

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

**"LA PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL COMO TRATAMIENTO A UN
GRUPO DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON FIBROMIALGIA QUE
PRESENTAN DEPRESION CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA"**

POR:

FLORIS SOBALBARRO DE BLANCO

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

2,015

57

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA



Número de Código: 337-17-05-09-68
Nombre del Estudiante: Floris Sobalbarro De Blanco
Cédula: 4-221-742
Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Psicoterapia Cognitiva Grupal como
tratamiento a un grupo de pacientes
diagnosticadas con fibromialgia que
presentan depresión

25 FEB 2019

Nombre del Asesor: Magíster Ricardo López

Firma del asesor: _____

Firma del Estudiante: _____

Aprobado Por: _____

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Panamá, Junio de 2015

Abelquis Acuña

DEDICATORIA

A Dios, por su inmensa bondad y a mi familia, por su valioso esfuerzo y apoyo incondicional.

Quiero, dedicar la presente investigación a los Docentes que de una u otra forma, hacen de la investigación, una fuente de aportes al conocimiento y divulgación de sus hallazgos en el marco cognoscitivo.

Floris

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Panamá que, con esfuerzo, hace posible la formación de nuevos profesionales para el país.

Al Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, por abrir sus puertas a la formación y la docencia, en beneficio de la salud y la investigación.

Al Profesor Ricardo López, asesor de la tesis, por su paciencia y confianza.

A todas aquellas personas que contribuyeron para que este sueño se hiciera realidad. A mis compañeros, maestros y pacientes, a todos ustedes, mi sincero agradecimiento.

Floris

INDICE GENERAL

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
1.1. Generalidades de la Fibromialgia	
1.1.1. Definición de Fibromialgia	6
1.1.2. Síntomas	9
1.1.3. Causas	12
1.1.4. Tratamiento	15
1.2. La Depresión	16
1.3. La Depresión y su Relación con la Fibromialgia	20
1.4. Signos y Síntomas Depresivos	23
1.4.1. Signos y síntomas depresivos	23
1.4.1.1. Síntomas afectivos	23
1.4.1.2. Síntomas Cognitivos	24
1.4.1.3. Síntomas Conductuales	25
1.4.1.4. Síntomas Psicofisiológicos	26
1.4.1.5. Síntomas Interpersonales	27
1.5. Psicoterapia Cognitiva- conductual	29
1.5.1. Psicoterapia cognitiva- conductual y la depresión ..	36

CAPITULO II	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
2.1. Planteamiento de problema	43
2.2. Justificación	43
2.3. Objetivos de la investigación	45
2.3.1. Objetivo General	45
2.3.2. Objetivos Específicos	45
2.4. Hipótesis	46
2.4.1. Hipótesis de Investigación	46
2.4.2. Hipótesis Estadística	46
2.5. Tipo y diseño de Investigación	47
2.5.1. Tipo de Investigación	47
2.5.2. Diseño de Investigación	47
2.6. Definición de variables	48
2.6.1. Identificación de variables	49
2.6.1.1. Variable Independiente	50
2.6.1.2. Variable Dependiente	50
2.6.2. Definición conceptual de la variable independiente ..	51
2.6.3. Definición conceptual de las variables dependiente ..	51
2.6.3. Definición operacional de la variable independiente ..	52
2.6.4. Definición operacional de la variable dependiente ..	55
2.7. Población	56
2.7.1. Población	56
2.7.1.1. Criterios de Inclusión	57
2.7.1.2. Criterios de Exclusión	57
2.8. Técnicas o instrumentos para la recolección de los datos ..	58
2.8.1. Técnicas	58
2.8.2. Instrumentos	58

2.9. Estadística Utilizada	60
CAPITULO III PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	62
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
4.1 Conclusiones	85
4.2. Recomendaciones	87
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	95

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. I	Puntos sensibles en pacientes que padecen Fibromialgia.....	10
CUADRO No. II	Edad en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia.....	64
CUADRO No. III	Estado Civil en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia...	66
CUADRO No. IV	Nivel educativo.....	68
CUADRO No. V	Condición laboral en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia.....	70
CUADRO No. VI	Rango de puntuación obtenida en el pre-test Grupo Experimental y grupo de control.....	73
CUADRO No. VII	Puntuación obtenida en el post-test Grupo Experimental y Grupo Control.....	76
CUADRO No. VIII	Rango de Puntuación obtenida en el BDI Pre-test y Post. test.....	79
CUADRO No. IX	Rango de Puntuación obtenida en el BDI luego del Tratamiento.....	82

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO No. 1	Edad en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia.....	65
GRAFICO No.2	Estado Civil en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia.....	66
GRAFICO No. 3	Nivel educativo.....	69
GRAFICO No.4	Condición laboral en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia.....	71
GRAFICO No. 5	Rango de puntuación obtenida en el pre-test Grupo Y 6 Experimental Y grupo control.....	74
GRAFICO No.7	Puntuación obtenida en el post-test Grupo Experimental Y 8 Grupo Control.....	77
GRAFICO No.9	Rango de Puntuación obtenida en el BDI Pre-test y Y 10 Post.test.....	80
GRAFICO No.11	Rango de Puntuación obtenida en el BDI luego del Tratamiento.....	83

INDICE DE ANEXOS

ANEXO No. 1	Nota de Consentimiento informado utilizado en Esta investigación	96
ANEXO No. 2	Historias clínicas	100
ANEXO No. 3	Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	112
ANEXO No. 4	Resumen de las sesiones	114

RESUMEN
SUMMARY

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue brindar una intervención psicoterapéutica a un grupo de mujeres, pacientes con fibromialgia del Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación y luego analizar la efectividad de la estrategia terapéutica, a través de la mejoría del estado psicológico general y la calidad de vida de las pacientes. Esta intervención se realizó a través de un programa psicoterapéutico con sesiones psicoterapéuticas grupales que tenían como propósito fundamental, mejorar los síntomas depresivos, derivados del impacto del diagnóstico de fibromialgia y de los tratamientos y que en su conjunto influyen sobre la calidad de vida de las pacientes. Planteado como un estudio cuasi experimental de intervención psicoterapéutica, longitudinal de pre y post medición, se compararon los resultados de los mismos sujetos antes y después del tratamiento. Para comparar ambas mediciones se aplicó el estadístico descriptiva t de student que permite analizar los datos de dos medias independientes y conocer si existen diferencias entre los grupos. El grupo estuvo conformado por 12 pacientes diagnosticadas con Fibromialgia y tratadas medicamente en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación. Los resultados evaluados por BPI cuestionario de 21 preguntas, demostraron que aunque no todas las escalas reflejaron una mejoría estadísticamente significativa, cualitativamente la mayoría de las pacientes experimentó cambios. El análisis de los resultados muestra que la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en pacientes con fibromialgia es eficaz.

SUMMARY

The objective of this research was to provide a psychotherapeutic intervention to a group of women, patients with fibromyalgia, National Institute of Physical and Rehabilitation Medicine and then analyze the effectiveness of the therapeutic strategy, through the improvement of the general psychological status and quality of life of patients. This intervention was carried out through a psychotherapeutic program with group psychotherapy sessions that had as fundamental purpose, improving depressive symptoms, resulting from the impact of the diagnosis of fibromyalgia and treatments and which together they influence the quality of life of patients. Conceived as a quasi-experimental, longitudinal measurement of pre- and post psychotherapeutic intervention study, the results of the same subjects were compared before and after treatment. To compare both the descriptive statistical measurements t student to analyze data from two independent means and know if there are differences between the groups was applied. The group consisted of 12 patients diagnosed with Fibromyalgia and medically treated at the National Institute of Physical Medicine and Rehabilitation. The results evaluated by BPI questionnaire of 21 questions, showed that although not all scales showed a statistically significant improvement, qualitatively most patients experienced changes. The analysis of the results shows that cognitive behavioral group psychotherapeutic intervention in patients with fibromyalgia is effective

INTRODUCCION



INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad benigna pero crónica, que afecta el sistema locomotor y que produce dolor en todas las articulaciones y músculos del cuerpo, por períodos de entre dos y seis semanas.

La fibromialgia no tiene cura ni se puede prevenir actualmente, y hasta se ha visto cierta predisposición genética, según el (Dr. Anibal De León)

Migrañas frecuentes, dolores musculares, dolor en las articulaciones, insomnio, rigidez en las mañanas, fatiga y depresión, estos son algunos de los síntomas que puede presentar una persona afectada por la fibromialgia.

El Dr. Anibal De León, reumatólogo del Hospital Santo Tomas, explicó, que aproximadamente el 80% de los casos se ven en mujeres. No existe una prueba diagnóstica o de laboratorio para detectarlo. Por lo tanto, se hace basado en los síntomas del paciente. Aunque no es un trastorno común comparado con la diabetes, la hipertensión, o los problemas cardiovasculares, de todas las enfermedades reumatológicas, después de la ostoartrosis y la artritis reumatoide, es la siguiente en frecuencia.

La fibromialgia no tiene cura ni se puede prevenir actualmente, y hasta se ha visto cierta predisposición genética; pero no es una enfermedad mortal. Sin embargo, si no se da tratamiento oportuno, el dolor incrementa, lo que afecta la calidad de vida de la persona y su funcionabilidad.

El paciente puede ir disminuyendo su capacidad de levantarse de la cama, levantar cosas, atender a sus hijos, ir al trabajo, o tener momentos de esparcimiento. Por esto, el objetivo del tratamiento médico es ofrecerle al paciente una buena calidad de vida.

Usualmente, y dependiendo de la severidad, esta condición la trata un médico general. Algunos de los medicamentos que se recetan incluyen analgésicos, ciertos antidepresivos, y medicamentos antiepilépticos.

Además, el tratamiento debe incluir terapia física y rehabilitación para mejorar el tono muscular, atención psicológica es recomendable para darle aceptación, y medicina laboral para adecuar su lugar de trabajo.

En Panamá, gracias a la Ley 195, y con miras a educar a la población, se declaró el mes de mayo como Mes de la Cinta Morada y de la Concienciación de Enfermedades Auto Inmunes con Afectación Músculo Esqueléticas y Reumatológicas, tal como lo es la fibromialgia y el lupus. Todos los 12 de mayo tiene su día internacional de concienciación.

Lo importante es que las personas afectadas sepan reconocer los síntomas de la fibromialgia, para que busquen tratamiento médico oportuno, y puedan prevenir la degeneración de su calidad de vida.

Es por ello que nuestra investigación se enfatiza en trabajar con 12 pacientes femeninas diagnosticadas con Fibromialgia que presentan depresión clínicamente significativa; ya que nos enfrentamos a una enfermedad dolorosa y que influye radicalmente en el estado de ánimo de quienes la padecen. A las participantes se les aplicó un programa de terapia cognitiva conductual con el objetivo de reducir esa sintomatología depresiva y mejorar significativamente su calidad de vida.

Tomado en cuenta los puntos anteriores es necesario recordar que la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un "un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (Organización Mundial de la Salud, 1998,pp11). Además, la OMS explica que dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud es considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

El hecho de que el modelo biomédico clásico, que define la salud en términos de ausencia de enfermedad, haya sido dominante desde Galeno hasta la fecha de hoy (Suls & Rothman, 2004), por ello la enfermedad es socialmente definida como un estado que implica ser diagnosticado por un

médico y encajar el papel de enfermo. Estas creencias han permitido un avance significativo en la medicina, colocando la salud como un recurso para la vida diaria, no es el objetivo para la vida.

Iniciamos la presente investigación estableciendo un marco teórico en el cual revisaremos brevemente las bases teóricas del tratamiento en las cuales se basan nuestros planteamientos. Hacemos un recorrido por todos los aspectos que se relacionan con la depresión, desde su definición hasta las posibles formas en que se puede tratar, profundizando en el tratamiento de tipo cognitivo conductual, que es la que nos ocupa. Seguidamente expondremos detalladamente el marco metodológico utilizado. Presentamos el contenido del programa de intervención, con los procedimientos que se llevaron a cabo, con las mediciones del grupo experimental. Cumplido lo anterior, presentamos los resultados obtenidos en el análisis estadístico y se discuten sus implicaciones; por último, presentamos nuestras conclusiones y señalaremos algunas recomendaciones para futuros estudios.

CAPÍTULO I
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. 1. GENERALIDADES DE LA FIBROMIALGIA.

1.1.1. DEFINICIÓN DE FIBROMIALGIA

Una primera aproximación sobre los orígenes de la Fibromialgia se remonta al año 1843 en una publicación del alemán Floriep, quien en su tratado sobre la Patología y Terapia de los Reumáticos, relata la detección de puntos sensibles en la exploración de enfermos con dolor. Otros antecedentes referenciados sobre la Fibromialgia en la literatura médica llevan a principios del Siglo XX, en concreto a 1904, cuando Sir William R. Gowers neurólogo de profesión, se refiere a la “fibrositie” en un escrito sobre el lumbago publicado en el British Medical Journal. (García y Poca 2006).

El especialista asociaba formas de lumbago a dolores en los brazos y defendía que eran debidos a inflamación del tejido fibroso del músculo. En el mismo año, Stockman en Escocia publicaba el dibujo de “nódulos fibrosíticos” en siete biopsias realizadas a un grupo de enfermos con rigidez y un movimiento muscular doloroso. Estos nódulos que según el autor mostraban un bajo grado de inflamación se debían a pequeñas colonias de microbios y pensó que había encontrado la entidad patológica de la fibrositis.

A pesar de estas hipótesis, trabajos posteriores de Abel, Sibert y Earp en Missouri, Estados Unidos en 1939 y Collins y Slocumb de la Clínica Mayo en 1940, no consiguieron reproducir los hallazgos de la inflamación ni de infección en series amplias de cultivos. Pese a estas publicaciones ya históricas, el término fibrositis no se populariza hasta que Llewellyn y Jones publican su

tratado Fibrositis (Inglaterra, 1915), en el que ya se debatían conceptos que son de plena actualidad, como la impresión de empeoramiento con los cambios climáticos y el sobreesfuerzo, y proponían un curioso tratamiento basado en sobrecalentar el cuerpo con la excepción de la cabeza mediante un cilindro de metal.

Los autores mantenían la definición de fibrositis como un cambio inflamatorio del tejido fibroso intersticial del músculo estriado. Esta versión inflamatoria de la causa no variará hasta que en 1944 Elliott publica en Lancet, revista médica británica muy reconocida, que dichos nódulos fibrosíticos se debían a espasmos localizados de los músculos que pueden detectarse mediante estudios electromiográficos. Esta hipótesis parecía soportarse además por la publicación posterior del Dr. Michael Kelly, reumatólogo australiano que informa del alivio sintomático de entre un 30 y un 40 por ciento de los enfermos con la infiltración de procaína (una sustancia de propiedades anestésicas) en los puntos dolorosos.

En 1943, nuevamente el Dr. Slocumb publica un artículo en el que afirmaba que la fibrositis es la forma más recuente de reumatismo agudo y crónico y comenzaba a ofrecer datos del impacto económico y social de esta enfermedad. En aquella fecha documentó que cerca del 60 por ciento de las incapacidades laborales en el Reino Unido se debían a fibrositis.

Muchas publicaciones de principios del Siglo XIX definían la fibrositis como una entidad de dolor localizado, lo que hoy correspondería mas al concepto de Síndrome de Dolor Mioascial y tal vez ahí se encuentre la razón por la que se insiste tanto en la presencia de nódulos.

En 1976, Hensch propone el término Fibromialgia para definir una forma de reumatismo no articular en un trabajo de revisión para *Arthritis & Rheumatism*. Este hecho supuso el avance hacia la concepción actual de la enfermedad. (García y Poca 2006a).

Ya en 1981, el Dr. Muhammad Yunus, profesor de medicina de la Universidad de Illinois, publicó el primer ensayo clínico controlado sobre la Fibromialgia. El histórico trabajo comparaba un grupo de 50 enfermos con personas sanas y confirmaba la presencia de puntos sensibles, así como de otros síndromes, que coexistían frecuentemente con la Fibromialgia, como el Síndrome de Piernas Inquietas o el Síndrome del Intestino Irritable.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, (OMS) reconoció la Fibromialgia en 1992 y en su décima revisión de la Clasificación Internacional (CIE), le asignó el código M79.7 dentro del grupo de las enfermedades reumatológicas (y no psiquiátricas). También ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código x33 x8a. Esta asociación con sede en Seattle, Washington, EE.UU., es el principal foro profesional de ciencia, práctica y educación en el ámbito del dolor. La IASP cuenta con más de 6.900 miembros en 106 países, 69 programas nacionales, 14 grupos de interés especial.

La Fibromialgia se caracteriza por dolor músculo esquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos dolorosos). Este dolor se parece al originado en las articulaciones pero no es una enfermedad articular.

La palabra proviene de fibro (tejidos fibrosos blandos, ligamentos, tendones, etc.) mi (en referencia al músculo) y algia (dolor). En otras palabras, Fibromialgia significa: "Dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones)" en ausencia de otra afección que permita explicar sus síntomas.

