

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Programa psicosocial de tratamiento para la fibromialgia

Ana Gaitán Moyar

Director/a: María Rocío Fernández Velasco

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Índice

1. Introducción y justificación del tema elegido	4
2. Objetivos	6
3. Marco teórico	6
3.1. Metodología de la revisión teórica	6
3.1.1. Fuentes de información	6
3.1.2. Términos de búsqueda.....	7
3.1.3. Criterios de inclusión y de exclusión	7
3.2. Definición de los conceptos clave relacionados.....	7
3.2.1. La fibromialgia.....	8
3.2.1.1. Tipos de fibromialgia	9
3.2.3. Rango de edad de la fibromialgia.....	10
3.2.4. Modelo explicativo de fibromialgia	11
3.2.5. Comorbilidad.....	11
3.2.6. Impacto de la fibromialgia en la calidad de vida.....	13
3.2.7. Apoyo social.....	14
3.2.8. Tratamiento para la fibromialgia.....	15
3.2.9. Adherencia al tratamiento	16
3.3. Conclusiones relativas al estudio en cuestión	19
4. Propuesta de intervención	20
4.1. Presentación de la propuesta	21
4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.	23
4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta	23
4.4. Metodología, recursos, etc.	23
4.5. Sesiones.....	26
4.6. Cronograma de aplicación.....	43
4.7. Evaluación de la propuesta.....	43
5. Conclusiones	45
6. Referencias.....	47
7. Anexos.....	58
10. Declaración de autenticidad	67

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Factores asociados a la falta de adherencia.....	17
Tabla 2. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos psicológicos utilizados en fibromialgia.	19
Figura 1. Proceso inicial de publicidad del programa.	24
Figura 2. Proceso de selección	25
Tabla 3. Sesiones, duración y técnicas.	26
Tabla 4. Cronograma.....	43

Resumen

En el presente trabajo se realizará una revisión de estudios empíricos y programas de intervención para conocer las dificultades existentes para tratar la fibromialgia. Tras realizar la revisión teórica se concluye que el mejor tratamiento para abordar los signos y síntomas asociados es el tratamiento multicomponente.

Los programas de intervención presentes en la literatura científica cumplen en líneas generales los objetivos a tratar. Sin embargo, existe la necesidad de crear programas de intervención en los que se cubran las necesidades demandadas por el colectivo, aumentando la adherencia al tratamiento e incluyendo al apoyo social.

En el presente trabajo se diseñará un programa de intervención que tendrá en cuenta lo descrito; constará de 10 sesiones en las que se tratarán los signos y síntomas asociados a la patología. Se pretende reducir la sintomatología ansiosa/depresiva, aumentar el apoyo social y la adherencia al tratamiento, entre otros.

Palabras clave: Fibromialgia, depresión, ansiedad, apoyo social, tratamiento multicomponente.

Abstract

In the present work, it will be performed a review of empirical studies and intervention programs to solve the difficulties in the fibromyalgia's treatment. After a theoretical review, it could be concluded that the best option to approach the signs and symptoms associated is the multicomponent treatment.

Therefore, such intervention programs which appears in the scientific literature accomplish in general terms the developed objectives. However, there is a necessity to create a new program to solve every type of need demanded by the collective, dealing with the decrease of limitations and including social support.

In this work, an intervention plan will be created to solve the described concept. It will be divided into 10 sessions in which the signs and symptoms associated with the pathology will be covered. The final intention is basically to reduce symptoms, increase social support and adhere to the medical procedure, among others.

Keywords: Fibromyalgia, depression, anxiety, social support, multicomponent treatment.

1. Introducción y justificación del tema elegido

La fibromialgia según la Organización Mundial de la Salud (1992) es una patología reumática no articular de origen desconocido que presenta un cuadro clínico fluctuante con dolor músculo-esquelético generalizado. El diagnóstico de esta patología tarda mucho en establecerse debido a su difícil identificación (Álvarez, Álvarez, Montes, Castillo y Mafla, 2019). No existen síntomas orgánicos específicos que demuestren su existencia; se diagnostica por descarte de otras afecciones y evaluando el historial clínico de quienes la padecen (Ramos, Rivera, Belenguer y Siso, 2009; Velasco, 2019). Es importante una detección precoz de la patología para abordarla lo antes posible; el diagnóstico tardío tiene efectos devastadores para las pacientes y deteriora su calidad de vida por la aparición de múltiples comorbilidades y una actitud de afrontamiento pasiva ante el dolor. Sobreviven con él, pero no saben cómo abordarlo.

Es importante tratar las comorbilidades asociadas al síndrome, ya que empeoran gravemente la sintomatología. Hay enfermedades crónicas o degenerativas que coexisten con la enfermedad (Rico y Calandre, 2014; Horta y Romero, 2019). Desde el plano psicológico, se puede intervenir en su aceptación con el fin de presentar una actitud de afrontamiento activa. La fibromialgia presenta elevada comorbilidad con trastornos psicológicos, sobre todo con ansiedad y depresión.

Debido a la clínica polipatológica de la afección el impacto causado en las consultas de salud mental es cada vez mayor, lo cual supone un problema para la sanidad pública (Cabo, Cerdá y Trillo, 2019) debido a la inexistencia de instrumentos/pruebas médicas para realizar un adecuado y certero diagnóstico (Del Olmo, Cuerda y Sancho, 2019), ya que es muy complejo de establecer por la diversidad de enfermedades comórbidas asociadas (Bennett y Friend, 2019).

