades diarias Nada Un Poco Mucho

5. El dolor le interfiere al realizar ejercicios Nada Un Poco Mucho

6. El dolor disminuye su capacidad para pensar claramente Nada Un Poco Mucho

7. El dolor interfiere en su sueño Nada Un Poco Mucho

8. El dolor afecta su apetito Nada Un Poco Mucho

9. El dolor afecta en su carácter y en su ánimo Nada Un Poco Mucho

10. El dolor interfiere en sus relaciones familiares y/o amigos Nada Un Poco Mucho

11. El dolor le quita energía Nada Un Poco Mucho

12. El dolor interfiere en su trabajo Nada Un Poco Mucho

13. Tuvo que abandonar su trabajo a causa del dolor ~~Nada~~ No

III. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

1. Experimenté maltrato físico y / o psicológico:

Sí

No

1.1 Si la respuesta fue sí, fue por parte:

Padres

Pareja

Padres

Otros

2. Experimenté abuso sexual:

Sí

No

1.1 Si la respuesta fue sí, fue durante:

Infancia (0-11 años)	Adolescencia (12-20 años)	Adultez (21-... años)
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermano
<input checked="" type="checkbox"/> Tio / Primo	<input type="checkbox"/> Tio / Primo	<input type="checkbox"/> Tio / Primo
<input type="checkbox"/> Vecino / Conocido	<input type="checkbox"/> Vecino / Conocido	<input type="checkbox"/> Vecino / Conocido
<input type="checkbox"/> Extraño	<input type="checkbox"/> Extraño	<input type="checkbox"/> Extraño

Pre-Test

A

ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA

Desarrollada por Reynaldo Alarcón

Nombre Rosa L. Edad..... Ocupación..... Estado Civil.....

Instrucciones

Más abajo encontrara una serie de afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo, en desacuerdo o en duda. Lea detenidamente cada afirmación y luego utilice la Escala para indicar su grado de aceptación o de rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con X. No hay respuestas buenas ni malas.

- Totalmente de Acuerdo (TA)
- Acuerdo (A)
- Ni acuerdo ni desacuerdo (¿)
- Desacuerdo (D)
- Totalmente en Desacuerdo (TD)

1. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
2. Siento que mi vida está vacía.	TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	TD
3. Las condiciones de mi vida son excelentes.	TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	TD
4. Estoy satisfecho con mi vida.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
5. La vida ha sido buena conmigo.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
6. Me siento satisfecho con lo que soy.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
7. Pienso que nunca seré feliz.	TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	TD
8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
9. Si volviese a nacer no cambiaría casi nada de mi vida.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
10. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
11. La mayoría del tiempo me siento feliz.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
12. Es maravilloso vivir.	TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	TD
13. Por lo general me siento bien.	TA	A	¿	D	TD
14. Me siento inútil.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
15. Soy una persona optimista.	TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	TD
16. He experimentado la alegría de vivir	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	TD
17. La vida ha sido injusta conmigo.	TA	A	¿	D	TD
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	TD
19. Me siento un fracasado.	TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	TD
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí.	TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	TD
21. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado.	TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
22. Me siento triste por lo que soy.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	TD
23. Para mí la vida es una cadena de desengaños.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	TD
24. Me considero una persona realizada.	TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
25. Mi vida transcurre plácidamente.	TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
26. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.	TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	TD
27. Creo que no me falta nada.	TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD 1

T=57
Muy
Baja
Felicidad

Pre Test

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1. Me siento calmado	0	1	(2)	3
2. Me siento seguro	0	1	(2)	3
3. Estoy tenso	0	(1)	2	3
4. Estoy contrariado	(0)	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	(3)
6. Me siento alterado	(0)	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	(1)	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	(3)
9. Me siento angustiado	(0)	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	(2)	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	(2)	3
12. Me siento nervioso	0	(1)	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	(2)	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	(1)	2	3
15. Estoy relajado	0	1	(2)	3
16. Me siento satisfecho	0	1	(2)	3
17. Estoy preocupado	(0)	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	(0)	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	(2)	3
20. En este momento me siento bien	0	1	(2)	3

T: 28

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento desoansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

T = 25

(Pre-Test) Rosa L.

Inventario de Depresión de Beck

Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.

- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

$\Sigma = 27 \rightarrow$ DEP Moderado

Post.

FICHA DEL DOLOR

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: Rosa L. HC:
Fecha y lugar de Nacimiento: 1952
Edad: 50 Sexo: F
Estado Civil: Viuda Grado de Instrucción: Sup. Incomp
Ocupación: CONSEJERA Procedencia:
Fecha de Aplicación: 5 de mayo 2013 Teléfono: 422-7537

II. ANTECEDENTES DEL DOLOR:

1. Intensidad del Dolor: 0 3.5 10
Nada Mucho

2. Hace cuanto tiempo siente dolor _____

3. Siente dolor al caminar	Nada	<u>Un Poco</u>	Mucho
4. Le duele cuando realiza actividades diarias	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
5. El dolor le interfiere al realizar ejercicios	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
6. El dolor disminuye su capacidad para pensar claramente	Nada	<u>Un Poco</u>	Mucho
7. El dolor interfiere en su sueño	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
8. El dolor afecta su apetito	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
9. El dolor afecta en su carácter y en su ánimo	Nada	<u>Un Poco</u>	Mucho
10. El dolor interfiere en sus relaciones familiares y / o amigos	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
11. El dolor le quita energía	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
12. El dolor interfiere en su trabajo	<u>Nada</u>	Un Poco	Mucho
13. Tuvo que abandonar su trabajo a causa del dolor	Si	<u>No</u>	

ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA

Desarrollada por Reynaldo Alarcón

Nombre..... *Rosa d.* Edad..... Ocupación..... Estado Civil.....