La Fibromialgia es un síndrome crónico frecuente que se caracteriza por una historia prolongada de dolor generalizado, muchas veces intenso, percibido de forma predominante en los músculos y que en la exploración se manifiesta por dolor a la palpación de unos puntos sensibles característicos. En esencia, es una percepción dolorosa inusual y crónica para la que no se ha encontrado, hasta el momento, ninguna alteración orgánica que la justifique plenamente. El dolor, según la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del dolor, es: "Una sensación desagradable acompañada por una emoción, que se percibe como un daño al cuerpo". Esta definición aúna fisiología y psicología.

1.1.2 SINTOMAS

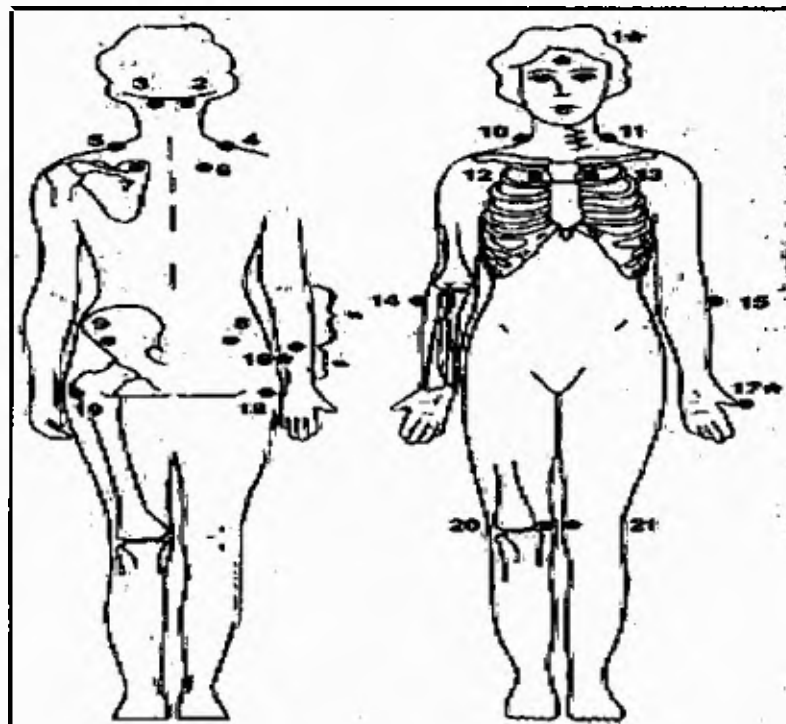
Bennett y Cols (1997) señalan que los síntomas fisiológicos encontrados en pacientes que padecen Fibromialgia:

- a) Dolor profundo, crónico y generalizado. Puede migrar a todas las partes del cuerpo y que varían en intensidad. El dolor ha sido descrito como apuñalado y baleado el dolor y el dolor muscular profundo, palpitante y contracciones.

- b) Trastornos neurológicos, como entumecimiento, hormigueo y ardor a menudo están presentes y agregar a la incomodidad del paciente. La gravedad del dolor y la rigidez a menudo es peor en la mañana.
- c) Factores agravantes que afectan el dolor incluyen frío/clima húmedo, no un sueño reparador, cansancio físico y mental, actividad física excesiva, la inactividad física, la ansiedad y el estrés.
- d) Presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital.

Fig.1 Puntos sensibles en pacientes que padecen Fibromialgia

Cuadro No. 1



Fuente: Manual de la Fibromialgia. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

La validación de estos puntos se basa en el hecho de que son significativamente más frecuentes en estos pacientes que en los controles sanos y que en otros pacientes con enfermedades reumáticas causantes de dolor crónico. Los puntos sensibles, manifiestan una alta sensibilidad y especificidad.

Otros signos que se encuentran en la exploración son:

- e) Dolencia extendida, en el raquis y las extremidades predomina en la mayoría de pacientes y puede afectar a cualquier zona músculo esquelética. El dolor es más frecuente en la Fibromialgia que en la artritis reumatoide (AR) y la percepción del mismo es vivido con la misma o con más intensidad que en la artritis reumatoidea.

El dolor tiene un componente afectivo irreductible y existen importantes relaciones entre factores psicosociales y dolor en pacientes con Fibromialgia. Éste se agrava con el estrés, la afectividad negativa (depresión y ansiedad), los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento mal adaptativas.

- f) La rigidez, matutina o post-reposo, se considera parte del cuadro de sueño no reparador sin que parezca influir sobre otros síntomas de la Fibromialgia, como el dolor y su intensidad, el número de puntos dolorosos, etc.

- g) La calidad del sueño se encuentra alterada, pudiendo estar fragmentado, ser no profundo y siendo referido como sueño poco reparador. Además se considera un factor predictor de la fatiga en la Fibromialgia, junto con la presencia de dolor.

En un estudio prospectivo realizado a 50 pacientes con Fibromialgia, Affleck y Cols (1996), encontraron una relación recurrente entre el dolor y las alteraciones en el sueño, en el cual el sueño poco reparador contribuía a padecer más dolor durante el día y un sueño pobre esa misma noche.

- h) La fatiga constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos en los pacientes con Fibromialgia.

Se ha demostrado, en algunos estudios, que la fatiga estaba presente entre el 78 y 94% de los pacientes (Wolfe y Cols, 1990) y que es un síntoma más prevalente en la Fibromialgia que en otras entidades reumatológicas. Se ha constatado que la depresión mayor y la baja calidad del sueño son factores predictores de fatiga en pacientes fibromiálgicos. A la par, tanto la fatiga como el insomnio son síntomas propios de la depresión, síndrome presente en los pacientes.

Nicassio y Cols (2002), evidencian la contribución del dolor, el carácter depresivo y la calidad del sueño en la fatiga en la Fibromialgia.

1.1.3 CAUSAS

En la actualidad se desconoce la causa del síndrome de la Fibromialgia, no obstante diversas investigaciones han revelado mucho acerca de esta condición, señalando que muchas veces se manifiesta después de algún tipo de trauma que parece estimular su desarrollo. El mismo puede afectar el sistema nervioso central, lo que a su vez ocasiona la Fibromialgia.

Según un estudio realizado por Dan Buskila, (1997) investigador de origen israelí, quien basó su estudio sobre la relación entre las lesiones en la columna cervical y el comienzo de la Fibromialgia, encontró que hay una posibilidad trece veces mayor de que ocurra la condición después de padecer una lesión en el cuello, que en las extremidades inferiores.

Hoy, en pleno Siglo XXI la causa o causas subyacentes de la Fibromialgia sigue siendo un misterio, los resultados de nuevas investigaciones continúan para poder acercarse a la comprensión de los mecanismos básicos de la Fibromialgia. La mayoría de los investigadores coinciden en que la Fibromialgia es un trastorno de procesamiento central, con alteración de la regulación neuroendocrina/neurotransmisor.

Un número creciente de estudios científicos muestran múltiples alteraciones fisiológicas en los pacientes de Fibromialgia, incluyendo: aumento en los niveles de la sustancia P en la médula espinal, los bajos niveles de flujo sanguíneo a la región del tálamo del cerebro, disminución en la función del eje HPA, los bajos niveles de serotonina y triptófano y anormalidades en la función de citocinas.

Otras investigaciones indican que los factores genéticos pueden predisponer a los individuos a una susceptibilidad genética a la Fibromialgia.

No obstante para otros, la aparición de la Fibromialgia es lenta, sin embargo, en un gran porcentaje de los pacientes la aparición es provocada por una enfermedad o lesión que causa el trauma en el cuerpo. Estos eventos pueden actuar para incitar a un problema fisiológico detectado ya presentes.

Actualmente no hay pruebas de laboratorio disponibles para el dictamen de la Fibromialgia. El diagnóstico se hace valiéndose de los siguientes criterios oficiales desarrollados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y los datos que el médico encuentra al explorar:

- a) Dolor crónico, generalizado, musculo esquelético por más de tres meses en cada uno de los cuatro cuadrantes del cuerpo (dolores arriba y abajo de la cintura y en ambos lados del cuerpo).
- b) Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor subyacente (tal como la artritis reumatoidea, lupus o problemas de la tiroides).
- c) Múltiples puntos sensibles al dolor (o puntos de extrema sensibilidad) en sitios característicos.

Para que un paciente se pueda considerar con Fibromialgia, debe tener once de los dieciocho puntos. Se deben aplicar aproximadamente cuatro kilogramos de presión (o cerca de 9 libras) a un punto sensible, y el paciente debe indicar que los sitios de los puntos sensibles son dolorosos.

Una diagnosis de Fibromialgia requiere una evaluación real del paciente por un médico hábil en la diagnosis de Fibromialgia. Puesto que los pacientes

no están al tanto del origen anatómico específico del dolor en su cuerpo, no se aconseja el auto diagnóstico.

1.1.4 TRATAMIENTO

No existe una cura permanente para la Fibromialgia, los tratamientos se enfocan en el manejo de los síntomas en el mayor grado posible.

Los factores importantes para que pueda ocurrir una mejora de los síntomas radican primordialmente en que el paciente pueda reconocer la necesidad de adaptar su estilo de vida.

La mayoría de las personas se resisten al cambio porque implica un ajuste, molestias y esfuerzo. Sin embargo, en el caso de Fibromialgia, el cambio puede mejorar de manera reconocible en la función y la calidad de vida. Educarse sobre la fibromialgia le da al paciente un mayor potencial de mejora.

La intervención médica convencional puede ser sólo parte de un programa de tratamiento potencial. Los tratamientos alternativos, la nutrición, técnicas de relajación, y el ejercicio juegan un papel importante en el tratamiento de Fibromialgia. Cada paciente debe, con la entrada de un profesional de la salud, establecer un enfoque multifacético e individualizado que trabaja para ellos.

El apoyo psicológico es muy importante. Aprender a vivir con una enfermedad crónica son los desafíos a menudo de una persona, emocionalmente. El paciente con Fibromialgia debe realizar un programa que ofrezca apoyo emocional y aumente la comunicación con familiares y amigos.

Los grupos a menudo proporcionan información importante y hay oradores invitados que discuten sobre temas de particular interés para los pacientes de Fibromialgia.

Las sesiones de asesoramiento con un profesional entrenado pueden ayudar a mejorar la comunicación y la comprensión sobre la enfermedad y ayudar a construir relaciones más sanas dentro de la familia del paciente.

Existen múltiples tratamientos complementarios beneficiosos. Estos incluyen: fisioterapia, masaje terapéutico, la terapia de liberación miofascial, terapia acuática, aeróbicos ligeros, la acupresión, la aplicación de calor o frío, la acupuntura, el yoga, ejercicios de relajación, técnicas de respiración, aromaterapia, terapia cognitiva, el biofeedback, las hierbas, suplementos nutricionales y manipulación osteopática o quiropráctica, etc.

Muchos avances se han hecho en la última década, la Fibromialgia sigue siendo una condición difícil. Sin embargo, estudios clínicos han demostrado que los pacientes con Fibromialgia pueden reducir sus síntomas a través de una variedad de opciones de tratamiento, trabajando conjuntamente con profesionales de salud bien informados, motivados para que haya una mejoría significativa en los síntomas y la calidad de vida del paciente.

1.2. LA DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo.

Asimismo, la OMS considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad.

Existen teorías psicológicas y neuro-químicas para explicar la depresión. Entre las primeras encontramos las teorías psicoanalíticas (dificultad para aceptar pérdida de objetos y manejar la agresión), el desamparo aprendido (que se estudió en monos y demostraba que los animales sometidos a frustraciones frecuentes y sensación de desamparo se deprimían con mayor facilidad) y las teorías cognitivas (que explican la depresión por la generalización de una o varias experiencias particulares).

Las teorías neuro-químicas estudian los desbalances que existen a nivel de neurotransmisores en el cerebro. Muchas de las enfermedades psiquiátricas se producen ya sea por exceso o deficiencia de algún neurotransmisor, que son las sustancias químicas que regulan la actividad neuronal en el Sistema Nervioso Central. Los estudios muestran que existe una asociación entre la depresión y un déficit de serotonina y alteraciones en la norepinefrina, pero no está demostrado que esa sea la causa.

Existen algunos tipos de depresión que se ven en familias, lo que podría indicar una vulnerabilidad biológica heredable. Esto se ve especialmente en el trastorno Bipolar, en donde existe un genotipo distinto en las personas con la enfermedad, que en aquellas que no la desarrollan. De todos modos, no toda persona con predisposición genética desarrollará el trastorno, se cree que es necesario un evento o factor externo que la desencadene.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad.

Según National Institute of Mental Health (2005), la depresión es un trastorno médico serio pero tratable que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad, grupo étnico, nivel socioeconómico o género. Sin embargo, es posible que la persona afectada, su familia y amigos, e incluso sus médicos no reconozcan y no diagnostiquen la depresión.

La depresión se presenta en formas diferentes, al igual que otras enfermedades como las enfermedades cardíacas. Los tres trastornos depresivos principales son: *el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno bipolar (trastorno maniaco-depresivo)*. No todas las personas afectadas por un trastorno depresivo sufren todos los síntomas. Los síntomas y la severidad de éstos pueden variar de una persona a otra y también pueden variar con el transcurso del tiempo.

La depresión es una condición médica seria que afecta al cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos. Afecta nuestro desenvolvimiento diario, el concepto de sí mismo, y la manera que uno piensa sobre las cosas. El trastorno depresivo no es lo mismo que sentirse triste. No es una señal de debilidad personal o una condición que puede ser controlada a voluntad o por deseo. La gente que padece de la enfermedad de la depresión sencillamente "no pueden componerse a sí mismo" y mejorarse. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar por semanas, meses o años. Sin embargo, el tratamiento

apropiado el cual frecuentemente incluye medicinas o psicoterapia a corto tiempo, puede ayudar a la mayoría de la gente que sufre de depresión.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente con el que se encuentran los clínicos en la atención primaria.

Los trastornos depresivos y la sintomatología depresiva se asocian a una significativa morbilidad en la disminución del nivel de actividad y aumento de días de incapacidad, días de ausentismo laboral y la utilización de la atención sanitaria.

La depresión tiene varias presentaciones, al igual que otras enfermedades como las cardiovasculares. Este apartado describe tres tipos comunes de depresión. Dentro de estos tipos hay variaciones en el número de síntomas.

La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras (a esto último se le denomina anhedonia). Un episodio depresivo mayor puede ocurrir una sola vez, pero con frecuencia ocurren varios episodios durante el transcurso de la vida. En el caso de la depresión mayor crónica (de años de evolución), es posible que la persona afectada necesite continuar con el tratamiento indefinidamente, inclusive años.

Un tipo "menos severo de depresión", la distimia, se manifiesta con síntomas persistentes, crónicos que no incapacitan seriamente, pero impiden que la persona afectada funcione bien o se sienta bien. Muchas personas con

distimia también sufren episodios depresivos mayores en algunas etapas de la vida a esto se le denomina "depresión doble".

Otro tipo de depresión es la que ocurre en el trastorno bipolar. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo. Estados de euforia (manía) y de decaimiento (depresión) severos.

A menudo con períodos de estado de ánimo normal entre éstos. Algunas veces los cambios en el estado de ánimo son drásticos y rápidos, pero generalmente son graduales.

Una persona, cuando está en el polo depresivo, puede tener uno o todos los síntomas de depresión. En el polo de manía, la persona puede presentar síntomas de hiperactividad, verborrea (hablar demasiado) y tener mucha energía. La manía generalmente afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social en maneras que causan problemas graves y vergüenza. Por ejemplo, una persona en la fase de manía puede sentirse entusiasmada, llena de grandes proyectos que pueden incluir desde decisiones de negocio imprudentes hasta romances y relaciones sexuales de alto riesgo. La manía, si no se trata, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (con pérdida del contacto con la realidad).

1.3. LA DEPRESION Y SU RELACION CON LA FIBLOMIALGIA

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a

alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. (Vallejo y Ferrer, 2000).

Aparece con más frecuencia en mujeres, y en personas menores de 45 años. Encontrarse en un momento determinado más triste o con el estado de ánimo más bajo no es suficiente para un diagnóstico de depresión.

Para eso, es preciso que la intensidad de los síntomas, su duración (al menos, 2 semanas) y la incapacidad que generan, sean de una entidad suficiente como para afectar el normal o adecuado funcionamiento de la persona.

Se ha recogido una correlación entre dolor y sintomatología depresiva en la Fibromialgia (Nicassio y Cols., 2002; Wolfe y Cols., 1990).

El dolor crónico de la Fibromialgia podría inducir la depresión de forma directa o bien los efectos del dolor podrían influir en una percepción errónea de enfermedad como mayor incapacidad de la existente (Nicassio y Cols., 2002a).

Los pacientes con Fibromialgia tienden a experimentar altos niveles de dolor y tensión emocional y desarrollan comportamientos ante el dolor que realmente no responden al tratamiento físico o farmacológico.

En los últimos años se ha tratado de esclarecer cuál es el papel que juega la depresión y la ansiedad en la Fibromialgia, así como la importancia de los antidepresivos y de la terapia en el tratamiento multimodal de esta patología.