La fibromialgia es altamente invalidante, ya que afecta a casi todas las áreas personales del paciente; deteriorando su calidad de vida y su apoyo social. El desconocimiento del síndrome afecta tanto al paciente como a los que le rodean, y en ocasiones se cuestionan la existencia de la enfermedad; generando mucha incredulidad (León, 2019), haciendo que el dolor aumente y resulte muy incapacitante. Se recomienda tratar la afección desde una perspectiva multicomponente; terapia cognitivo-conductual combinada con ejercicio físico moderado, tratamiento farmacológico y técnicas de psicoeducación (división APA-12). A pesar de la existencia de programas con estas características, en la investigación se observa un problema recurrente: la falta de adhesión al tratamiento (Guivernau, 2017), que se relaciona con algunos factores como la falta de motivación y la ausencia de apoyo social entre otros (Gil, 2019).

La intervención en ansiedad y/o depresión se ha de realizar para disminuir/erradicar la sintomatología emocional desadaptativa presente en la afección que invalida gravemente a quien la padece deteriorando su calidad de vida, aumentando los síntomas presentes en la patología, generando graves niveles de frustración, aumentando la visión negativa acerca de la enfermedad, exacerbando los síntomas presentes o produciendo nuevos síntomas que deterioran aún más su día a día (Fernández, 2017; Horta y Romero, 2019).

La fibromialgia por sí misma y más aún cuando coexiste con otras patologías, resulta muy invalidante y deteriora la calidad de vida de quienes la poseen (Khatibi, Hollisaz, Shamsoddini, Sobhani y Labbaf, 2019), por lo que es necesario dotar a las personas de recursos orientados a la toma de conciencia de hábitos saludables con objeto de reducir el impacto causado por la patología.

Existen programas con éstas características, aunque presentan limitaciones; ninguno incluye el apoyo social. A lo largo de la bibliografía consultada se aprecia que la falta de adhesión al tratamiento es un problema que aparece en todos los estudios. Esto resulta muy limitante para las pacientes ya que abandonan la terapia cuando aprecian mejorías, sienten que los profesionales no las comprenden o no saben lo suficiente de la patología, hay falta de apoyo social/familiar; para incentivar a las pacientes a continuar con el tratamiento (Betancourt y Gallego, 2016; Gil, 2019; Rodríguez y Trucharte, 2019).

En el presente trabajo se desarrolla una propuesta de intervención basada en la investigación científica revisada que tendrá en cuenta las características del colectivo y la necesidad de introducir a la principal figura de apoyo en el programa de intervención, ya que es importante que las pacientes se sientan comprendidas tanto en el grupo de terapia como fuera de él (en casa), se fomentará la comunicación entre paciente y cuidador/persona de apoyo principal.

Gracias a las sesiones grupales del programa las pacientes podrán obtener más apoyo social, diferente al familiar. Nadie entiende mejor la sintomatología presente en cada una de ellas que alguien que también sufra la afección, aunque de diferente forma y con un grado de impacto distinto.

El aumento de apoyo social producirá un aumento de los recursos existentes en las pacientes, incentivándolas a mejorar su calidad de vida mediante la utilización de los recursos y herramientas que se les proporcionarán en la terapia grupal (desde una orientación cognitivo-conductual, psicoeducativa y ejercicio físico moderado), lo cual promoverá conductas,

cogniciones y un manejo de emociones adaptativo que reducirá la sintomatología asociada a la fibromialgia y los síntomas ansiosos y/o depresivos en caso de que estén presentes.

Se tendrán en cuenta en todo momento las expectativas de cada paciente, el programa se adaptará a las características grupales y personales de cada participante, para poder dotarlos de habilidades de autogestión emocional, aceptación del dolor, aceptación de las limitaciones presentes, adaptación de la nueva situación (laboral, social, física, familiar y emocional), establecimiento de límites, técnicas de asertividad, manejo de estrés, delegar responsabilidades, tolerar la incertidumbre, entre otras cosas más.

En definitiva, el programa trabajará los factores de protección de la enfermedad para que ésta no se cronifique, se intervendrá con los pacientes para evitar la aparición de más secuelas psicológicas, minimizando los factores de riesgo y potenciando los factores de protección; se aumentará el apoyo social mediante una buena relación de pareja, aumentando el apoyo familiar, se buscará un equilibrio entre la actividad y el descanso. Desde el inicio se proporcionarán herramientas para afrontar la aparición de psicopatologías (ansiedad y depresión), centrándose en el aumento de su bienestar y en sus necesidades presentes, estableciendo una comunicación asertiva con quienes las rodean.

2. Objetivos

Objetivo del TFM derivado de la revisión es realizar una propuesta de intervención en la que se conozcan las características y necesidades del colectivo de personas con fibromialgia (Betancourt y Gallego 2016; Gil, 2019), revisar qué programas se están llevando a cabo para combatir la sintomatología presente en la patología y mejorar el proceso de adaptación (Rodríguez y Trucharte, 2019) de quienes la padecen; mediante la revisión de la eficacia y la atención prestada a otros síntomas o problemas como ansiedad y depresión.

3. Marco teórico

3.1. Metodología de la revisión teórica

3.1.1. Fuentes de información

Se ha obtenido información fundamentalmente de bases de datos como Dialnet Plus, Psichinfo, Google Académico, así como Scielo y Pubmed.

3.1.2. Términos de búsqueda

Se han utilizado los siguientes operadores booleanos: Fibromialgia, apoyo social, calidad de vida, comorbilidades, terapia, cognitivo-conductual, tratamientos, adherencia, eficacia, mindfulness.

3.1.3. Criterios de inclusión y de exclusión

Se han utilizado filtros relacionados con el año de publicación (2010-2019, ampliando a 2000-2009 en situaciones puntuales) y relacionados con el tipo de texto (completo, artículos científicos).