Instrucciones

Más abajo encontrará una serie de afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo, en desacuerdo o en duda. Lea detenidamente cada afirmación y luego utilice la Escala para indicar su grado de aceptación o de rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con X. No hay respuestas buenas ni malas.

Totalmente de Acuerdo (TA)
Acuerdo (A)
Ni acuerdo ni desacuerdo (¿)
Desacuerdo (D)
Totalmente en Desacuerdo (TD)

1. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
2. Siento que mi vida está vacía.	<input type="radio"/> TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	<input type="radio"/> TD
3. Las condiciones de mi vida son excelentes.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
4. Estoy satisfecho con mi vida.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
5. La vida ha sido buena conmigo.	<input type="radio"/> TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	<input type="radio"/> TD
6. Me siento satisfecho con lo que soy.	<input type="radio"/> TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	<input type="radio"/> TD
7. Pienso que nunca seré feliz.	<input type="radio"/> TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.	<input type="radio"/> TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	<input type="radio"/> TD
9. Si volviese a nacer no cambiaría casi nada de mi vida.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
10. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar.	<input type="radio"/> TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	<input type="radio"/> TD
11. La mayoría del tiempo me siento feliz.	<input type="radio"/> TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	<input type="radio"/> TD
12. Es maravilloso vivir.	<input type="radio"/> TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	<input type="radio"/> TD
13. Por lo general me siento bien.	<input type="radio"/> TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	<input type="radio"/> TD
14. Me siento inútil.	<input type="radio"/> TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
15. Soy una persona optimista.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
16. He experimentado la alegría de vivir.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
17. La vida ha sido injusta conmigo.	<input type="radio"/> TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.	<input type="radio"/> TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
19. Me siento un fracasado.	<input type="radio"/> TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	<input type="radio"/> TD
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí.	<input type="radio"/> TA	A	¿	<input checked="" type="radio"/> D	<input type="radio"/> TD
21. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado.	<input type="radio"/> TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	<input type="radio"/> TD
22. Me siento triste por lo que soy.	<input type="radio"/> TA	A	¿	D	<input checked="" type="radio"/> TD
23. Para mí la vida es una cadena de engaños.	<input type="radio"/> TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	<input type="radio"/> TD
24. Me considero una persona realizada.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD
25. Mi vida transcurre plácidamente.	<input type="radio"/> TA	<input checked="" type="radio"/> A	¿	D	<input type="radio"/> TD
26. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.	<input type="radio"/> TA	A	<input checked="" type="radio"/> ¿	D	<input type="radio"/> TD
27. Creo que no me falta nada.	<input checked="" type="radio"/> TA	A	¿	D	<input type="radio"/> TD

Felicidad Alta
116

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
① Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes.
① Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- ① Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- ① Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
① No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- ① No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
① Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
① La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Resultados

- 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.
10 - 18 Depresión entre leve y moderada.
19 - 29 Depresión entre moderada y severa.
30 - 63 Depresión severa.

Puntuaciones inferiores a 4 :Posibilidad de negar la existencia de una depresión o fingiendo estar bien.

Puntuaciones por encima de 40: depresión severa. Posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad.

T= 10
Depresión leve

Inventario de Depresión de Beck

Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
① Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- ① No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
① No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
① siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- ① No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
① me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

- ① no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- ① No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
① me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
① Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

A - R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Lea a cada frase y señale la puntuación 0 y 3 que indique mejor cómo se siente Ud. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	(2)	3
22. Me canso rápidamente	(0)	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	(0)	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	(2)	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	(1)	2	3
26. Me siento descansado	0	1	(2)	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	(2)	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	(0)	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	(0)	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	(2)	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	(2)	3
32. Me falta confianza en mí mismo	(0)	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	(2)	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	(0)	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	(0)	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	(2)	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	(0)	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	(0)	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	(2)	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	(1)	2	3

T = 20

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Past

B

A/E	P.D. = 30 +	=
A/R	P.D. = 21 +	=

STAI AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y nombre Rosa L. Edad Sexo

Centro Curso / Puesto Estado civil

Otros datos Fecha

A - E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Lea a cada frase y señale la puntuación 0 y 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Ud. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
2. Me siento seguro	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
3. Estoy tenso	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
4. Estoy contrariado	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
6. Me siento alterado	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
8. Me siento descansado	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
9. Me siento angustiado	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
12. Me siento nervioso	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
17. Estoy preocupado	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3
20. En este momento me siento bien	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3

T = 18

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases

ANEXO C: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ROSA LAUFFI MEYRA

- He leído la información brindada en este documento.
- Esta formulación de consentimiento me ha sido explicado, me ha informado del objetivo de este estudio, lo que se espera de mis y de mis derechos.
- He podido hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas adecuadamente.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento, si tener que dar explicaciones.
- Al firmar este documento, yo actúo participar en este estudio de caso.
- A la firma de este documento, yo acepto participar y doy permiso que pueda ser discutido en sesiones psicológicas.
- Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.

ROSA LAUFFI MEYRA

Nombre de la participante

DNI 06279203

Rfm

Firma

18 MARZO del 2019

Fecha