Pese a las controversias que existen en torno a su etiología, hoy día no hay duda de que la Fibromialgia se trata de un trastorno de base músculo-

esquelética, en el que existen aspectos psicológicos implicados en su inicio o evolución.

En cuanto a los aspectos psicológicos, se ha intentado establecer un tipo de personalidad característica de la Fibromialgia.

Los pacientes presentan una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica (mayores eventos traumáticos infantiles, pesimismo, desesperanza, dependencia y pasividad, negación de problemas y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos. (Hasset et Al. 2000).

El investigador citado, encontró creencias pesimistas en los pacientes concluyendo que estas creencias jugarían un papel importante en el dolor y la depresión (siendo este papel mayor en la Fibromialgia que en la artritis reumatoide). Presentaban sentimientos de inutilidad, fracaso, aversión e ideación de muerte (esta última en el 13%). La importancia de esta idea, radica en sus implicaciones terapéuticas, con la intervención de la psicoterapia en el procesamiento de las emociones.

Por su lado, (Boissevain 1994 En: Russel, 1996) señalan que no se puede corroborar la existencia de una personalidad Fibromialgia. Confirmaron la presencia de un ánimo depresivo y la correlación negativa de los conflictos con la presencia de depresión (cuanto mayor es la depresión, menor es la tendencia a negar sus problemas emocionales).

La mayoría de manifestaciones psicológicas pueden ser consideradas aspectos del dolor crónico. Los pacientes con dolor crónico presentan

alteraciones del funcionamiento psicosocial relacionados con el abuso de fármacos, funcionamiento físico bajo, dependencia de la psicoterapia pasiva, aumento del desamparo y desesperanza, elevada resistencia al tratamiento, conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales y cambios emocionales y afectivos negativos.

1.4. Signos y síntomas depresivos:

1.4.1. Síntomas Afectivos

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otras se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo.

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente prácticamente en todos los deprimidos, es la queja principal aproximadamente en la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987). Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

Los síntomas que generalmente se presentan en la depresión se desarrollan gradualmente y pueden incluir:

- Tristeza

- Dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución o pérdida de interés hacia los mismos y hacia la vida (anhedonia).
- Disminución o abatimiento del estado de ánimo.
- Falta de voluntad o de energía; apatía (abulia, anergia).
- Desesperanza.
- Melancolía.
- Ansiedad (nerviosismo).
- Sentimientos de culpa.
- Sentimientos de vergüenza y auto desprecio.
- Irritabilidad.
- Intranquilidad.
- Disforia.

1.4.1 2. Síntomas Cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente (Hartlague, Alloy, Vásquez y Dyckma,1993) incapacitando su desempeño en las actividades diarias. Pero a parte de este déficit formal, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado.

En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos claves en las cogniciones de estas personas.

Los modelos cognitivos de la depresión plantean que estas cogniciones negativas pueden tener un papel causal, más que sintomatológico, en el desarrollo del trastorno. Es decir, las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma.

- Dificultad para concentrarse.
- Disminución del rendimiento intelectual.
- Incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos.
- Pesimismo.
- Ideas de minusvalía.
- Auto reproches.
- Indecisiones o dudas exageradas.
- Fallas para hacer un juicio realista sobre sí mismo.
- Pensamiento obsesivo.
- Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc.
- En depresiones severas el contenido puede ser delirante.
- Pensamientos autodestructivos.

1.4.1.3. Síntomas Conductuales.

Uno de los aspectos subjetivos más doloroso para la persona deprimida es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado deprimido.

En su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta (Klerman, 1987).

- Aspecto de abatimiento, predominando los músculos flexores y aductores sobre los extensores y abductores.
- Faltas al trabajo o escuela.
- En estudiantes: disminución del rendimiento escolar.
- Pueden coexistir el alcoholismo y las adicciones.
- Tentativas suicidas.
- Retardo psicomotor: inhibición en actividades físicas y en el habla.
- Cuando la ansiedad es importante: inquietud e hiperactividad, pudiendo llegar a la agitación motora.

1.4.1.4 Síntomas Psicofisiológicos.

La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70-80 por 100 de los pacientes depresivos son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio. Otro síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y del deseo sexual que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección

También los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento,

micción dolorosa, visión borrosa, etc.) De hecho es el médico internista o de medicina general, y no el profesional de la salud mental, el que trata en primera instancia a los pacientes deprimidos en la mayoría de los casos. Así pues los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica (Depue y Monroe, 1978; Coyne, 1986) o, si se desea precisar aún más, entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica y aquellos que no lo hacen (Golberg y Huxley, 1992).

- Insomnio o hipersomnia. Somnolencia diurna.
- Cambios en el apetito: hiporexia (disminución del apetito) o hiperexia (aumento del apetito).
- Cambios en el peso corporal.
- Disminución de la energía en general: se cansa fácilmente, no resiste las labores habituales (cotidianas).
- Disminución de la libido (disminución del deseo sexual).
- Constipación (estreñimiento).
- Cefalea.
- Mareos.
- Mal aliento (halitosis).
- Molestias somáticas.
- Síntomas físicos dolorosos.

1.4.1.5. Síntomas Interpersonales.

Un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales. Una importante característica de las

personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70 por 100 dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976). Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más (Klerman y Weissman, 1986). Esta área puede ser foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Barnett y Gotlib, 1988).

La depresión en el hombre es menos frecuente que en las mujeres, sin embargo, si se produce conlleva mayores riesgos ya que está asociada a posibles enfermedades coronarias. Además, el hábito de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

Los síntomas son diferentes a las mujeres, en los hombres se manifiesta con irritabilidad, en lugar de sentimientos de desesperanza. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer.

El hombre tiene menos probabilidades de sufrir depresiones y es más reacio a admitir que tiene depresión. Por ello el diagnóstico puede ser más difícil. Esto es especialmente grave si se tiene en cuenta que la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, aunque los intentos son mucho más comunes entre las mujeres. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. También el hábito de trabajar en exceso puede enmascarar una depresión, que se manifiesta por la irritabilidad y desaliento, en lugar de sentimientos de desamparo. Incluso cuando la persona se da cuenta de que está deprimida, tiende menos a buscar ayuda.

Estudios clínicos han revelado que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión. Sin embargo, a menudo los hombres y las mujeres sienten la depresión de manera diferente y pueden enfrentarla de formas diferentes. Los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva.

Las investigaciones científicas del sistema nervioso, genéticas y clínicas han demostrado de manera contundente que los trastornos depresivos son trastornos cerebrales, que también pueden ser ocasionados por circunstancias que obedecen a situaciones sociales.

- La experiencia de un evento traumático como el abuso sexual en la infancia o adolescencia, genera consecuencias devastadoras en la esfera emocional e impacta la identidad sobre todo en la sexualidad. Al mismo tiempo que limita a las mujeres para entablar vínculos afectivos satisfactorios en la vida adulta.
- La pérdida de la pareja por causas relacionadas a la violencia ejercida por los varones hacia la pareja, así como las relaciones extramaritales por parte de los hombres y la insatisfacción en la vida o malas relaciones con su conyugue.
- La pérdida de la salud, ocasionada por padecer alguna enfermedad crónica o alguna lesión grave. Desafortunadamente la salud y el

autocuidado no juegan un papel importante en la vida de los varones, sin embargo, cuando se llegan a enfermar, además de no buscar tratamiento, llegan a desarrollar depresión porque sienten que su cuerpo ha claudicado.

- La pérdida del trabajo o la insatisfacción laboral, y la adicción al trabajo. Estas son experiencias que constituyen fuentes de malestar e incertidumbre en los hombres, con repercusiones en su identidad de género de proveedores económicos.

1.5. Psicoterapia Cognitiva- Conductual.

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) cobró fuerza a finales de la década de los 80, pero sus raíces se encuentran en la década de los 60.

Su surgimiento se debe en gran parte al desencanto con los resultados del psicoanálisis que era la orientación de terapia más extendida en aquella época. Actualmente la Terapia Cognitivo Conductual se encuentra enormemente avanzada, tanto en Europa como en Estados Unidos, tratándose de la orientación psicológica más avalada por la ciencia en la actualidad.

Dentro del desarrollo Histórico de la psicoterapia cognitiva resaltamos a Victor Raimy (1975) quien ha trazado la historia de la TCC, desde los tiempos de los antiguos filósofos griegos y romanos hasta los teóricos modernos. Este autor cita, por ejemplo, las observaciones de Epicteto, filósofo estoico romano, quien destacó el papel de los factores cognitivos como causas del trastorno emocional

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos.) son principalmente Kant (1724-1804) y Vaihinger (1853-1933). Kant en su "Crítica de la razón pura" (1781) describe la naturaleza del conocimiento no como mero derivado de una capacidad innata humana (idea defendida por los racionalistas como Descartes), ni como simple producto de las asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses). Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento. Él argumenta que el conocimiento, por lo tanto los significados personales de la experiencia humana, son contruidos por la mente humana.

Según Walsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. Incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el "sentido privado", de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo, será el neokantiano H. Vaihinger quien más desarrolle la idea de la realidad construida por los esquemas. Para este autor la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana. Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este sobre la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

Las terapias cognitivas plantearon en sus orígenes preguntas que las hacían distinguir de otros enfoques. Se desarrollan como un proceso dialéctico,

en un movimiento que se alejaba de los excesos teóricos y las limitaciones prácticas del psicoanálisis clásico y del conductismo (Liotti y Reda, 1981)

Cuando hablamos de cognitiva, empieza a surgir una cierta confusión en el campo respecto a los que podemos considerar "Psicoterapias cognitivas".

El trabajo estándar en la terapia cognitiva descrito por Rush, Bevk, Kovacs y Hollon (1977) y sintetizada por Clark (1995), entiende la terapia cognitiva como una "psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión; ya que la terapia cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología.

El terapeuta y el paciente colaboraran en identificar las cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad".

La Teoría Cognitiva postula que la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores. Estos procesos de evaluación son universales, los realizamos todas las personas, pero el

significado finalmente atribuido a cada condición ambiental o experiencia es particular de cada individuo.

El resultado de esta evaluación se expresa en forma de etiquetas, valoraciones o definiciones muy concretas que incorporamos en nuestro lenguaje interno, o discurso particular que mantenemos constantemente con nosotros mismos y en el que describimos lo que vemos, lo que sentimos, lo que nos está pasando y lo que harán los otros.

La repetición continuada de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinadas emociones y sentimientos, que a su tiempo influirán y condicionaran como la persona sigue evaluando, etiquetando y determinando el que y como decide hacer el mismo para enfrentarse al mundo en general y a las experiencias concretas y cotidianas, en particular (por ejemplo si cada vez que nos encontramos con una dificultad, de manera automática, pensamos: "no aprenderé nunca", "todo lo hago mal"... es más probable que nos sintamos desanimados: si por el contrario, nos decimos: "es más difícil de lo que había previsto", "necesitaré un poco más de tiempo para resolverlo", es más probable que nos sintamos con energía para continuar afrontando la dificultad.

La Terapia Cognitiva es el procedimiento para identificar y modificar estos procesos cognitivos con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional,

intelectual. La terapia Cognitiva dispone, aplica técnicas y procedimientos específicos y también utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la Terapia de Conducta; por tanto se habla indistintamente de Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo Conductual.

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964 en: Camerine, 2005)

Más recientemente, J. S. Beck (1995), subraya diez principios que están en la base de la terapia cognitiva:

- La TC se basa en una formulación, siempre en desarrollo, del paciente y su problema en términos cognitivos. Desde un principio se establece esa conceptualización, completándose y reformulándose, si es necesario, a la vista de los datos acumulados.
- La TC requiere una sana alianza terapéutica.
- Se enfatiza la colaboración y la actividad.
- La TC está orientada hacia objetivos y se focaliza en problemas concretos.
- Al menos inicialmente, la TC enfatiza los problemas del presente.
- Este tipo de terapia es educativa, tiene como objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, enfatizando la prevención de recaídas.
- La TC tiende a ser de tiempo limitado.

- Las sesiones de la TC están estructuradas.
- Esta terapia enseña al paciente a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
- La TC usa una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, la conducta y el estado de ánimo.

Entre las características de la Terapia Cognitiva – Conductual podemos mencionar:

- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

Según Mahoney y Arkhoff (1978) existen tres grupos de terapias cognitivas:

Terapias racionales o de reestructuración Cognitiva:

- El papel de estas técnicas es identificar y modificar cogniciones desadaptativas.
- Terapia Racional Emotiva de Ellis.
- Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Golfried- Terapia cognitiva de Beck.

Técnicas para el manejo de situaciones evocadoras de estrés:

- Desensibilización Sistemática.
- Modelado Encubierto de Cautela.
- Inoculación de estrés de Meichenbaum y Cameron.
- Entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson.

Técnicas Destinadas al entrenamiento para el análisis y abordaje de problemas:

- Técnica de Resolución de problemas de D`Zurilla y Golfried.

- Técnica de Resolución de problemas Interpersonales de Spivack y Shure
- Ciencia Personal (SCIENCE) de Mahoney.

1.5.1. La Psicoterapia Cognitiva – Conductual y la Depresión.

Los terapeutas cognitivo – conductuales resaltan la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuos, así como en las consecuencias ambientales. Mientras que algunos terapeutas semánticos como Ellis, han sostenido que los disturbios emocionales y la conducta inadaptaada derivan de creencias irracionales y distorsiones cognitivas, los terapeutas cognitivo conductual consideran que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal. Para A.T.Beck, la persona depresiva ha tenido a lo largo de su historia un conjunto de experiencias negativas, que se han fijado como esquemas cognitivo (postulados silenciosos que organizan la recogida de información y seleccionan estímulos del ambiente en base a criterios depresivos), los que pueden estar temporalmente inactivos y ser energetizados por situaciones desencadenantes.

Los acontecimientos vitales negativos o estresantes siempre han estado asociados a la depresión, encontrando según Paykel.1979. (en Miller I.) que la mayor correlación se da con las separaciones recientes, fracasos y conflictos interpersonales; mientras Holmes y Rahe (en J.Saiz.1989) observan el mayor grado de estrés en la muerte del cónyuge, divorcio y separación. El concepto de pérdida como precipitante de la depresión ha sido subrayado por

psicoanalistas (pérdida del objeto amado), conductistas (pérdida de refuerzo) y partidarios del modelo cognitivo (pérdida activadora de mecanismo cognitivo depresivo), aunque en dimensiones diferentes.

La persona con depresión interpreta los acontecimientos ajustándose a un esquema previo, formado al hilo de las primeras experiencias, que emerge con facilidad y dirige la información presente, acomodándola y moldeándola según su peculiar modo de construcción e interpretación.

Según Beck, estos esquemas cognitivos se han desarrollado desde la infancia y adolescencia, a partir de las interacciones con el entorno, las opiniones de otros sobre él y el modelado paterno (López, 1994). A raíz de estos esquemas la persona desarrolla la triada cognitiva depresiva, viéndose a sí mismo, al entorno y al futuro de manera negativa, estando correlacionadas correlativamente las tres vivencias con los intentos de suicidio, la dependencia y el estado de ánimo depresivo. (Beck, J., *Cognitive Therapy; Basics and Beyond* 1995).

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- **INFERENCIA ARBITRARIA:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

- **ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- **SOBREGENERALIZACIÓN:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- **MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- **PERSONALIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- **PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981). Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados.

Solo la organización cognitiva es idiosincrásica y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y supuestos personales.

El enfoque cognitivo opina que son los propios pensamientos, originados en esquemas cognitivos previos, los que producen el estado de ánimo deprimido y propone para su explicación el análisis funcional basado en esquemas, triada depresiva y pensamientos distorsionados.

La intervención sobre la depresión comienza a ser psicoterapéuticamente más eficaz a raíz del desarrollo de los modelos cognitivo conductuales, cuyo ámbito de aplicación amplio y flexible, abarca al individuo, la familia y el grupo; extendiéndose a la sociedad, en su unión con el modelo de competencia.

La evolución desde el conductismo radical hasta la teoría cognitivo conductual fue gradual y en su transcurso desarrolló modelos que se fueron complementando hasta la actualidad.

Según el modelo conductual, la depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos, analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para

actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

El modelo cognitivo conductual entronca con el de competencia (Costa y López.1986), refiriendo que el incremento de recursos personales, sociales y económicos, hace al individuo menos vulnerable a la enfermedad. (Albee 1980)

La incidencia de problemas de salud es una razón que depende de causas orgánicas, circunstancias estresantes de la vida y necesidades en general, así como de los recursos disponibles para hacer frente al problema. La intervención, según este modelo, se centrará en el sistema de recursos sociales y del individuo, más que en sus déficits. Es un modelo de competencia, no de insuficiencia y con ello pretende incrementar el sentimiento de control y reducir la posibilidad de indefensión aprendida.

El primer objetivo del terapeuta cognitivo conductual es ayudar al cliente a tomar consciencia de este proceso transaccional que envuelve múltiples procesos.