3.2. Definición de los conceptos clave relacionados

3.2.1. La fibromialgia

La fibromialgia fue reconocida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una patología reumática no articular, de dolor músculo-esquelético generalizado, de origen desconocido. Presenta un cuadro clínico fluctuante y cronificado en el tiempo, que se diagnostica, siempre y cuando se descarte la existencia de otras patologías/alteraciones que expliquen mejor la sintomatología presente (López y Mingote, 2008).

La ausencia de síntomas orgánicos objetivos, demostrables y específicos, generan situaciones clínicas conflictivas que dificultan el diagnóstico de la patología debido a la inexistencia de pruebas diagnósticas específicas que confirmen la presencia de fibromialgia (Ramos, Rivera, Belenguer y Siso, 2009). En las guías de práctica clínica no hay pruebas de laboratorio ni biomarcadores para el diagnóstico de la misma, por lo que la base para establecer el diagnóstico de fibromialgia se basa en los datos proporcionados por la historia clínica del paciente, una evaluación física y la realización de diferentes pruebas que descarten otras patologías (Velasco, 2019).

El Manual de Clasificación de Enfermedades, CIE-10, incluye a la fibromialgia como una enfermedad del aparato musculo-esquelético y del tejido conectivo, dentro del subgrupo de trastornos de las partes blandas no especificados, mediante el código de clasificación M79.7. (CIE-10, 2018). Pero no la incluye dentro de los trastornos psiquiátricos.

El Dsm-5 (American Psychiatric Association, 2014) enmarca los signos y síntomas presentes en la fibromialgia dentro de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados, pero no incluye un apartado específico para la patología.

La variabilidad de diagnósticos que han recibido los signos y síntomas de la fibromialgia a lo largo del tiempo han dificultado un enmarque teórico adecuado y concreto de la misma, es por eso que el establecimiento de los síntomas asociados ha sido y sigue siendo objeto de controversia para establecer los límites de un adecuado diagnóstico con el nombre de fibromialgia (Secretaría de Estado y de la Seguridad Social, 2019).

La American College of Rheumatology, en 2010, introdujo y estableció unos criterios para realizar un buen diagnóstico de la enfermedad:

- Dolor generalizado (durante más de 3 meses) en 4 cuadrantes del cuerpo (lado izquierdo y derecho, arriba y debajo de la cintura), y dolor en el esqueleto axial.

- Dolor al presionar 11 de 18 puntos sensibles (ANEXO I), con una fuerza aproximada de 4 Kg. (Wolfe et al., 1990).

Estos criterios han sido criticados y cuestionados debido a la falta de especificidad y de etiopatogenia.

Algunos autores proponen reconsiderar los criterios ya establecidos mediante los “indicadores ABC”:

- A: algesia.
- B: distribución bilateral y simetría axial del dolor.
- C: angustia crónica.

Estos indicadores han sido objeto de estudio en un artículo presentado recientemente, los resultados muestran que “los indicadores ABC” proporcionan mejor especificidad, menor sensibilidad y mejor efectividad diagnóstica general que los criterios originales de 2011 (Stewart et al., 2019).

3.2.1.1. Tipos de fibromialgia

Se han identificado varios tipos de fibromialgia, dependiendo del perfil psicopatológico y de las características presentes en cada paciente, Belenguer y sus colaboradores proponen la siguiente clasificación (Belenguer, Ramos, Siso y Rivera, 2008):

- Tipo I: Ideopática, se caracteriza por la sensibilidad extrema al dolor, no está asociada a ningún proceso psiquiátrico.
- Tipo II: asociada a patologías crónicas, presenta un cuadro clínico autoinmune y/o crónico, y a continuación se desarrolla la fibromialgia.
- Tipo III: asociada a enfermedades psicopatológicas.
- Tipo IV: simulada, para conseguir un objetivo concreto (baja laboral, atención del entorno, incapacidad laboral, etcétera (etc.)) (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

En España también se utiliza la clasificación propuesta por Giesecke (Alegre et al., 2010), basada en la combinación de tres variables (estado de ánimo, aspectos cognitivos, variables biológicas). Dependiendo de la influencia de cada variable en la persona, se pueden diferenciar los siguientes grupos:

- Grupo 1: niveles moderados de depresión, ansiedad, catastrofismo y control del dolor. Baja hiperalgesia.
- Grupo 2: niveles elevados de depresión, ansiedad, catastrofismo y bajo control percibido del dolor. Alta hiperalgesia.
- Grupo 3: niveles normales de depresión y ansiedad, catastrofismo muy bajo, elevado control del dolor percibido. Muy elevada hiperalgesia. (Secretaría de Estado y de la Seguridad Social, 2019).

3.2.2. Prevalencia

La elevada prevalencia de la fibromialgia supone un problema para la salud pública española, debido su clínica polipatológica (Cabo, Cerdá y Trillo, 2019).

En España la prevalencia de la fibromialgia, en población mayor de 20 años, es de un 2,4% (700.000 afectadas), siendo mayor en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%), en adolescentes no se aprecian tantas diferencias entre sexos. En investigación se observa que los datos de prevalencia de la fibromialgia están entre un 0,7 y de un 20% (Álvarez, Álvarez, Montes, Castillo y Mafla, 2019).

En las consultas de salud mental, es cada vez más frecuente y en ocasiones se asocia a trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión sobretudo) (Bonete et al., 2016), debido a la invalidez que supone la presencia de dolor crónico entre otros síntomas (Grayston et al., 2019).

Nota: debido a que la fibromialgia es más prevalente en mujeres que en hombres la redacción del presente TFM se hará en femenino.

3.2.3. Rango de edad de la fibromialgia

La fibromialgia se diagnostica tardíamente debido a la complejidad del síndrome. Los primeros síntomas aparecen a los 20 años de edad, aunque la incidencia máxima de la enfermedad se da en torno a los 40-49 (Cabo, Cerdá y Trillo, 2017) años de edad (4,9%), mientras que la incidencia es mínima a los 80 años, siendo casi nula su aparición (Álvarez, Álvarez, Montes, Castillo y Mafla, 2019).

La aparición temprana de la fibromialgia provoca que con el paso de los años la enfermedad se cronifique, a mayor edad mayor cronicidad de la enfermedad (Khatibi, Hollisaz, Shamsoddini, Sobhani y Labbaf, 2019).

3.2.4. Modelo explicativo de fibromialgia

A lo largo de los años, han aparecido distintas teorías para explicar la etiología de la fibromialgia: teoría muscular, endocrina, neurológica, de los principales factores de riesgo, psicógena, de estrés postraumático, etc. (Briones, 2014).

Los modelos explicativos utilizados para explicar el conjunto de signos y síntomas pertenecientes a la fibromialgia han sido: modelo centrado en psicoterapia multidimensional (Cornejo y Barros, 2015), modelo de perspectivas cambiantes de Paterson (Taylor, Adelstein, Fischer, Murugesan y Anderson, 2016), modelo de personalidad: basado en la influencia que presentan las características de personalidad en el desarrollo de la fibromialgia (Torres, 2017), modelo de procesamiento temporal, modelo de la regulación emocional basado en las características formales e informales, modelo de regulación emocional basado en estrategias, modelo de regulación emocional basado en habilidades (Reche, 2019).

Desde hace tiempo y en la actualidad la comunidad científica ha elegido el modelo biopsicosocial (véase ANEXO II) para contextualizar el síndrome de fibromialgia (Borrell, 2002; Gluck, 2018). Según el cual, la patología podría estar originada en el Sistema Nervioso Central donde se produce una descompensación (posiblemente hereditaria) de neurotransmisores encargados de modular el dolor, amplificando la percepción de las dolencias existentes (Triviño, Solano y Siles, 2014) y agravando los signos y síntomas asociados (empeoran y/o aumentan). La calidad de vida de quienes padecen la patología disminuye debido a la gran cantidad de recursos que han de generar para afrontar la enfermedad (Collado et al., 2006).

Es conveniente para los afectados y para los profesionales un conocimiento exhaustivo de la fibromialgia para establecer un buen diagnóstico y buenos hábitos de afrontamiento, cuidado y autocuidado; para mejorar la calidad de vida y aumentar los recursos presentes (Del Olmo, Cuerda y Sancho, 2019).

3.2.5. Comorbilidad

La fibromialgia coexiste con otros síndromes crónicos como: la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la espondilitis anquilosante, la artrosis, la enfermedad inflamatoria intestinal, etc. (Rico y Calandre, 2014).

La comorbilidad con trastornos psicológicos es elevada, sobre todo con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de personalidad. También existe comorbilidad con trastornos

del sueño y alteraciones cognitivas, presentando múltiples somatizaciones: migrañas, síndrome de intestino irritable, fatiga crónica, depresión mayor, ansiedad, cefaleas, hipersensibilidad, parestesias, etc. (Horta y Romero, 2019).

Las comorbilidades son muy diversas y aparecen asociadas al síndrome, relacionadas con el dolor o no relacionadas con el mismo (véase ANEXOIII) (Bennett y Friend, 2019). Cuando están relacionadas con el dolor, éste se cronifica y se mantiene a lo largo del tiempo generalizándose y formando un círculo vicioso que invalida gravemente a la paciente y afecta a diferentes áreas (laboral, social, psicológica, familiar, etc.). En ocasiones el dolor resulta muy invalidante y provoca la aparición de los síntomas asociados, aunque no se aprecien anomalías físicas, ni inflamación en las zonas afectadas (Triviño, Solano y Siles, 2014).

Tanto la depresión como la ansiedad son patologías muy estrechamente relacionadas con enfermedades crónicas y presentan una elevada prevalencia con fibromialgia. Su aparición, junto con los trastornos músculo-esqueléticos es altamente incapacitante, incluso cuando actúan de forma independiente (Horta y Romero, 2019).

La ansiedad y la depresión suelen aparecer con la fibromialgia (Pareja et al., 2004). La coexistencia con depresión es muy variable aunque es frecuente que se asocie a otros síntomas como el sueño no reparador, cansancio, dolencias generalizadas, etc. (Mayorga et al., 2010).

No se sabe con certeza si éste conjunto de desajustes emocionales son causa de la enfermedad, son comórbidos o son consecuencia del diagnóstico de la misma (Revuelta, Segura y Paulino, 2010), pero producen un empeoramiento del curso de la enfermedad y del estado de salud en general que provoca un mal afrontamiento de la patología haciendo que se cronifique en el tiempo y se deteriore la calidad de vida de quien la padece (Fernández, 2017).

Las pacientes se perciben a sí mismas con una discapacidad funcional importante (moderada-severa), debido a la intensidad del dolor y a los factores psicológicos afectados (Horta y Romero, 2019).

3.2.6. Impacto de la fibromialgia en la calidad de vida.

La fibromialgia es una patología muy impactante y compleja; debido a su dificultoso y tardío diagnóstico que eleva la incapacidad percibida por las pacientes, a causa de los signos y síntomas presentes en ella, dando lugar a que sentimiento de incertidumbre e incredulidad aumente, provocando una disminución en la calidad de vida posterior a la aparición de los síntomas iniciales de la enfermedad (Collado et al., 2006).