Este aprendizaje se alcanza de una manera clínicamente manifiesta, esto es, incluyendo al cliente como un colaborador en la recolección de datos con el fin de permitirle descubrir cómo sus propios pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los numerosos problemas que presenta. Cuando entran a terapia, la mayoría de los clientes expresan el sentimiento de ser "victimas de las circunstancias" y de encontrarse desvalidos para cambiar las cosas. Con frecuencia, expresan sentimientos de desmoralización, desvalimiento y desesperanza.

Las estrategias conductuales han sido utilizadas con éxito durante años en terapia de grupo (Lewinsohn.1969 Fuchs y Rhem.1977.). Una intervención grupal en pacientes depresivos puede estructurarse de distintas maneras y con componentes diversos.

CAPITULO II
ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. Planteamiento del Problema

¿La Psicoterapia cognitiva conductual grupal reduce la sintomatología depresiva en mujeres diagnosticadas con Fibromialgia?

2.2. Justificación

La fibromialgia es una enfermedad, que a pesar de los esfuerzos médicos, es muy escasa la información que se ha logrado, para saber cómo tratarla; además, en la actualidad no existe prueba diagnóstica alguna que certifique con certeza su tratamiento, la fibromialgia se diagnostica, mediante la exploración de síntomas del paciente, ignorando aun su origen y tratamientos, para tal patología.

Estudios y esfuerzos recientes hacen posible conocer la existencia de datos sobre sus posibles causas y desencadenantes, existen indicios de que algunas variantes genéticas son más frecuentes en los fibromiálgicos, como el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina (un neurotransmisor relacionado con el estado de ánimo).

Además, se han considerado factores comunes que podrían predisponer la fibromialgia, también pudieron ocurrir situaciones traumáticas en la infancia o trastornos de ansiedad.

Según el cuadro clínico de algunos afectados con fibromialgia, aparecen ciertos acontecimientos como: accidentes de tránsito, infecciones, cirugías mayores y en general, las situaciones de estrés postraumático.

Con relación a mecanismos protogenéticos, investigaciones en diferentes campos, como lo expresan sus autores, han encontrado alteraciones morfológicas y funcionales en biopsias de músculos y tejidos blandos en este tipo de pacientes.

También, se han visto alteraciones en el sistema endocrino, responsable de la respuesta al estrés, o sea el llamado eje hipotálamo – hipófisis – adrenal, no obstante tales hallazgos son bastantes inespecíficos.

Datos bastante recientes sugieren que los fibromiálgicos sufren una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por motivos de desequilibrio en el sistema nervioso central.

Uno de los hallazgos más consistentes, ha sido un incremento en la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, cuya presencia de este péptido favorece la transmisión de estímulos dolorosos, ya que facilita la estimulación de las vías dolorosas, por otros neurotransmisores, como también se han hallado alteraciones en la concentración de otros neurotransmisores cerebrales como serotonina y noradrenalina.

Todos estos esfuerzos investigativos, constituyen aportes sustanciales para la justificación de nuestra investigación, que centra su atención en un programa de psicoterapia cognitiva conductual grupal, como alternativa para ayudar a disminuir la dolencia existente en la persona afectada por fibromialgia, aunque afronta problemas de dolor, estrés y otras dolencias, éstas afectan su nivel de vida diaria.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo General

- Descubrir las características sintomatológicas de una muestra de mujeres diagnosticadas con fibromialgia.
- Diseñar un programa cognitivo conductual grupal para mujeres diagnosticadas con fibromialgia en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación.
- Estudiar el grado de impacto que tienen, sobre el estado psicológico general y la calidad de vida de las pacientes.
- Validar la efectividad de la psicoterapia cognitiva grupal para disminuir la sintomatología depresiva en mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

2.3.2. Objetivos Específicos

- Conocer los niveles depresión y la proporción de este trastorno presente en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

- Aplicar una psicoterapia cognitivo grupal a mujeres diagnosticadas con fibromialgia, que debido a su padecimiento manifiestan estados depresivos.
- Describir y conocer paso a paso todo el proceso de la psicoterapia cognitiva conductual utilizada en este estudio.
- Disminuir la manifestación de estados depresivos en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia que presentan síntomas depresivos.
- Evaluar la efectividad de la psicoterapia cognitiva grupal para disminuir la sintomatología depresiva en mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis de Investigación:

- El grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia que reciben psicoterapia cognitiva grupal, disminuirán la manifestación de síntomas depresivos.

2.4.2. Hipótesis Estadística

H₀. La psicoterapia Cognitiva grupal aplicada a mujeres diagnosticadas con fibromialgia no disminuye los síntomas depresivos.

H₁. La psicoterapia Cognitiva grupal aplicada a un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia disminuye los síntomas depresivos.

H₀. El puntaje promedio obtenido en el pre-test grupo experimental no es mayor que la del grupo control

- H₂. El puntaje promedio obtenido en el pre-test grupo experimental es mayor que la del grupo control
- H₀. El puntaje promedio obtenido en el post-test grupo experimental no es menor que la del grupo control.
- H₃. El puntaje promedio obtenido en el pos-test grupo experimental es menor que la del grupo control

2.5. Método de Investigación:

2.5.1. Tipo de Investigación

Se trata de un estudio cuasi experimental realizado en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, que trata de conocer las causas por la que ocurren determinadas emociones, en esta investigación tratamos de encontrar que causas fisiológicas, sociales o ambientales ocasionan la manifestación de los estados depresivos en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia. En el diseño cuasi experimental el investigador no interviene en la formación de los grupos, de manera que recurre a grupos intactos o naturales. Se trata de grupos de individuos que ya están formados. De manera que el plan de trabajo con este diseño es que se pretende estudiar el impacto de los tratamientos y/o los procesos de cambio, en situaciones donde los sujetos o unidades de observación no han sido asignados de acuerdo a un criterio. (Hernández Sampieri, 1998)

2.5.2. Diseño de Estudio

Por la magnitud y las características que brinda la investigación se trata de un estudio cuasi experimental de pre-prueba y post-prueba, con un grupo control y estudio de caso. Los sujetos serán asignados al azar, luego al grupo experimental y al grupo control se la aplicó una pre-prueba, para conocer el nivel de la manifestación de estados depresivos de ambos grupos.

El grupo experimental recibirá la psicoterapia cognitivo grupal y el control no, posteriormente a la aplicación de la psicoterapia se aplicó una post-prueba para conocer si existen diferencias en ambos grupos.

Durante la primera parte de la investigación se diagnosticó de manera individual, mediante entrevistas clínicas y la aplicación del inventario de Depresión de Beck (IDB) para conocer el nivel de depresión de cada participante.

En la segunda parte correspondía la aplicación del tratamiento para la depresión a fin de conocer si se producen cambios significativos en los síntomas depresivos del grupo de mujeres que participan en el estudio.

2.6. Definición de Variables

2.6.1. Identificación de las Variables

2.6. 1. Variable Independiente: Programa Psicoterapia Cognitiva Grupal

Orientado al manejo de síntomas asociados a la depresión.

2.6.1.1 Definición conceptual de la Variable Independiente:

Psicoterapia Cognitiva Grupal: La terapia cognitivo conductual es un modelo flexible e interactivo aplicado a nivel de grupo, con un conjunto de técnicas estructuradas que se ajustan a cada paciente en función de sus necesidades. La intervención está muy vinculada a la evaluación o análisis funcional de la conducta depresiva e incluye una combinación de técnicas en función de las áreas motoras, fisiológicas o cognitivas afectadas. Como todas las psicoterapias entiende que es importante una relación empática con el paciente y se inclina notablemente hacia el modelo de competencia.

Un programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual o tratamiento planificado a corto plazo, es una forma de psicoterapia, que como método psicológico para el tratamiento de la Fibromialgia, ayuda al paciente a lograr un significativo relajamiento mediante procesos mentales y reduce la condición depresiva causada por el dolor.

2.6.2 Definición conceptual de la Variable Dependiente

Variable Dependiente: Depresión

2.6.2.1 Depresión: La depresión es un trastorno muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las

enfermedades médicas crónicas. Cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se pueden reducir a cinco grandes núcleos: síntomas anímicos, síntomas motivacionales y conductuales, síntomas cognitivos, síntomas físicos y síntomas interpersonales. (Belloch, A, Sandíni, B. 1999)

2.6.3 Definición Operacional de las variables

Un programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual grupal, es un tratamiento psicológico de naturaleza emocional en el cual una persona entrenada deliberadamente establece una relación con un paciente, con el objeto de modificar patrones alterados de comportamiento y promover un desarrollo positivo de la personalidad.

Depresión: Operacionalmente la definiremos por medio de las respuestas obtenidas en el "Inventario de Depresión de Beck- IBD" (1988) cuyos valores son los siguientes:

Valores de la puntuación obtenida es de 01 a 63.

Normales: 0 a 9

Depresión leve: 10-18

Depresión moderada: 13-29

Depresión grave: 30-63

2.6. 3.1 Definición Operacional de las variables

El programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual de orientación psicodinámica es uno de los modelos actuales más elaborados basados en la investigación de resultados y presentando como manual psicoterapéutico que puede ser constatado clínicamente y experimentalmente.

En la aplicación de la psicoterapia conductual existirá un encuadre, en donde se establecerá el horario, espacio, marco teórico, objetivo, ética y método. Este proceso llevará una sistematización mediante el proceso de la fase inicial, intermedia y final.

Psicoterapia Cognitiva Grupal: La terapia cognitiva grupal será definida como aquella intervención que será realizada en 15 sesiones, dos veces por semana, de 60 minutos cada sesión. El programa estará dividido en cuatro módulos que son enseñadas a las pacientes. Las técnicas de trabajo grupal son directas y sencillas.

Se basa en la promoción de la participación de las pacientes que, compartiendo su circunstancia, estructuran la temática y los problemas concretos que se abordan en cada reunión.

MÓDULO DE RELAJACIÓN

Sesión de Evaluación

En esta sesión se procedió a tomar los datos previos de las participantes, tanto del grupo control como del experimental.

Primera Sesión:

Se practicaron dos dinámicas con el grupo, a manera de integración y fomentando la participación grupal; ya que en un inicio las mismas se notaban poco participativas.

Se le enseñó al grupo la técnica de relajación de Benson, concentrándonos en la respiración, imaginándonos la palabra uno con el objeto de enfocar el pensamiento.

Segunda Sesión.

1. Se le introdujo al grupo el concepto de Unidades Subjetivas de Malestar (USM)
2. Se esquematizó en un cartón la escala.
3. Se le enseñó al grupo la técnica de relajación muscular Profunda (RMP)

El grupo manifestó un incremento en la tensión luego del ejercicio de relajación, se les explico que este incremento era normal.

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

Sesión 3

Se presentó el concepto de pensamiento automáticos negativos, el grupo participó con experiencias personales.

Sesión 4

Se explica el proceso de la terapia y el rol de las recaídas. Exploramos los síntomas depresivos. Comenzamos a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándose en la experiencia del paciente.

Sesión 5

1. Análisis de los Supuestos Personales
2. Aplicación de tareas conductuales como experimentos personales, para comprobar la validez de los supuestos personales.
3. Se le recomendaron a los participantes mantenerse leyendo, haciendo sus ejercicios de relajación, comunicándose con sus compañeras. Se les menciona sobre la semana de evaluación individual.

Sesión 6

Se repasaron todos los conocimientos de la restructuración cognitiva. Se discutieron las cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables.

Revisamos las cogniciones en particular, las expectativas de los pacientes ante sus "debo" en lugar de "quiero".

Sesión 7

Se identificaron los errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los pensamientos automáticos negativos.

MÓDULO EN ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD.

Sesión 8

Introducción del módulo de entrenamiento en asertividad, se explicaron las definiciones de conducta no asertiva, conducta agresiva y conducta asertiva. Se dieron ejemplos proporcionados por las participantes.

Se explicaron mediante ejemplo los componentes de la Asertividad: Contacto visual, Tono de voz, Postura, expresión facial, Tiempo (momento) y Contenido.

Entre las tareas se les pidió a las participantes que para la próxima sesión trajeran situaciones en donde fuese necesario una conducta asertiva por parte de las participantes.

Sesión 9

Se repartieron dos ejemplos de situaciones y se invitó a las presentes a participar. La participación muy llamativa por parte del grupo. Realizamos una lista de deseos, prestando atención a los objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consistía en que las pacientes se centrasen en sus propias necesidades y expectativas.

Sesión 10

Durante esta sesión se le aplicaron las técnicas de asertividad.

Sesión 11.

Durante esta sesión: Asistencia, comentarios de las tareas asignadas, solicitar a los integrantes del grupo que relaten alguna situación en donde hayan sido asertivos o hubiesen deseado serlo, con respecto a la problemática actual.

Se les explicó como emplear las técnicas de reestructuración cognitiva como ayuda para promocionar el comportamiento asertivo en situaciones emocionalmente difíciles.

Se trabajó con el Role Playing algunas situaciones sugeridas por los participantes.

MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Sesión 12

Asistencias, comentarios de problemas encontrados en las tareas, se hizo una exposición dialogada acerca de los pasos involucrados en la resolución de problemas.

Se trabajó algo en las metas individuales de cada cual, feedback al terapeuta y se asignaron en las siguientes tareas.

Sesión 13

1. Asistencia.
2. Revisión de tareas.
3. Problemas presentados en la semana.
4. Lista de problemas para resolver con la técnica de resolución de problemas, de parte de todos los miembros.
5. Generar alternativas a uno de los problemas planteados por los demás miembros del grupo.

Sesión 14

Durante esta sesión estuvimos recopilando todas las asignaciones, aclarando interrogantes e interactuando con las participantes. Enfatizar que las técnicas y habilidades adquiridas deben ser utilizadas en problemas, para propiciar la confianza en el desenvolvimiento personal de cada participante.

Sesión 15

EVALUACIONES INDIVIDUALES FINALES

Entrevista Clínica

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck, al grupo experimental.

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck, al grupo control.

2.7. Población y muestra

2.7.1 Población

Pacientes del Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación con diagnóstico de Fibromialgia que reciben tratamiento en el periodo comprendido entre el 2,013 y 2,014.

A todas previas realizaciones de historia clínica, revisión del expediente médico, se le aplicó de forma individual el Inventario de Depresión de Beck, una vez culminado todo el proceso de filtración del expediente. Basándose en los resultados obtenidos de la aplicación del inventario, encontramos que 12 pacientes presentaban depresión significativa.

2.7.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 12 sujetos (Mujeres diagnosticadas con fibromialgia) de la población de estudio, seleccionados por presentar depresión significativa. Las participantes fueron divididas aleatoriamente en dos grupos: control y experimental, cada uno con 6 participantes.

2.7.1.1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres diagnosticadas con Fibromialgia
- Que reciban tratamiento en el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación.
- Firmar la carta de consentimiento informado para participar en el estudio.
- Que la paciente oscile entre los 20 y 60 años de edad

- Que informe con anticipación que cumplirá con todas las sesiones establecidas
- Que presenten depresión clínicamente significativa, pero que no se encuentre bajo suscripción médica.

2.7.1.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres sin diagnóstico de Fibromialgia.
- Que no reciban tratamiento en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación
- Que no acepte voluntariamente la participación en el estudio.
- Que la paciente se encuentre por debajo de los 20 y por encima de los 60 años de edad.
- Que se ausente a dos sesiones consecutivas.
- Que esté recibiendo atención psicológica por esta condición.

2.8. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los datos

2.8.1. Técnicas

Se aplicará una entrevista clínica estructurada para tratar de recopilar la información general de las pacientes, concierne a su historia familiar y personal.

2.8.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fue el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory-BDI). La evaluación de la depresión conlleva a la realización de una historia clínica general, el análisis funcional-cognitivo y la evaluación diagnóstica correspondiente. La finalidad de

la aplicación del inventario es recoger información acerca de los síntomas, presentados por las participantes.

2.8.2.1. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory-BDI)

Fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento heteroaplicado de 21 ítem que evaluaba la intensidad del síndrome depresivo. A continuación, los autores realizaron una versión paralela, en forma auto aplicado, transformando cada ítem en 4 ó 6 frases auto evaluativas graduadas en orden creciente de intensidad. Conde y Useros en los años 1974, 1975 (conde y Franch 1984), tradujeron y adaptaron al castellano la versión inglesa, pero balanceado las opciones de respuesta con el fin de evitar sesgos al responder.

También se ha desarrollado una forma corta de 13 ítems procedentes de los 21 originales (Beck et al, 1974 En Conde y Franch, 1984). Sin embargo, a pesar de que la correlación entre ambas formas es alta (0.96) se aconseja utilizar la versión de 21 ítems, ya que el porcentaje de errores de clasificación cometidos con ella es más bajo (Cendales et el, 1987 en Conde y Franch 1984)

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión; solamente una tercera parte de los ítems hacen referencia a aspectos fisiológicos o conductuales.

La versión más conocida en España es la (Conde y Franch 1984). Sin embargo, la última versión del cuestionario (Becks et al, 1979 en Conde y Franch 1984) resulta más adecuada y de más fácil aplicación, además de considerar el punto de referencia del paciente a la hora de donde contestar el cuestionario no sólo el momento actual, sino también la semana anterior.