Quienes la padecen han de generar una amplia gama de recursos de afrontamiento de forma casi autónoma, ya que el apoyo social se deteriora gravemente y dejan de ser personas socialmente activas y laboralmente productivas (Montero, 2010; Briones, Ronda y Vives, 2014). La complejidad de los síntomas asociados, su invisibilidad y la elevada incapacitación generan en el entorno desconfianza acerca de la presencia de la enfermedad (Triviño, Solano y Siles, 2014).

No hay evidencia de enfermedad porque se desconoce su causa y no hay ninguna prueba médica que pueda corroborarla (Del Olmo, Cuerda y Sancho, 2019). La fiabilidad de los instrumentos genéricos para evaluar la calidad de vida de las pacientes con fibromialgia/dolor músculo-esquelético crónico debe evaluarse mejor (Wittkopf, Zomkowski y Sperandio, 2017).

El deterioro en la calidad de vida provoca una percepción más aversiva de la patología; aumenta el dolor, las quejas somáticas, la sintomatología ansiosa y/o depresiva (Alpi, 2010). Con el paso del tiempo aumentan los síntomas existentes y se agravan con la presencia de otros factores como un IMC (índice de masa corporal) elevado y una edad avanzada (Khatibi, Hollisaz, Shamsoddini, Sobhani y Labbaf, 2019).

A pesar de lo indicado con anterioridad, existen factores que aumentan la calidad de vida de las personas con fibromialgia:

- Presentar rasgos de extraversión y optimismo: aumenta la capacidad para identificar emociones, promueven un buen afrontamiento del dolor, búsqueda de nuevas sensaciones y realización de diferentes actividades (Federman, Schwartz y Amital, 2019).
- Obtener un rendimiento óptimo en el desempeño de las tareas cotidianas: generando recursos específicos, realizando modificaciones en el ambiente, aumentando las expectativas de autoeficacia, fomentando el apoyo social, logrando un buen clima laboral y familiar (Marrero, Moreno e Sánchez, 2017).

- Realización de acciones de autocuidado: ejercicio físico moderado (fomenta la elasticidad y el equilibrio) (Chiaramonte, Bonfiglio y Chisari, 2019), actividades gratificantes, disfrute del ocio y tiempo libre (Andrade, 2018).

La realización de éstas produce un aumento en la calidad de vida, ya que esto es un acto de empoderamiento hacia la persona y da sensación de control, sobre la compleja patología (Kim y Hoffman, 2019).

La relación entre la fibromialgia y la calidad de vida puede variar de acuerdo con algunos aspectos; número de áreas dolorosas, cantidad de brotes existentes, gravedad de la enfermedad, deterioro de las relaciones conyugales, cronicidad del dolor, etc. (Huang, Jones, Bennett, Hall y Lyons, 2018).

3.2.7. Apoyo social

El apoyo social percibido por las pacientes con fibromialgia influye en la percepción del dolor presente, cuanto más apoyo social percibido mayores niveles de bienestar subjetivo (Cuetos y Amigo, 2018) y menores niveles de depresión y ansiedad. Si el apoyo social percibido es poco o casi nulo la percepción subjetiva del dolor aumenta; provocando la aparición o el aumento de síntomas depresivos y/o ansiosos (Salgueiro et al., 2009).

Para que los síntomas no se agraven es necesario establecer relaciones empáticas, de manera que la persona se sienta comprendida, acogida, escuchada y acompañada en todo momento (Roth, Portillo, Folch y Palop, 2017). La falta de comprensión percibida ante el desconocimiento del síndrome, tanto por las pacientes como por sus familiares y los profesionales que diagnostican los primeros síntomas de la enfermedad, provoca en quienes la padecen grandes sentimientos de frustración, agravando considerablemente los síntomas presentes, no visibles y característicos del síndrome (León, 2019).

La invisibilidad de los signos y síntomas presentes en la fibromialgia provoca desconfianza en el entorno social del paciente, con respecto a la presencia de la enfermedad (Triviño, Solano y Siles, 2014).

Los hallazgos científicos muestran cómo el apoyo de las parejas (Sanabria y Gers, 2019), la familia y los compañeros es crucial para aceptar el diagnóstico, adaptarse a las demandas de la afección y buscar ayuda. Es importante establecer una red de apoyo entre iguales; para que personas con fibromialgia, den apoyo a otras personas con la misma afección (Huang, Jones, Bennett, Hall y Lyons, 2018).

En ocasiones, dependiendo de cada caso en concreto y de la cantidad de brotes presentes en la persona, se puede identificar la figura del cuidador/ra principal (sobre todo cuando existe un grado de dependencia elevado). Pudiendo ser cualquier miembro de la familia, la pareja o en ocasiones la misma persona (Vázquez, Pereiró y Aguilar, 2019).

3.2.8. Tratamiento para la fibromialgia

Hasta la fecha no se ha descrito un tratamiento farmacológico o no farmacológico, único, específico y válido para tratar la fibromialgia (Goldenberg, Burckhardt y Crofford, 2004). En la actualidad no hay evidencias de que el tratamiento farmacológico sea mejor que el no farmacológico (Álvarez, Álvarez, Montes, Castillo y Mafla, 2019).