La instrucción es que se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 apartados marque con una cruz a la izquierda la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

La clave de corrección aparece a la izquierda de cada una de las frases (esta corrección no aparece en el formato de lectura para el sujeto). La puntuación directa total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 apartados.

El rango de la puntuación obtenida es de 01 a 63. Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes (Beck 1988):

Normales: 0 a 9

Depresión leve: 10-18

Depresión moderada: 13-29

Depresión grave: 30-63

El inventario de Depresión de Beck (IDB), ha sido concebido para la detección y cuantificación del síndrome depresivo en adultos; ningún caso es instrumento adecuada para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros

trastornos' (Kendal et, al en: Conde y Franch 1984) debe utilizarse por tanto en paciente previamente diagnosticados de depresión es uno de los instrumentos más empleados en la práctica clínica como medida del progreso terapéutico a lo largo del tratamiento. Su uso está también ampliamente extendido en investigación para la selección de sujetos.

El inventario fue aplicado al inicio y al final del tratamiento, o sea una aplicación pre test y post-test test en ambos casos para evaluar la efectividad del tratamiento.

2.9. Estadística Utilizada

Los resultados de las pruebas objetivas serán sometidas a prueba de hipótesis a través de la prueba " t " de Student con alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las pre-pruebas y post-pruebas.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la estadística descriptiva como la estadística inferencial. Se utilizará el estadístico t de student para el análisis de datos de dos medias independientes y conocer si existe o no diferencia significativa en ambos grupos (grupo experimental y grupo control).

CAPITULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Análisis descriptivo del Grupo en estudio

Presentamos a continuación el análisis descriptivo del grupo en estudio con el propósito de exponer las características que resultan especialmente importantes a los efectos del objeto específico de investigación.

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA:

1. EDAD

Nuestra muestra estuvo constituida por 12 Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia, cuyas edades oscilaban desde los 25 a 60 años de edad.

Cuadro N°. II Edad en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia

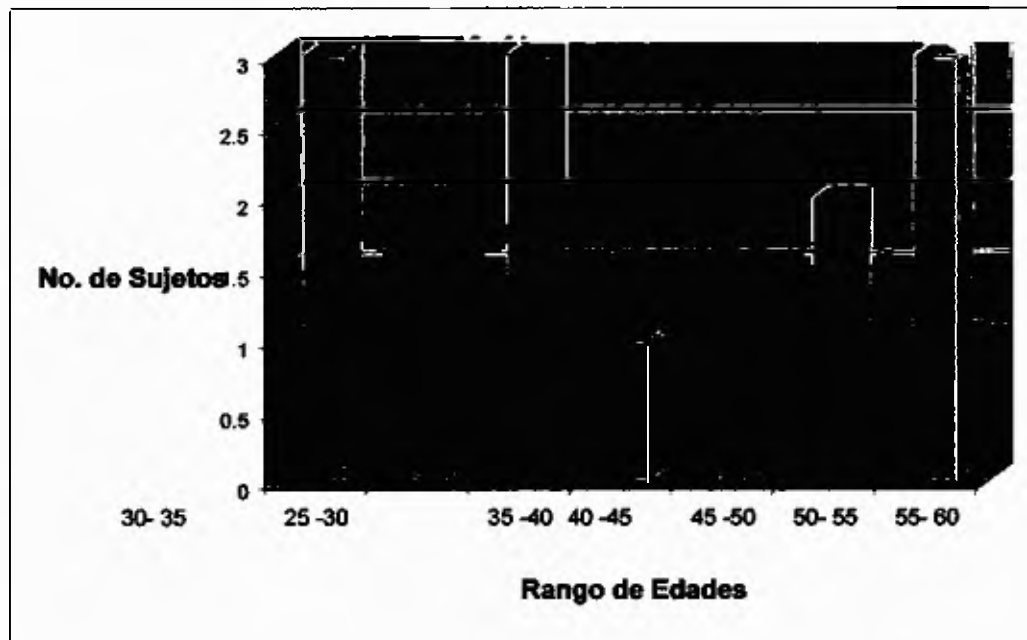
Rango de Edad	Cantidad de Sujetos
25 -30	3
30- 35	0
35 -40	3
40 -45	1
45 -50	0
50- 55	2
55- 60	3
TOTAL :	12

Fuente: Datos Generales. Florie Sobalbarro;2014

En este cuadro N° II, podemos observar que el 3(25%) de la muestra oscilan entre el rango de edad de 25-30. Este porcentaje fue encontrado de igual manera entre los rangos de 3(25%) 30-35 y 3(25%) 55-60 años de edad, mientras que un 2(17%) se ubican en el rango de 50-55 y 1(8%) permanece en el rango de 40-45 años de edad.

Estos resultados se encuentran detallados en la siguiente gráfica N°1.

Grafica N° 1: Edad Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia



Fuente: Floris Sobalbarro. 2014

2. Sobre el Estado Civil

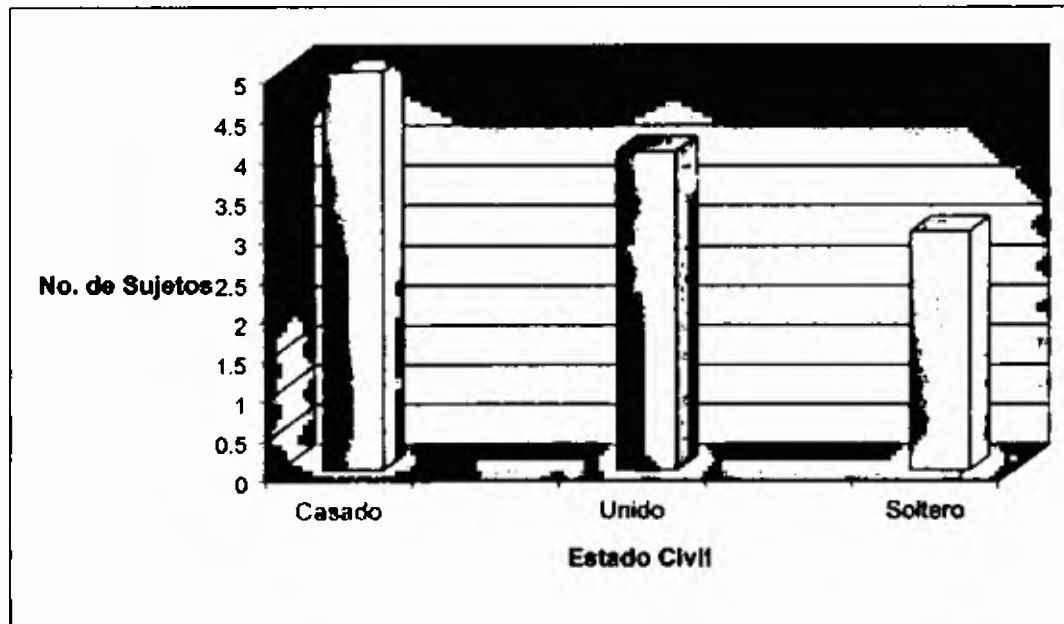
El estado civil es una variable que se analiza a dos niveles, desde un punto de vista formal, que corresponde a cómo se presentan las pacientes, y de manera real, que es la forma en que viven actualmente respecto a una pareja, misma que en la práctica se descubre a lo largo del proceso.

Cuadro N°III. Estado Civil en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia

Estado Civil	Cantidad de Sujetos
Casada	5
Unida	4
Soltera	3
TOTAL:	12

Fuente: Floris Sobalbarro. 2014

Gráfica N° 2. Estado Civil en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia



En este cuadro y gráfica se resalta el estado civil de nuestra muestra en donde un 5(42%) de las mujeres con fibromialgia se encuentran casadas, un 4(33%) está unida, mientras que un 3(25%) permanecen solteras.

Independientemente de su estado conyugal, en cuanto a la existencia afectiva de una pareja sentimental que acompañe a las pacientes en esta circunstancia de enfermedad, de las 12 pacientes atendidas, 9 tienen pareja que representa el 75% de toda la muestra.

3. Nivel Educativo

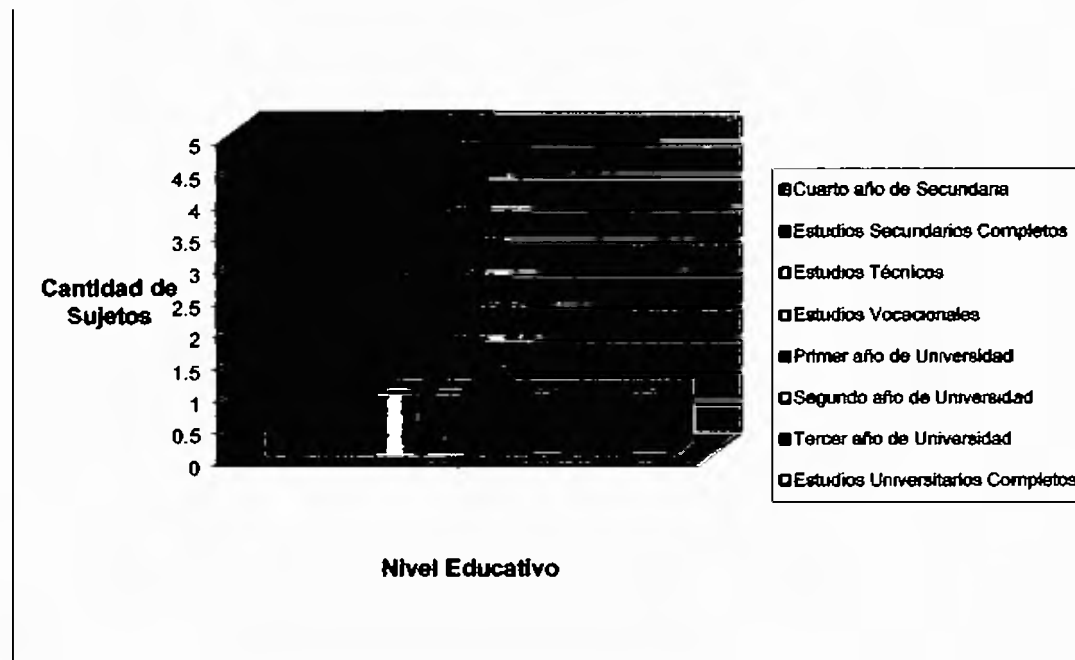
Cuadro N°. IV. Nivel Educativo

Nivel Educativo	Cantidad de Sujetos
Cuarto año de Secundaria	1
Estudios Secundarios Completos	5
Estudios Técnicos	1
Estudios Vocacionales	1
Primer año de Universidad	1
Segundo año de Universidad	1
Tercer año de Universidad	1
Estudios Universitarios Completos	1
TOTAL:	12

Fuente: Floris Sobalbarro. 2,014

El nivel educativo de nuestras participantes oscilan entre el cuarto año de estudios secundarios y estudios universitarios completos, desglosados de la siguiente manera, en donde el 5(44%) de nuestra muestra cuenta con estudios secundarios completos, mientras que en la demás categorías de nivel educativo arrojó un porcentaje del 1(8%) cada una.

Gráfica N° 3. Nivel Educativo en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia



La mayoría de nuestras participantes culminó sus estudios secundarios completos, solamente una posee estudios universitarios completos, mientras que los demás poseen algún título vocacional o técnico o han llegado a poseer un nivel universitario.

4. Condición Laboral.

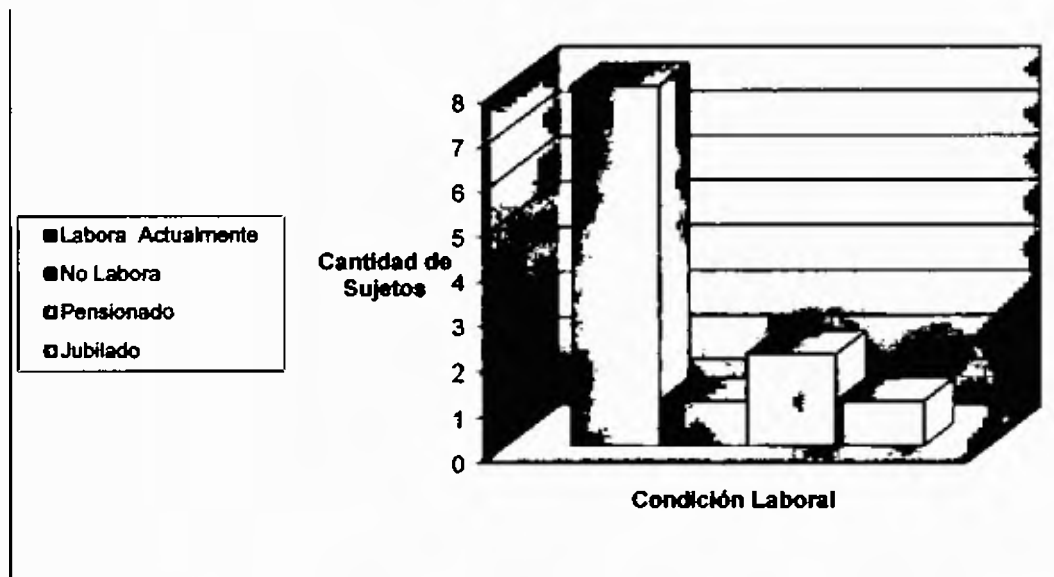
Cuadro N° V. Condición laboral en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia

Condición Laboral	Cantidad de Sujetos
Labora Actualmente	8
No Labora	1
Pensionado	2
Jubilado	1
TOTAL:	12

Fuente: Floris Sobalberro. 2014

En cuanto a la condición laboral de nuestras participantes podemos señalar que un 8 (67%) de las participantes se encuentra laborando, un 2(17%), esta pensionado, mientras que 1(8%) se encuentran jubilada y solamente 1(8%) no se encuentra laborando.

Gráfica N°.4. Condición laboral en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia.



Esta gráfica nos denota que la mayoría de nuestras participantes se encuentran laborando, mientras que solamente una participante esta actualmente desempleada y otra que está jubilada.

Presentación de los Resultados del BDI

A continuación procedemos a presentar el aspecto cuantitativo de la investigación, mediante la representación de cuadros y gráficas de los datos que arrojó el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de depresión de Beck se aplicó a 22 Mujeres con el diagnóstico de Fibromialgia que se atienden en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación entre los meses comprendidos de enero a febrero de 2014.

De este total de la población general en estudio, 10 (30%) Mujeres con el diagnóstico de Fibromialgia no presentaron síntomas de depresión clínicamente significativa, mientras que 12 (70%) de este grupo de mujeres si presentaron depresión clínicamente significativa, lo cual constituyó la muestra, la cual quedó dividida en dos grupos (experimental y Control)

Los resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (BDI), aplicado en la primera fase, quedan representados gráficamente de la siguiente manera:

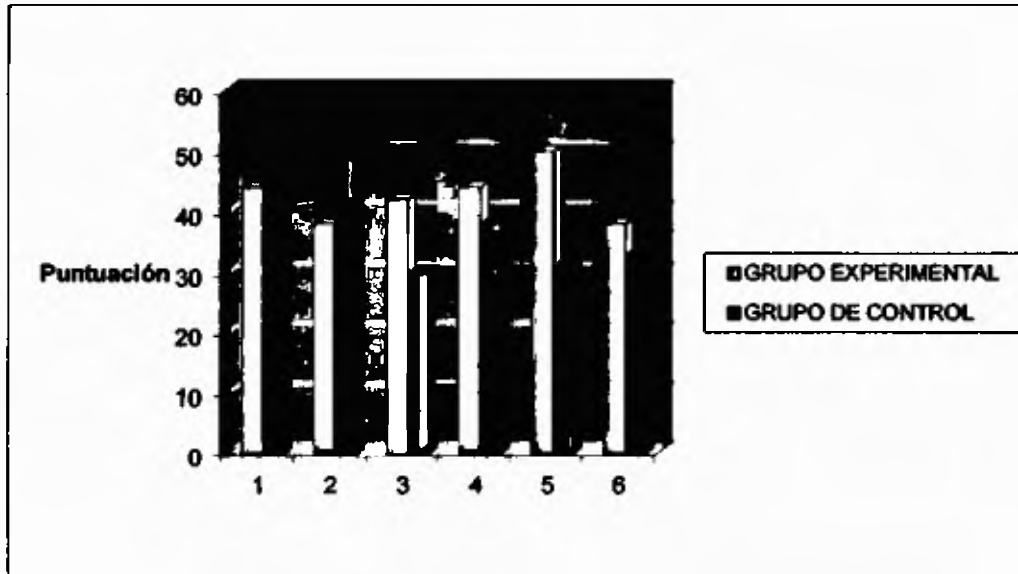
CUADRO N°.VI BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO DE CONTROL		
N°	Puntuación	Clasificación	N°	Puntuación	Clasificación
1	44	D. GRAVE	1	49	D. GRAVE
2	38	D. GRAVE	2	59	D. GRAVE
3	42	D. GRAVE	3	30	D. GRAVE
4	44	D. GRAVE	4	38	D. GRAVE
5	50	D. GRAVE	5	31	D. GRAVE
6	38	D. GRAVE	6	33	D. GRAVE
Promedio	43	D. GRAVE	Promedio	40	D. GRAVE

Fuente: Datos recopilados con el BDI.