Según la división APA 12 en la actualidad (Society of Clinical Psychology Division 12 of the APA, 2020), la fibromialgia es una condición de dolor crónico generalizado. Los dominios de síntomas que preocupan a las pacientes incluyen dolor y sensibilidad persistentes, rigidez, fatiga, trastornos, trastornos del sueño, problemas del estado de ánimo y disminución del estado funcional. No hay tratamientos consistentemente efectivos; sin embargo, la evidencia más sólida actualmente respalda el uso de varios enfoques farmacológicos, ejercicio aeróbico y terapia cognitivo conductual (TCC).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado tener gran relevancia para intervenir en fibromialgia, pudiéndose observar como disminuye el dolor una vez que se realiza (Zabihyeganeh et al., 2019). Se adapta para abordar muchos de los dominios de síntomas asociados con la fibromialgia, enfatiza el aprendizaje de respuestas conductuales adaptativas a la enfermedad y al hacerlo, se enfoca en reducir el dolor y la angustia modificando sensaciones físicas, altera los estilos cognitivos, emocionales y conductuales de la enfermedad (Wetherell et al., 2011). Dado que la fibromialgia es un trastorno multifacético; el tratamiento unimodal (es decir, centrarse solo en el dolor) es poco probable que conduzca a resultados máximos positivos.

Las intervenciones grupales combinadas (terapia psicológica y ejercicio físico) con psicoeducación dotan a las pacientes de habilidades para gestionar el dolor (Torres y Benachi, 2018), hacen que disminuyan los síntomas de la fibromialgia modificando algunas comorbilidades (ansiedad y depresión) (Cantero, Cabrera, López y Saúl, 2019). De forma que se mejoran y se integran las habilidades en el estilo de vida de una persona, la TCC se basa en el autocontrol, el ensayo de habilidades y el refuerzo social. La TCC para la fibromialgia se puede administrar individualmente o en grupos pequeños (siendo recomendable unas 6-10 sesiones).

La terapia de aceptación y compromiso se está utilizando para reducir el dolor crónico (Veehof, Oskam, Schreurs y Bohlmeijer, 2011), en algunos casos ha demostrado evidencia (Association for Contextual Behavioral Science, 2014).

Las técnicas de mindfulness, atención plena y aceptación y compromiso han obtenido resultados prometedores pero inciertos para la fibromialgia (Haugmark, Hagen, Smedslund y Zangi, 2019).

A pesar de existir programas que combinan tratamientos farmacológicos, no farmacológicos, ejercicio físico moderado, terapia cognitivo-conductual, tratamientos psicoeducativos, etc. En toda la investigación aparece un problema muy recurrente, los pacientes presentan muy poca adhesión al tratamiento y una alta tasa de abandono (Guivernau, 2017).

3.2.9. Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento es desde hace tiempo una de las principales dificultades presentes para tratar la fibromialgia. Las comorbilidades asociadas al síndrome son la causa principal de que la paciente no se adhiera al tratamiento, por lo que será necesario evaluar todas las etapas del mismo para asegurar el cumplimiento del plan terapéutico establecido y saber si está habiendo un retroceso de la sintomatología (Prodanov, 2011).

Es crucial escuchar a la paciente de forma activa y muy empática para saber cuál es su sintomatología en todo momento. Las pacientes con fibromialgia presentan algunas características comunes que no favorecen la adhesión al tratamiento como: la exigencia, la elevada moralidad, la alta honestidad, la hiperresponsabilidad, son muy cuidadosas, cautelosas y meticulosas en su vida. Es necesario establecer un plan terapéutico teniendo en cuenta las características de la paciente y que el profesional que la atienda sea experto en la problemática presente, conozca la dificultad de la misma y sus diversas comorbilidades (Comeche et al., 2010).

En esta tabla se muestran los factores asociados a la adherencia al tratamiento, es necesario tenerlos presentes para un buen tratamiento de la patología y adelantárselos a las pacientes, ya que la falta de adherencia perjudica la sintomatología presente y no permite aplicar un tratamiento adecuado.

Tabla 1. Factores asociados a la falta de adherencia

AUTOR	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA	CONSECUENCIAS
Escudero et al., 2010.	Falta de motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición de brotes. - Cronificación de enfermedad. - Dificultad de diagnóstico. - Frustración. - Expectativas no realistas respecto a la terapia.
Betancourt y Gallego, 2016.	Falta de conocimiento científico profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Frustración e incomprensión. - Desmotivación para seguir con el tratamiento.
	Falta de recursos en el sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> - No hay derivación a terapia psicológica. - Tratamiento psicológico secundario. - Sólo prescriben fármacos. - Inexistencia de abordaje multidisciplinar. - Desinformación.
	“Elevado coste” de terapia psicológica privada	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando hay mejoría en el tratamiento las pacientes abandonan. - Falta de ayuda familiar económica. - Falta de apoyo familiar. - No perciben mejorías a corto plazo.
	Beneficios limitados	<ul style="list-style-type: none"> - La medicación no produce los efectos esperados o duran poco tiempo.
Gil, 2019.	Falta de empatía profesional.	<ul style="list-style-type: none"> - Las pacientes no preguntan con libertad. - Sentimientos de enjuiciamiento e incomprensión.

	Falta de comprensión familiar.	de	- Frustración y desgana. - No piden ayuda. - Abandono del tratamiento.
Rodríguez y Trucharte, 2019.	Inactividad física.	y	- Aumenta el dolor. - Imposibilita a las pacientes. - A corto plazo el dolor es muy fuerte y no ven beneficios. - Sólo se aprecian beneficios de hacer ejercicio físico moderado, tras un tiempo de realizarlo.
	No continuidad del tratamiento.		- Aumenta la visión negativa respecto a la terapia. - Beneficios “limitados” por el abandono voluntario. - Falta de conocimientos necesarios.