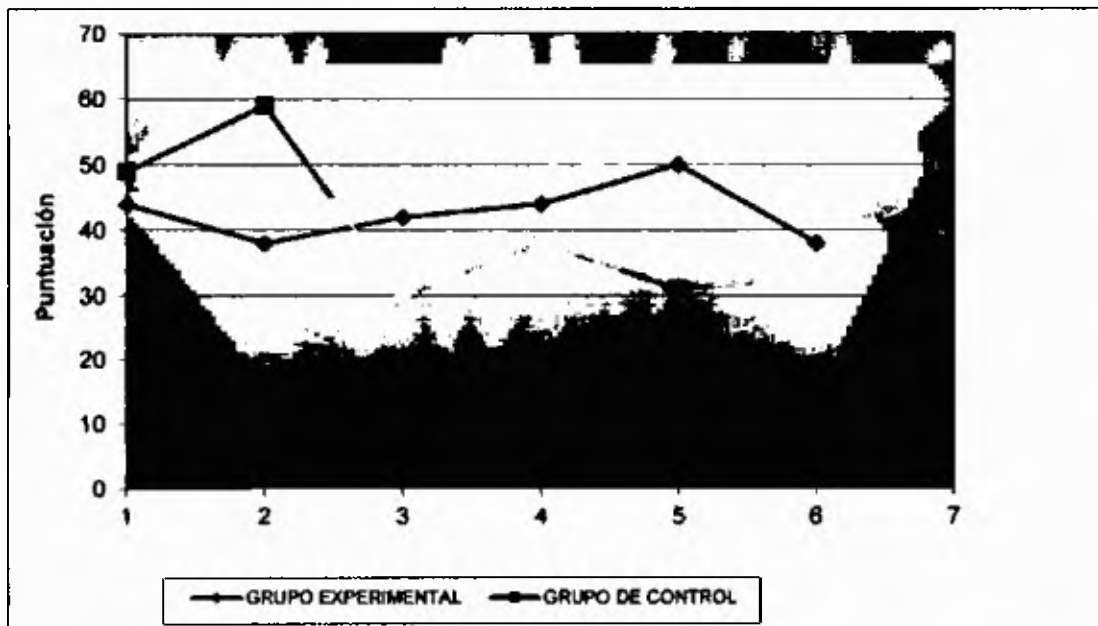
Como muestran los resultados del pre-Test del BDI, tanto en el grupo control como en el grupo experimental se reflejan manifestaciones de síntomas depresivos. En el grupo experimental, los rangos de puntuación dieron como resultado una calificación de grave, al igual que el grupo control. Tales resultados demuestran que tanto en el grupo experimental como en el control el resultado es de una depresión grave, cuyo rango promedio de puntuación en el grupo experimental fue de 43 (depresión grave) y en el grupo Control fue de 40 (depresión grave). La muestra tanto para el grupo control como para el grupo experimental cumple con el criterio de homocedasticidad.

GRÁFICA N ° 5. PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.



Fuente: Datos recopilados con el BDI.

GRAFICA No. 6



En ambas gráficas se puede observar las puntuaciones obtenidas en el pre-test del grupo Experimental y el Grupo control en donde ambos grupos obtuvieron una puntuación que los ubica en una depresión grave.

Análisis Estadístico del pre-test del Grupo Experimental vs Grupo Control para la hipótesis 1.

Prueba estadística:

$$t = \frac{(\bar{x} - \bar{y}) - (\mu - \mu)}{\sqrt{\frac{S^2}{n} + \frac{S^2}{n}}}$$

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>PT exp</i>	<i>PT con</i>
Media	42.3333333	40
Varianza	24.6666667	135.2
Observaciones		6
Estadístico	1.45203624	
P(T<=t) dos colas	0.66088948	
Valor crítico de t (dos colas)	1.22813884	

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos señalar que T_o resultó menor a T_c ; por lo tanto se concluye que ambas medias no son diferentes, es decir, que al momento de la aplicación del pre-test, ambos grupos presentaban sintomatología depresiva; por lo tanto se acepta, H_o a un nivel de significancia de alfa 0.05.

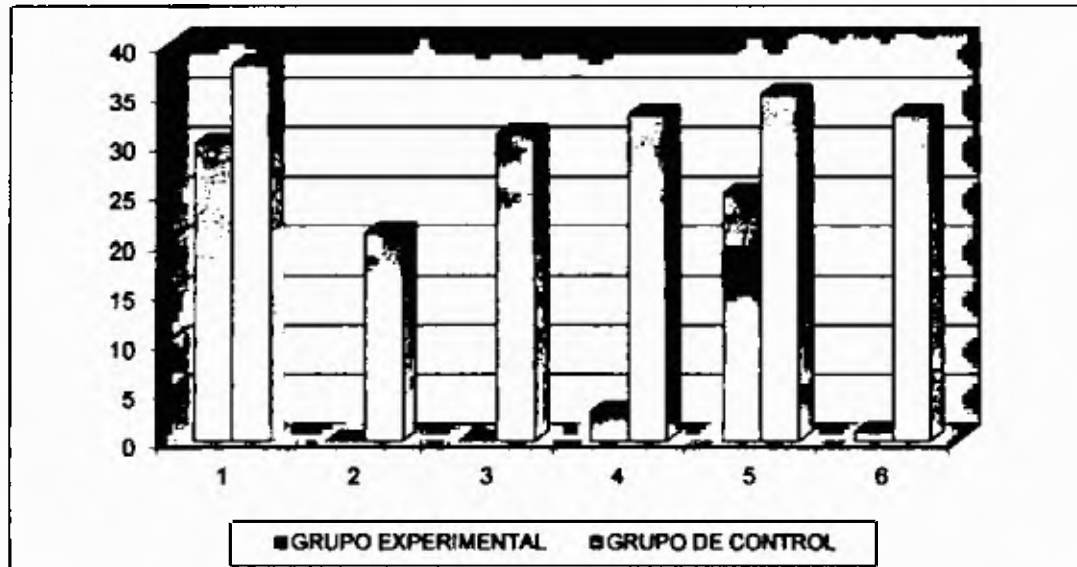
CUADRO Nº VII. PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO DE CONTROL		
N	Puntuación	Clasificación	N	Puntuación	Clasificación
1	30	D. GRAVE	1	38	D. GRAVE
2	0	NO DEPRESIÓN	2	21	D. MODERADA
3	0	NO DEPRESIÓN	3	31	D. GRAVE
4	3	NO DEPRESIÓN	4	33	D. GRAVE
5	25	D. MODERADA	5	35	D. GRAVE
6	1	NO DEPRESIÓN	6	33	D. GRAVE
Promedio	9	NO DEPRESIÓN	Promedio	32	D. GRAVE

Fuente: Datos recopilados con el BDI, Floris Sobalbarro.2014

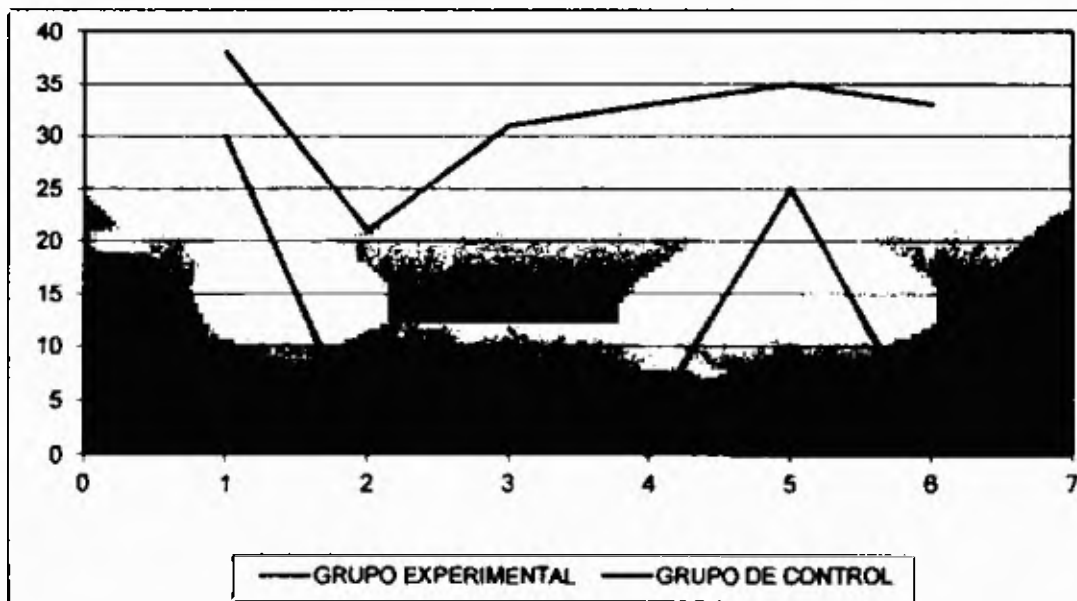
Como muestran los resultados del Post- test del BDI, podemos señalar que después de aplicada la terapia cognitiva grupal al grupo experimental, obtuvieron una puntuación promedio de 9, es decir, que no hay presencia de síntomas depresivos; mientras que en el grupo Control se observa una reducción en la puntuación promedio a 32, pero, manteniéndose en la escala de depresión grave.

GRAFICA Nº 7. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.



Las gráficas demuestran que en el grupo experimental, no existe manifestación de síntomas depresivos, mientras que en el grupo Control aún prevalece la sintomatología depresiva grave.

GRAFICA No. 8



Análisis e Interpretación Estadística para la hipótesis N° 2.

Prueba estadística:

$$t = \frac{(\bar{x} - \bar{y}) - (\mu - \mu)}{\sqrt{\frac{S^2}{n_1} + \frac{S^2}{n_2}}}$$

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	POST exp	POST con
Media	9.83333333	31.83333333
Varianza	190.966667	33.7666667
Observaciones	6	6
Grados de libertad	10	
Estadístico	3.59471579	
P(T<=t) una cola	0.00244532	
Valor crítico de T (una cola)	1.812461	

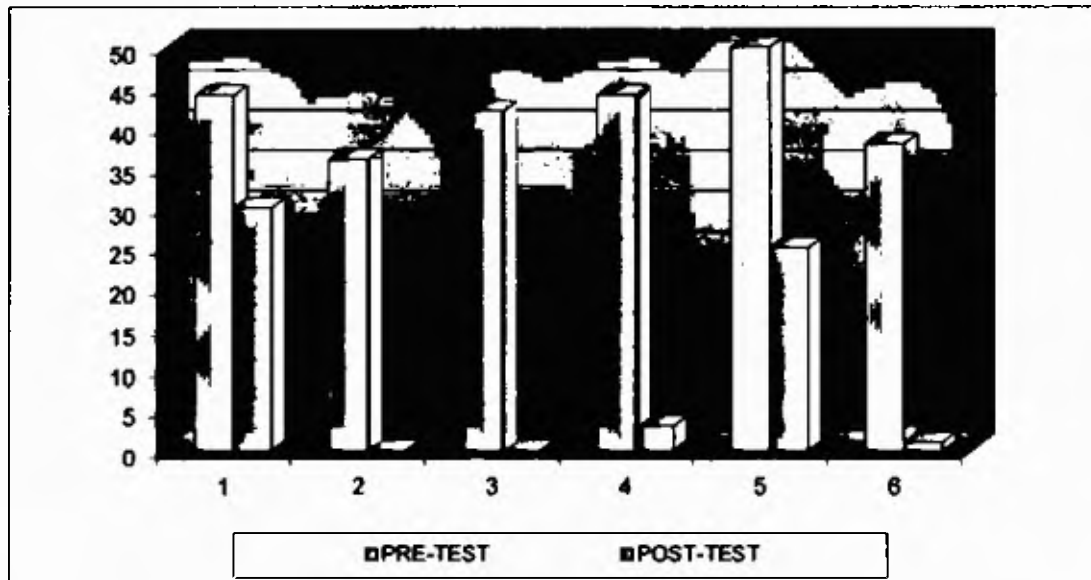
En vista, de que T_o , es menor que T_c , se rechaza la hipótesis nula (H_o) y se confirma hipótesis de investigación (H_i), en donde se comprueba que la puntuación promedio en el BDI, del Grupo experimental es menor a la del grupo Control, es decir, que como resultado de la aplicación de la terapia cognitiva al grupo experimental, se obtuvo una reducción considerable de la sintomatología depresiva.

CUADRO VIII. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL.

GRUPO EXPERIMENTAL (Pre-test)			GRUPO DE EXPERIMENTAL (Post-test)		
N°	Puntuación	Clasificación	N°	Puntuación	Clasificación
1	44	D. GRAVE	1	30	D. GRAVE
2	36	D. GRAVE	2	0	NO DEPRESIÓN
3	42	D. GRAVE	3	0	NO DEPRESIÓN
4	44	D. GRAVE	4	3	NO DEPRESIÓN
5	50	D. GRAVE	5	25	D. MODERADA
6	38	D. GRAVE	6	1	NO DEPRESIÓN
Promedio	42	D. GRAVE	Promedio	9	NO DEPRESIÓN

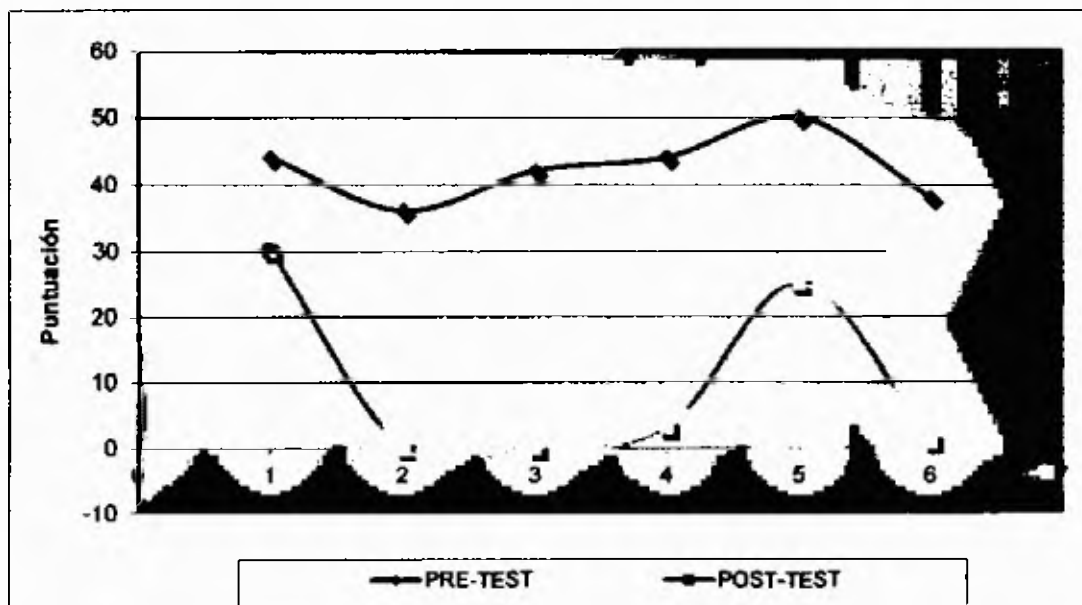
Según los datos promedios de este cuadro, al momento de aplicar el pre-test (BDI), las pacientes presentaban un estado depresivo grave con un puntaje promedio de 42, los que los ubica en un nivel de depresión grave, sin embargo, en el post- test el estado depresivo disminuyó significativamente a un puntaje promedio de 9, es decir, a la ausencia de depresión.

GRÁFICA Nº 9. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL.



Las gráficas demuestran que en el post- test del grupo experimental, no existe manifestación de síntomas depresivos.

GRAFICA No. 10



Análisis e Interpretación estadística para la hipótesis N°3.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>Pt. Pre- test</i>	<i>Pt. Post- test</i>
Media	42.3333333	9.83333333
Varianza	24.6666667	190.966667
Observaciones	6	6
Coefficiente de correlación de Pearson	0.70616979	
Diferencia hipotética de las medias		0
Grados de libertad		5
Estadístico	7.3063179	
P(T<=t) una cola	0.00037599	
Valor crítico de t (una cola)	2.01507331	
P(T<=t) dos colas	0.00075198	
Valor crítico de t (dos colas)	2.57058183	

En vista de que T_o resultó $>$ a T_c , podemos señalar que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1), a un nivel de significancia de alfa 0.05. Se acepta la hipótesis de investigación en donde permite concluir que si existe diferencia significativa entre el pre-test y post- test del grupo experimental.

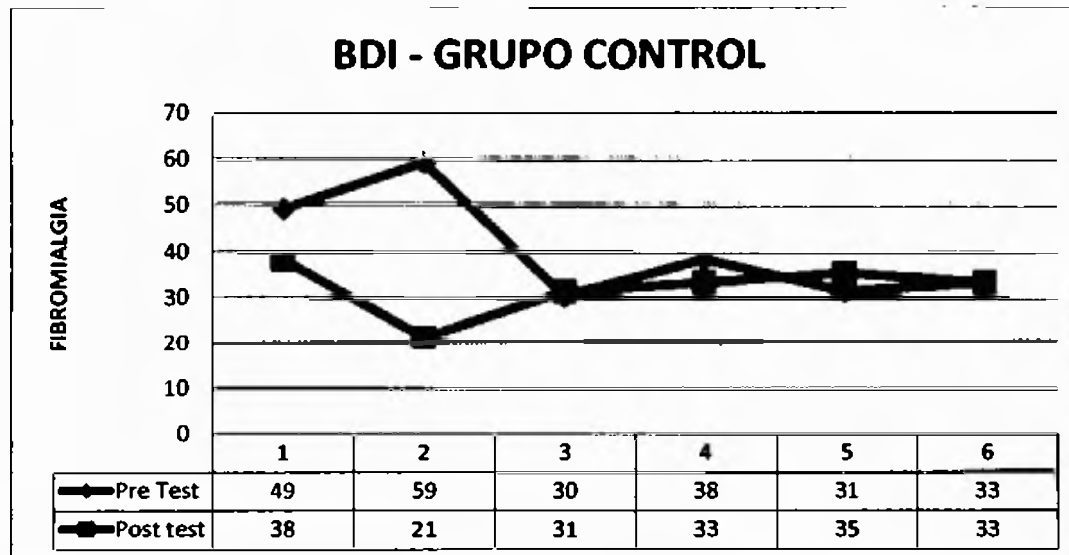
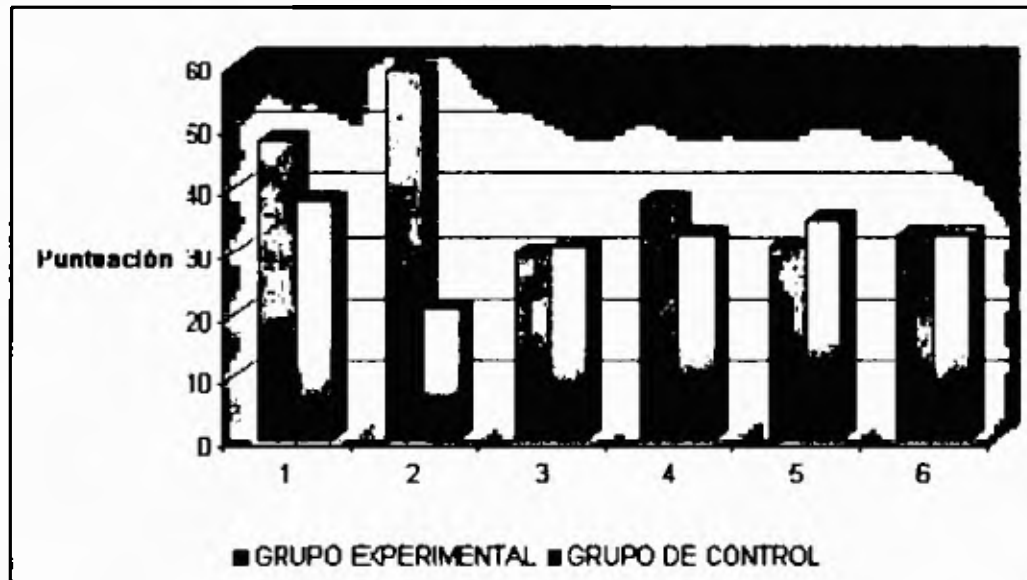
En otros criterios la terapia cognitiva grupal, resultó eficiente para disminuir la sintomatología depresiva en las mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

CUADRO N° X. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO CONTROL.

GRUPO CONTROL (Pre-test)			GRUPO DE CONTROL(Post- test)		
N°	Puntuación	Clasificación	N°	Puntuación	Clasificación
1	48	D. GRAVE	1	38	D. GRAVE
2	59	D. GRAVE	2	21	D. MODERADA
3	30	D. GRAVE	3	31	D. GRAVE
4	38	D. GRAVE	4	33	D. GRAVE
5	31	D. GRAVE	5	35	D. GRAVE
6	33	D. GRAVE	6	33	D. GRAVE
Promedio	40	D. GRAVE	Promedio	32	D. GRAVE

Según los datos promedios el grupo control se mantuvo en un nivel de depresión grave, a pesar de observarse cierta disminución de puntajes en el post- test, la mayoría permaneció en el mismo rango, sólo el sujeto 2 obtuvo una disminución considerable en donde dejó de estar en un nivel de depresión grave y se ubicó en un nivel de depresión moderada.

GRÁFICA N° 11. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO CONTROL.



Análisis e Interpretación estadística para la hipótesis

Prueba estadística:

$$t = \frac{(\bar{x} - \bar{x}) - (\mu - \mu)}{\sqrt{\frac{S}{n} + \frac{S}{n}}}$$

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>Pre-test</i>	<i>post-test.</i>
Media	40	31.8333333
Varianza	135.2	33.7666667
Observaciones	6	6
	-0.535767209	
	0	
Grados de libertad		5
P(T<=t) una cola	0.127129279	
Valor crítico de t (una cola)	2.015048372	
P(T<=t) dos colas	0.254258558	

En vista de que T_o resultó $<$ a T_c , podemos señalar que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_1), a un nivel de significancia de alfa 0.05. Se acepta la hipótesis nula en donde permite concluir que no existe diferencia significativa entre el pre-test y post-test del grupo experimental.

En el pre-test y post- test, el grupo control se ubicó en un nivel de depresión grave, consideramos que se le atribuye esta situación; ya que fue el grupo que no recibió la terapia.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado la intervención psicoterapéutica, para el manejo de la depresión en pacientes diagnosticados con fibromialgia que asisten al programa de rehabilitación en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación y analizando los resultados, podemos concluir lo siguiente:

- La utilización del diseño con pretest - post test permitió evaluar a las pacientes antes y después de la intervención terapéutica, la efectividad de la Psicoterapia Cognitivo Conductual grupal.
- El grupo en el pretest puntuó un alto nivel de depresión total, finalizada la psicoterapia cognitiva, en el post test las pacientes reflejaron una puntuación menor; es decir, hubo una reducción en la escala de depresión total. Esto nos sugiere que la psicoterapia cognitiva es efectiva en la reducción de la depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia.
- La historia clínica proporcionó información detallada sobre la realidad socioeconómica y cultural de los pacientes, así como de sus necesidades emocionales, psicológicas y familiares.
- La edad de las pacientes estudiadas incidió significativamente en los contenidos del proceso terapéutico y determinó las demandas psicológicas de las mujeres, sus parejas y sus familiares.
- *En las pacientes más jóvenes, el impacto mayor se expresa en torno al momento de recibir el diagnóstico, pero evidencian una mayor capacidad de recuperación a lo largo de los tratamientos. Cuentan además con motivaciones distintas, como los hijos pequeños.*
- En las pacientes de mayor edad, observamos un mayor nivel de control a la hora de recibir el diagnóstico; sin embargo, su ritmo de recuperación a medida que avanza el tratamiento va también disminuyendo. Una paciente de edad avanzada no mejoró significativamente su estado depresivo.

- ✦ Es indispensable el trabajar con grupos, debido a las ventajas que éstos ofrecen: ahorro en cuanto a tiempo y dinero, aprendizaje interpersonal, identificación con otros que tienen problemas similares, y mayor confianza en el tratamiento como promotor del cambio.
- ✦ De acuerdo a nuestro estudio, el apoyo psicológico estructurado en un programa, mejoró el estado psicológico general de las pacientes ya que les fue posible encontrar los recursos que incrementaron sus posibilidades de adaptación a la situación que enfrentan.
- ✦ Se observó un aumento en el interés de las pacientes a medida que se desarrollaban las lesiones, sin embargo, fue evidente que tres de ellas mantuvieron una actitud muy activa durante las sesiones. En términos generales, las pacientes que más participaban eran casi siempre las mismas, sin embargo, durante el proceso se pudo observar como el resto del grupo iba adquiriendo confianza para compartir y al mismo tiempo beneficiarse dentro del grupo.
- ✦ Los temas y ejercicios que enfatizaban expresión de las emociones tuvieron una mayor acogida del grupo.
- ✦ La intervención psicoterapéutica resultó ser útil y beneficiosa para las pacientes en el mejoramiento de los indicadores de calidad de vida.

RECOMENDACIONES

En cuanto a las características de la muestra:

- ✦ Ampliar la investigación a pacientes de menor edad, que cuantitativamente están más afectadas por la prevalencia del diagnóstico.
- ✦ Diversificar el abordaje terapéutico, diferenciando las estrategias de acuerdo a la edad.
- ✦ Incluir en los tratamientos y en los procesos psicoeducativos a la pareja y a la familia de las pacientes con el propósito de apoyar los mejores recursos disponibles para el enfrentamiento de esta condición.
- ✦ En atención al fortalecimiento de la calidad de la vida de las pacientes, recomendamos discriminar en la elaboración de los programas de apoyo psicoterapéuticos a mujeres con fibromialgia, el tratamiento del impacto que experimentan los hijos quienes, de acuerdo a su edad, lo vivencian de distinta forma y como una experiencia muy difícil para ellos, que afecta sensiblemente a la madre.
- ✦ Incrementar los esfuerzos para educar a la población sobre la necesidad de detectar la enfermedad más tempranamente.
- ✦ Profundizar la investigación sobre los factores que determinan la detección tardía de la enfermedad, considerando que las pacientes que se enferman aparentemente no son mayoritariamente de los sectores más empobrecidos o menos educados.
- ✦ La incorporación en la ruta médica inicial de una evaluación psicológica de las pacientes, previa a la entrega del diagnóstico que posibilite determinar los recursos y debilidades de cada paciente, así como las líneas centrales de cada intervención psicológica, si fuera necesaria.

- ✦ La elaboración de una programa psicoeducativo, con materiales didácticos de fácil comprensión, que garantice que todas las pacientes reciban información de buena calidad, a un nivel general comprensible, sobre la enfermedad y sobre las reacciones psicológicas normales de la misma.
- ✦ Incorporar en el programa psicoeducativo los elementos de calidad de vida para ser manejados desde lo racional y lo consciente, de tal manera que el impacto profundo que ejerce la enfermedad sobre el psiquismo no se vea agravado por conductas que deterioran la cotidianidad.
- ✦ Garantizar que los pacientes tengan un buen nivel de información que no favorezca la construcción de fantasías que suelen traducirse en golpes emocionales significativos cuando enfrentan la realidad.
- ✦ Recomendar al instituto incluir en la ruta de atención médica o protocolos de atención la evaluación psicológica, por el programa de Salud mental para los pacientes con Fibromialgia.
- ✦ Diferenciar, en el programa de salud mental, la atención de los pacientes con fibromialgia, para que las particularidades de este diagnóstico se atiendan de manera más específica y dirigida con mayor capacitación y de acuerdo a un plan de atención que contemple espacios terapéuticos individuales y grupales.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Fernández (2001) Claves de la Depresión. España: Editorial Ars Vivendi

Beard, D y Ffedio, P (1977) Análisis cuantitativo y archivos de neurología. 2ª edición, (303 págs) Estados Unidos Department of Neurology, Cooks Children's Medical Center, Fort Worth

Bellak, L y Siegel M (1993) Manual de Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia 2a edición (234 págs). México: Editorial Manual Moderno,

Bennett RM. y Cols, M (1997) Fibromyalgia syndromme: myofascial pain and the chronic fatige syndrome. 4ª edición. (483 págs). Estados Unidos: Ediciones W N Kelley E D Harris, S Ruddy, C.B. Sledge, ,

Belloch, A, y otros (1997) Manual de Psicopatología. España: Mc. Graw- Hill Interamericana, Volumen 2, 2796, págs.

Boissevain, M y McCain G (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome Medical and pathophysiological aspects. Canada Editorial Elsevier B V , 245 págs.

Bowlby J (1983) 'La pérdida afectiva: Tristeza y Depresión'. Barcelona, España Paidós

Campell DT. & Stanly J (1963/1970). Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social Buenos Aires, Argentina: Amorroutu.

Buskila D. (1997) Increased Rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury, arthritis & rheumatism, Vol 40 N° 3, (456 pág.)

1Buskila Dan (1997) "Increased Rates of Fibromyalgia Following Cervical Spine Injury. A Controlled Study of 161 Cases of Traumatic Injury," Arthritis & Rheumatism, Vol 40, N° 3, March 1997, (pág. 446-52.)

Coderch J (1998) Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. 3ª edición, (340 páginas) España Editorial Herder

Fernández, Evaristo (1998) Metodología de la Investigación. Caracas, Venezuela: Jupiter Editores

García B. Julio Y Otros (2003) "Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psicología clínica"

García F. y Poca, M. (2006) Abriendo camino. Principios básicos de la fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple. 2ª. Edición. (323 páginas) España: Editorial Taranna Edicions SCP.

Hassel, A., Cohen, J., Patel, S., SIGAL, L. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. Arthritis & Rheumatism. Estados Unidos Editorial Wiley, Hoboken, NJ, ETATS-UNIS, 247 pags

Hernández, Sampieri Roberto y Otros (1998) **Metodología de Investigación**.
México Edit Mc GRAW-HILL

Juárez J. M. (2007) *El arte de soñar*. Colima, México: Ediciones Luminosas.

Kaplan H I y Saucik, B.J. (1992) **Tratado de psiquiatría**. Masson-Salvat

Kazdin Alan **Métodos de Investigación en Psicología Clínica**, Tercera edición.
Prentice Hall Págs. 524

Mahoney y Arnkoff, (1976) **Cognitive and Self Control Therapies**. Nueva York,
Estados Unidos. A. Bergin (Eds)

Nicassio P. (2002) **The contribution of pain, reported sleep quality and
depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia**. Estados Unidos: 2ª
edición (279 págs.)

Russell, J. (1997) **Clinical overview and pathogenesis of the fibromyalgia
syndrome, myofascial pain syndrome, and other pain syndromes**.
Estados Unidos Editorial Routledge, 267 págs

Ruiz J.J. (1994) **Fundamentos de psicoterapia cognitiva**. 1ª Edición. A
demanda. Jaén

Vallejo J. y Ferrer, G. (2000) **Trastornos afectivos. Ansiedad y depresión**, 2ª
edición, (415 págs.) España Editorial Elsevier

Varela J.H. (2004) **La psicología dinámica en la formación del psicólogo**. 2ª
edición. (3) Colombia Editorial Universidad de Antioquia,

Wolfe, F. y Smythe H. (1990) **Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. Arthritis rheum. Estados Unidos** (1ª edición, 172 págs.) The American College of Rheumatology,

OTRAS FUENTES

TESIS.

Manual de la Fibromialgia. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). En Internet. <http://www.iasp-pain.org/014/Template.cfm?Section=Home> 80 págs.

Quintero, Kathi. (2001) **Psicoterapia Cognitivo Grupal, como tratamiento a un grupo de alternadoras que presentan depresión clínicamente significativa.**

ANEXOS

ANEXO No. 1

Nota de Consentimiento Informado utilizado en esta investigación

Consentimiento Informado para Participar en la Investigación

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación enfocada en conocer la eficacia de un programa psicoterapéutico cognitivo conductual grupal en pacientes con depresión en pacientes diagnosticadas con Fibromialgia. Esta hoja provee información acerca del estudio. El investigador principal, la psicóloga Floris Sobalbarro de Blanco, describirá el estudio a las participantes y les contestará todas sus preguntas, y usted es bienvenida a ponerse en contacto en cualquier momento para aclarar cualquiera de los puntos especificados a continuación o para contestar alguna pregunta adicional que tenga.

Por favor lea la siguiente información y pregunte cualquier cosa que no entienda o no este clara antes de decidir si quiere o no tomar parte en la investigación. Su participación es completamente voluntaria y usted puede rechazar la oportunidad de participar sin castigo alguno o pérdida de beneficios que usted merezca.

Titulo de Investigación

“LA PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL COMO TRATAMIENTO A UN GRUPO DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON FIBROMIALGIA QUE PRESENTAN DEPRESION CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA”

Investigadora:

Psic. Floris Sobalbarro de Blanco

Tei. 238-8019/ cel: 6697 - 7533

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito de este estudio es ver la eficacia de un programa cognitivo conductual grupal en pacientes con Fibromialgia.

¿Qué pasará si decide participar en esta investigación?

Si usted firma el consentimiento, deberá completar el Cuestionario de Depresión BDI. Este cuestionario tomará de 10 a 20 minutos para completar. Adicionalmente completará una entrevista con la Psic. Floris Sobalbarro pidiendo información. Las participantes en las condiciones de grupo de terapia participaran dos veces por semana por una hora.

Todos los participantes, no importando a que condición sean asignados, completarán un cuestionario y participaran en una entrevista descrita más arriba al principio del estudio. Posteriormente terminada la intervención y un mes después se evaluarán nuevamente para seguimiento. Los cuestionarios preguntan sobre las emociones y el ánimo/humor, ajustándose a los diferentes sentimientos y las experiencias por las cuales pueden haber pasado.