Los factores relacionados con la adherencia al tratamiento según la OMS (2014) son los factores relacionados con el paciente (su medio económico, cultural y social), los factores relacionados con la enfermedad, los factores relacionados con el fármaco y el tratamiento, los factores relacionados con profesionales de la salud y los factores relacionados con los servicios de salud.

En diferentes guías de práctica clínica se enfatiza la importancia de la educación y de un buen conocimiento del síndrome, permitiendo a las pacientes obtener un tratamiento adecuado que se base en la aceptación de la pérdida de control (sobre ciertos aspectos de su vida), tolerancia del miedo a la enfermedad y a la construcción de una nueva vida con las condiciones físicas de su cuerpo, presentando una actitud de afrontamiento activa ante la fibromialgia (Sanabria y Gers, 2019).

La presencia del dolor puede activar el comportamiento adherente en el colectivo en busca de disminuir las dolencias o de erradicarlas. Para lograr un buen tratamiento y fomentar la adherencia al mismo, será necesario tener en cuenta todo lo indicado con anterioridad y adelantar las dificultades que puedan aparecer durante el proceso terapéutico, siendo éste continuo y sistemático (Alvarado y Oliva, 2019).

3.3. Conclusiones relativas al estudio en cuestión

En conclusión a la revisión teórica realizada en el presente TFM se puede afirmar que para realizar el diagnóstico de fibromialgia de forma eficaz y certera sigue habiendo dificultades, no existen utensilios específicos para identificar la enfermedad y se diagnostica por descarte de otras patologías, por ello existen distintos tipos de tratamiento que presentan diferentes ventajas e inconvenientes. A continuación se muestran los diferentes tratamientos utilizados hasta el momento con sus ventajas e inconvenientes.

Tabla 2. *Ventajas e inconvenientes de tratamientos psicológicos utilizados en fibromialgia.*

Tipos de tratamientos	Ventajas	Inconvenientes
Farmacológico	Reduce el dolor rápido.	Se produce habituación; tras un tiempo hay que cambiarlo.
Ejercicio aeróbico moderado	Aumenta la elasticidad, mejora los síntomas fisiológicos.	Resultados a largo plazo; aparecen agujetas y se produce abandono.
TCC	Trabaja a nivel cognitivo y conductual.	Resultados a largo/medio plazo; si no se adelantan dificultades las pacientes abandonan cuando ven mejorías, provocando recaídas y un aumento/aparición de ansiedad y/o depresión.
Multicomponente	Combina todas las ventajas anteriores.	Combina todas las desventajas anteriores.

En los diferentes tipos de tratamientos que se proponen la literatura científica para abordar los síntomas de la fibromialgia no incluyen el apoyo social de las pacientes como parte del mismo, siendo muy demandado a lo largo de toda la revisión científica por el colectivo, ya que no se sienten comprendidas por su grupo de apoyo más cercano (en ocasiones tampoco por

los profesionales) y resulta muy incapacitante para ellas, haciendo que aumenten los signos y síntomas presentes en la enfermedad.

En los programas elaborados ya existentes aparece una elevada tasa de abandono y las usuarias no se adhieren bien a los tratamientos, posiblemente debido a la complejidad de la patología presente y a las comorbilidades asociadas (ansiedad y depresión) que no son tratadas en la mayoría de ocasiones. En los estudios científicos revisados se afirma que los profesionales no suelen informar a las pacientes de los síntomas relacionados con la afección y de las posibilidades de tratamientos no farmacológicos o combinados existentes, debido a la falta de formación profesional en el ámbito, esto resulta muy aversivo y hace que aumente la sensación de incredulidad con respecto a la enfermedad, las pacientes no comprenden lo que les pasa y se desesperan dejando de buscar alternativas diferentes (además de por el coste económico que supone, que suele ser elevado), dando lugar a la aparición de otras patologías comórbidas que agravan aún más los síntomas y provocan que la paciente se aíse de los demás.

Para realizar un buen tratamiento será necesario tratar los síntomas asociados a la patología, conocer muy bien las características de la fibromialgia, realizar un tratamiento combinado en el que se adelanten las posibles dificultades que puedan aparecer y tener en cuenta las características y demandas individuales de las personas que presentan ésta afección.

4. Propuesta de intervención

Teniendo en cuenta todo lo descrito con anterioridad, la presente propuesta de intervención cubrirá algunas de las necesidades primordiales de pacientes con fibromialgia que presenten ansiedad y/o depresión; intentando aumentar la calidad de vida de las pacientes mediante la reducción de los síntomas presentes, el aumento de apoyo social, la tolerancia del dolor crónico y de la incertidumbre de la enfermedad, el entrenamiento en asertividad para poder aumentar las relaciones sociales y fomentar una actitud positiva frente a la misma, que será crucial para la realización de las tareas cotidianas. Se planificarán actividades gratificantes y se establecerá un plan dedicado al auto-cuidado personal, con el objetivo de disminuir el impacto causado por la enfermedad.

Al inicio del programa se realizará una evaluación individual, antes de iniciar el tratamiento grupal que da paso a la fase posterior del programa en gran grupo, incorporando a la red de apoyo principal; conjugando componentes psicoeducativos y terapéuticos para obtener la participación activa por parte de las integrantes del grupo.

La eficacia del programa se evaluará mediante la comparación de los resultados de los cuestionarios administrados al inicio y al final del programa.

4.1. Presentación de la propuesta

El presente TFM propone el diseño de un programa grupal integrativo para personas con fibromialgia que presenten sintomatología ansiosa y/o depresiva y para sus principales figuras de apoyo.