¿Cuáles son los riesgos o molestias posibles?

Podrá sentirse incómoda contestando preguntas durante la entrevista que indagan en sus sentimientos. Usted es libre de rehusarse a responder cualquier pregunta, o de terminar su participación en la investigación en cualquier momento.

Otro riesgo es que usted pueda preocuparse de que nosotros no mantengamos sus respuestas de las entrevistas confidenciales. Para proteger su privacidad, todas las respuestas serán estrictamente confidenciales, excepto en el caso de que alguien reporte la intención de lastimarse a sí misma o de lastimar a otra persona.

Si usted participa en el grupo de tratamiento, corre el riesgo de que algún miembro del grupo discutiese información confidencial compartida dentro de la terapia, con gente fuera del grupo. Para proteger en contra de esta posibilidad, se les pedirá a todos los participantes que mantengan las conversaciones que ocurren dentro del grupo confidenciales. Si llegara a haber evidencia de que la confidencia del grupo está siendo traicionada y el o los responsables son identificados, el terapeuta se reunirá con la participante para recordarle de lo que se requiere para poder continuar participando en la terapia.

Finalmente, en este estudio se corre un riesgo de desarrollar sentimientos de tristeza, depresión, y pensamientos negativos. No obstante, usted debe saber que participar en la intervención no garantiza que se sentirá mejor. A través del estudio, se evaluara el humor de cada participante en intervalos regulares.

Si durante alguna evaluación o contacto durante la intervención, personal de la investigación determina que la participante a desarrollado un problema de salud mental severo, será informada de este cambio y recibirá recomendaciones para tratamientos.

A causa de mi participación, ¿qué beneficios son posibles para mí y/o para otras personas?

A pesar de que no existen garantías, las pacientes que participan en la intervención pueden mejorar su estado actual de ánimo, y prevenir estados de ánimo negativos en un futuro. Muchos de los participantes en estudios de intervenciones similares han experimentado mejoras en el ámbito social y en el funcionamiento familiar. A la misma vez, todas las participantes recibirán evaluaciones constantes para vigilar su ánimo/humor. Esto podrá beneficiarle ya que si no participan, el ánimo/humor negativo podría pasar desapercibido. Además, los resultados de esta investigación ayudarán en el desarrollo de intervenciones oportunas ante la posibilidad de desarrollar una depresión, que es una de las preocupaciones más grandes de la salud mental pública.

Si usted decide participar en este estudio, ¿cuánto le costará?

La investigación es gratuita para las participantes.

En caso de no participar en esta Investigación, ¿qué otras opciones hay para usted?

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de oponerse a participar en esta investigación, y su oposición no influenciará la relación presente o futura con la institución.

¿Como puede retirarse de la Investigación y a quien deberá contactar si tiene alguna pregunta?

Si desea renunciar a su participación en esta investigación por cualquier motivo o razón, usted deberá contactar a: psic. Floris Sobalbarro de Blanco al 238-8019 o al celular: 6697 – 7533. Usted es libre de retirar su consentimiento y dejar de participar en esta investigación en cualquier momento sin ningún problema. A lo largo de este estudio, usted será notificado de cualquier información que surja y que pueda afectar su decisión de participar en este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"LA PSICOTERAPIA COGNITIVA GRUPAL COMO TRATAMIENTO A UN GRUPO DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON FIBROMIALGIA QUE PRESENTAN DEPRESION CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA"

Como paciente del Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, he sido informada del propósito de éste estudio, el procedimiento, los beneficios posibles y los riesgos, y recibido una copia de éste formato. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar.

Su firma indicará que usted ha leído el material presentado y que ha aceptado participar en esta investigación. Usted puede renunciar al estudio en cualquier momento.

Nombre de Participante en letra molde

Fecha

Firma del Participante

Fecha

Firma del Investigador

Fecha

ANEXO No. 2

HISTORIAS CLÍNICAS

Historia Clínica N° 1

Paciente : E.V.
Edad : 48 años
Estado Civil : Unida hace 13 años
Hijos : 3 – M-29, M-27, M24
Escolaridad : 6° año de secundaria
Ocupación : Secretaria.
Diagnóstico : Fibromialgia
Tratamiento de Rehabilitación : 2 ciclos
Cirugía : Vesícula
Medicación psiquiátrica : No

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal
Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
Atención: Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad: Mucho Movimiento; ya que la misma presentaba Dolor.

Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Mucho Movimiento; ya que la misma presentaba Dolor.

Historia Clínica N° 2

Paciente	: Z.H.
Edad	: 38 años
Estado Civil	: Unida
Hijos	: No
Escolaridad	: Educación Primaria Completa
Ocupación	: Empleada doméstica.
Diagnóstico	: Fibromialgia
Tratamiento de Rehabilitación	: 10 sesiones de piscina
Medicación psiquiátrica	: No

Motivo de Consulta

- **Sintomatología Depresiva**

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención	Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje. Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad Mucho Movimiento, ya que la misma presentaba Dolor.

Historia Clínica N° 3

Paciente : D.V.
Edad : 38 años
Estado Civil : Casada
Hijos : 5 – V – 19, V – 16, M – 14, V – 11, M -
Escolaridad : Educación Primaria Completa
Ocupación : manipuladora de alimentos
Religión : Bautista.
Diagnóstico : Disco Herniado
Artrosis
Fibromialgia
Tratamiento de Rehabilitación : 3 años
Medicación psiquiátrica : Si. Ansiedad, depresión, insomnio.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Dépresiva

Examen Mental:

Aspecto General Normal
Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción. Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad: Mucho Movimiento; ya que la misma presentaba Dolor.

Historia Clínica N° 4

Paciente : A.E.
Edad : 47 años
Estado Civil : Casada
Hijos : 3 – V – 25, M- 19, V - 7
Escolaridad : Educación Secundaria Completa
Oficio : Modista
Ocupación : modista en fábrica
Diagnóstico : Lesión en maguito rotador (hombro)
 Fibromialgia
Traatamiento de rehabilitación : 2 años
Cirugía : Mastectomía
Medicación psiquiátrica : No

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal
Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
Atención Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria:	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje:	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción:	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 5

Paciente	: R.S.
Edad	: 37 años
Estado Civil	: Unida
Hijos	: 4 – M – 16, M – 15, V – 11, M - 3
Escolaridad	: Educación Primaria Completa
Ocupación	: Ama de Casa
Religión	: Evangélica
Diagnóstico	: Lesión Medular Fibromialgia Hipertensión Diabetes
Tratamiento Rehabilitador	: 1 ciclos
Medicación psiquiátrica	: Si. Ansiedad, depresión, insomnio.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención	Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 6

Paciente	: N.O.
Edad	: 46 años
Estado Civil	: Separada (unida)
Hijos	: 3 – M - 21, M – 18, V - 11
Escolaridad	: Educación Superior
Profesión	: Laboratorista
Diagnóstico	: Escoliosis Fibromialgia Hipertensión
Tratamiento Rehabilitador	: 4 ciclos
Hospitalizaciones	: 2 veces por Neumonía
Medicación psiquiátrica	: Si. Ansiedad, insomnio.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación

Atención	Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción:	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 7

Paciente	: L.P.
Edad	: 43 años
Estado Civil	: Divorciada
Hijos	: 2 – M – 16, V - 10
Escolaridad	: Educación Superior
Ocupación	: Trabajadora Social
Diagnóstico	: Fibromialgia Síndrome de Heller Danlhos
Tratamiento Rehabilitador	: 4 ciclos
Cirugía	: Salping
Medicación psiquiátrica	: Si. Ansiedad, depresión.

Motivo de Consulta

- Sintomatología **Depresiva**

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención	Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción:	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 8

Paciente	: L.A.
Edad	: 36 años
Estado Civil	: Soltera
Hijos	: No tiene
Escolaridad	: Educación superior
Profesión	: Programadora
Ocupación	: Actualmente sin trabajo
Diagnóstico	: Lesión de Columna (nivel sacra) : Fibromialgia
Tratamiento Rehabilitador	: 6 ciclos
Cirugía	: reconstrucción de rodilla (accidente)
Medicación psiquiátrica	: Si. Ansiedad.

Motivo de Consulta

- **Sintomatología Depresiva**

Examen Mental

Aspecto General	Normal
Conciencia:	Sin alteración al momento de la evaluación

Atención	Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación:	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción.	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 9

Paciente	: J.H.
Edad	: 48 años
Estado Civil	: Unida
Hijos	: 2 – M – 28, M – 20.
Escolaridad	: Educación Superior
Ocupación	: Maestra orientadora
Diagnóstico	: Fibromialgia Osteoartritis
Terapia Rehabilitadora	: 4 ciclos
Cirugía	: Hernia
Medicación psiquiátrica	: No

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención.	Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje.	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 10

Paciente	: C.S.
Edad	: 59 años
Estado Civil	: Soltera
Hijos	: 1 – V - 24
Escolaridad	: Educación Secundaria Completa
Ocupación	: Secretaria. (jubilada)
Fibromial	: Fibromialgia
Terapias Rehabilitadoras	: 4 ciclos
Cirugía	: No fue operada
Medicación psiquiátrica	: Insomnio

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención	Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica Nº 11

Paciente	: D.S.
Edad	: 37 años
Estado Civil	: Casada
Hijos	: 2 – V – 15, M- 9
Escolaridad	: Educación Secundaria Completa
Oficio	: Asistente administrativa
Ocupacion	: oficinista
Diagnostico	: Lumbalgia Fibromialgia
Tratamiento de rehabilitación	: 2 años con 6 meses
Cirugia	: No
Medicación psiquiátrica	: No

Motivo de Consulta

- **Sintomatología Depresiva**

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención	Sin alteración al momento de la evaluación

Orientacion	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica Nº 12

Paciente	: T R.
Edad	: 57 años
Estado Civil	: Casada
Hijos	: 3 – V – 18, M- 23, V - 9
Escolaridad	: Educación Secundaria Completa
Oficio	: Secretaria
Ocupacion	: Asistente Administrativa
Diagnóstico	: Cervicalgia Fibromialgia
Tratamiento de rehabilitación	: 3 años
Cirugía	: no
Medicación psiquiátrica	, No

Motivo de Consulta

- **Sintomatología Depresiva**

Examen Mental:

Aspecto General	Normal
Conciencia	Sin alteración al momento de la evaluación
Atención:	Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación	Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria	Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje	Sin alteración al momento de la evaluación
Senso, percepción	Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas:	llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad	Sin alteración al momento de la evaluación

ANEXO No. 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Este inventario consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. En el diseño de este test, se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción por lo que no se presenta ninguna teoría de la depresión en particular

- 1 Tristeza
- 2 Pesimismo
- 3 Sensación de fracaso
- 4 Insatisfacción
- 5 Culpa
6. Expectativas de castigo
7. Autodesprecio
- 8 Autoincusación

9. Idea suicidas

10 Episodios de llanto

11 Irritabilidad

12 Retirada social

13 Indecision

14 Cambios en la imagen corporal.

15 Enlentecimiento

16 Insomnio

17 Fatigabilidad

18 Pérdida de apetito

19 Perdida de peso

20 Preocupaciones somáticas

21 Bajo nivel de energía

ANEXO No. 4
TERAPIA GRUPAL PARA LA DEPRESIÓN
RESUMEN DE SESIONES

MÓDULO DE RELAJACIÓN

Sesión de Evaluación

En esta sesión se procedió a tomar los datos previos de las participantes, tanto del grupo control como del experimental.

Primera Sesión:

Se practicaron dos dinámicas con el grupo, a manera de integración y fomentando la participación grupal; ya que en un inicio las mismas se notaban poco participativas

Se le enseñó al grupo la técnica de relajación de Benson, concentrándonos en la respiración, imaginándonos la palabra uno con el objeto de enfocar el pensamiento

Tareas

- 1 Se le asignaron lecturas para la próxima sesión del libro **Tus zonas Erróneas y Ayudarse así misma**
- 2 Se les asignó una **compañera con el cual debía comunicarse dos veces a la semana**
- 3 **Practicar el ejercicio de relajación 2 veces al día durante 5 minutos**

Segunda Sesión

- 4 Se le introdujo al grupo el concepto de **Unidades Subjetivas de Malestar (USM)**
- 5 Se esquematizó en un cartón la **escala.**
- 6 Se le enseñó al grupo la **técnica de relajación muscular Profunda (RMP)**

El grupo manifestó un incremento en la tensión luego del ejercicio de relajación, se les explicó que este incremento era normal.

Tareas

- 1 **Practicar una vez al día la Respuesta de Relajación de Benson (5 min)**
- 2 **Practicar una vez al día la Relajación Muscular Profunda (15 min)**
- 3 **Registrar los ejercicios**
- 4 **Lecturas de tus zonas Erróneas y Ayudarse así misma.**
- 5 **Tener 5 situaciones de la semana en que nos hayamos sentido ansiosos o deprimidos**
- 6 **Comunicarse con la compañera.**

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

Sesión 3

Se presentó el concepto de pensamiento automáticos negativos, el grupo participo con experiencias personales.

Tareas

1. Traer 5 a 10 situaciones ansiógenas o depresivas.
2. Practicar la relajación y registrarla
3. Leer los capítulos finales del material fotocopiado.
4. Contactar a la compañera

Sesión 4

Se explica el proceso de la terapia y el rol de las recaídas. Exploramos los síntomas depresivos. Comenzamos a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándose en la experiencia del paciente.

Tareas

1. Definir problemas que las pacientes considerasen podrían influir o contribuir a manifestar síntomas depresivos

- 2 **Técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.**

Sesión 5

- 4 **Análisis de los Supuestos Personales**
- 5 **Aplicación de tareas conductuales como experimentos personales, para comprobar la validez de los supuestos personales**
- 6 **Se le recomendaron a los participantes mantenerse leyendo, haciendo sus ejercicios de relajación, comunicándose con sus compañeras. Se les menciona sobre la semana de evaluación individual**

Sesión 6

Se repasaron todos los conocimientos de la reestructuración cognitiva. Se disculieron las cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables

Revisamos las cogniciones en particular, las expectativas de los pacientes ante sus "debo" en lugar de "quiero"

Sesión 7

Se identificaron los errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los pensamientos automáticos negativos.

MÓDULO EN ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD.

Sesión 8

Introducción del módulo de entrenamiento en asertividad, se explicaron las definiciones de conducta no asertiva, conducta agresiva y conducta asertiva. Se dieron ejemplos proporcionados por las participantes.

Se explicaron mediante ejemplo los componentes de la Asertividad: Contacto visual, Tono de voz, Postura, expresión facial, Tiempo (momento) y Contenido

Entre las tareas se les pidió a las participantes que para la próxima sesión trajeran situaciones en donde fuese necesario una conducta asertiva por parte de las participantes

Sesion 9

Se repartieron dos ejemplos de situaciones y se invitó a las presentes a participar. La participación muy llamativa por parte del grupo. Realizamos una lista de deseos, prestando atención a los objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consistía en que las pacientes se centrasen en sus propias necesidades y expectativas.

Sesion 10

Durante esta sesión se le aplicaron las técnicas de asertividad.

Sesion 11

Durante esta sesión Asistencia, comentarios de las tareas asignadas, solicitar a los integrantes del grupo que relaten alguna situación en donde hayan sido asertivos o hubiesen deseado serlo, con respecto a la problemática actual.

Se les explico como emplear las técnicas de reestructuración cognitiva como ayuda para promocionar el comportamiento asertivo en situaciones emocionalmente difíciles.

Se trabajo con el Role Playing algunas situaciones sugeridas por los participantes.

Se asignaron las tareas

1. Relajación

- 2 Practicar las técnicas asertivas en las situaciones reales
- 3 Contactar a la compañera asignada
- 4 Revisar hojas de metas personales

MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Sesión 12

Asistencias comentarios de problemas encontrados en las tareas, se hizo una exposición dialogada acerca de los pasos involucrados en la resolución de problemas:

Se trabajó algo en las metas individuales de cada cual, feedback al terapeuta y se asignaron en las siguientes tareas:

- 7 Traer un problema como ejemplo en donde se utilizó la técnica
- 8 Hacer los registros de auto relajación
- 9 Contactar con la compañera

Sesión 1

- 6 Asistencia
- 7 Revisión de tareas

- 8 Problemas presentados en la semana.
- 9 Lista de problemas para resolver con la técnica de resolución de problemas, de parte de todos los miembros.
- 10 Generar alternativas a uno de los problemas planteados por los demás miembros del grupo

Sesion 14

Durante esta sesión estuvimos recopilando todas las asignaciones, aclarando interrogantes e interactuando con las participantes. Enfatizar que las técnicas y habilidades adquiridas deben ser utilizadas en problemas, para propiciar la confianza en el desenvolvimiento personal de cada participante.

Sesión 15

EVALUACIONES INDIVIDUALES FINALES

Entrevista Clínica

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck, al grupo experimental.

Aplicar en el Inventario de Depresión de Beck, al grupo control.

En el pre-test y post- test, el grupo control se ubicó en un nivel de depresión grave, consideramos que se le atribuye esta situación; ya que fue el grupo que no recibió la terapia.