Las participantes serán dotadas de recursos de afrontamiento para la enfermedad con el fin de que comprendan con exhaustividad la sintomatología presente en cada una de ellas, puesto que la desinformación sobre su sintomatología es uno de los grandes problemas recurrentes en el colectivo, serán informadas de hábitos saludables para el afrontamiento de la patología (factores de protección y riesgo), se les dará un modelo explicativo de la presencia de los signos y síntomas que presentan; especificándoles como interfiere esto en su día a día.

Se utilizarán diferentes modelos explicativos adaptados a cada paciente (siempre que sea posible), se empleará psicoeducación, reestructuración cognitiva, la técnica de la flecha descendente, técnicas de asertividad, explicación del modelo ABC, explicación de distorsiones cognitivas e ideas irracionales, etc.

Una vez que la paciente sea capaz de manejar las técnicas enumeradas entre otras, tendrá un mejor afrontamiento del dolor y sentirá control sobre la enfermedad, provocando que la persona se empodere frente a la patología y no se sienta impotente ante la molesta sintomatología.

El programa va dirigido a personas que estén en tratamiento farmacológico o no, en todo momento se tendrán en cuenta las necesidades grupales e individuales, en la medida de lo posible.

Los criterios de inclusión serán:

- ✓ Ser hombre o mujer.
- ✓ Presentar una edad de 20-50 años. A los 20 años aparecen los primeros síntomas de la fibromialgia y a los 40-49 aparece el pico más elevado de incidencia.
- ✓ Presentar el diagnóstico médico de fibromialgia, independientemente del tipo que sea.
- ✓ Presentar sintomatología ansiosa, depresiva o ambas.

Los criterios de exclusión serán:

- ✗ Ser menor de 20 años (no suele aparecer antes de los 20 años).
- ✗ Ser mayor de 50 años (a mayor edad se observa una menor prevalencia y la patología está más cronicada y aparecen más comorbilidades o se agravan).
- ✗ No presentar el diagnóstico médico de fibromialgia.
- ✗ Tener depresión mayor o cronicada.
- ✗ Presentar un trastorno de personalidad, de estrés postraumático, ansiedad/fobia social (deberían de ser tratados antes porque pueden aparecer problemas en grupo).
- ✗ Presentar comorbilidades crónicas asociadas: lupus eritematoso, enfermedades coronarias, artritis reumatoide, enfermedades terminales, etc. (en éste caso el/la terapeuta valorará si es conveniente o no que entre la persona en el programa, debido a la complejidad del síndrome en sí y al impacto que cause la afección presente).

Las usuarias que cumplan algún criterio de exclusión serán eliminadas del programa o derivadas a terapia individualizada en los casos más graves.

El orden de las actividades desarrolladas a lo largo de la presente propuesta de intervención se ha realizado teniendo en cuenta las necesidades primarias y de mayor demanda del colectivo de usuarias que presentan esta afección, con objeto de satisfacer desde el principio sus necesidades primarias; se empezará por la parte psicoeducativa, cognitiva y emocional, ya que a lo largo de la revisión teórica se observa que una de las principales demandas de las usuarias es identificar los signos y síntomas presentes, sentirse comprendidas y entender lo que les pasa y a qué se debe. La incompreensión percibida por el colectivo de personas con esta afección provoca que aumenten los niveles de impotencia de las afectadas incrementando la tasa de abandono del tratamiento, debido a que es prácticamente imposible que una persona que no las comprenda y no entienda la patología las pueda ayudar.

Después se continúa trabajando la parte más fisiológica, ya que será más fácil que las usuarias tomen conciencia de las sensaciones corporales presentes y se distancien del dolor mediante relajación.

4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.

- Objetivos generales: aumento del bienestar emocional, de la calidad de vida y reducción de algunas psicopatologías asociadas a la fibromialgia.
- Objetivos específicos para síntomas comórbidos: reducir o eliminar dos de las psicopatologías más prevalentes en fibromialgia (ansiedad y/o depresión).
- Objetivos específicos contextuales: aumentar el apoyo social y el entendimiento del mismo sobre la patología, aumentar la calidad de vida, aumentar la comprensión de la enfermedad y de los síntomas asociados por parte del principal apoyo social, aumentar/fomentar la ayuda adecuada por parte del apoyo social, aumentar la comunicación y las conductas asertivas, aumentar las nuevas relaciones sociales y aumentar las actividades gratificantes.
- Objetivos específicos relacionados con el tratamiento: disminuir la tasa de abandono, aumentar la adherencia al tratamiento, dotar a las pacientes de recursos para un buen afrontamiento de la enfermedad, disminuir la ansiedad, disminuir la depresión, aumentar la tolerancia a la incertidumbre, conseguir en las pacientes un manejo del dolor adecuado, aceptación de las limitaciones y de la situación presente, aprender a comunicarse mediante la asertividad, aumentar la autoeficacia y el autoconcepto, disminuir la autoexigencia y la hiperresponsabilidad.

4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

La presente propuesta de intervención podría ser aplicada en diversos contextos, abarcando desde clínicas privadas hasta entornos públicos y asociaciones, por ejemplo: clínicas de fisioterapia, centros y asociaciones de fibromialgia, centros de salud y hospitales (privados y públicos), clínicas de psicología, centros multidisciplinarios, gimnasios y centros deportivos, áreas de servicio sociales y de atención local.

4.4. Metodología, recursos, etc.

Para la realización e implementación del presente programa, será necesario contactar con alguno de los contextos enumerados en el punto 6.3.

El programa se presentará de la siguiente forma:

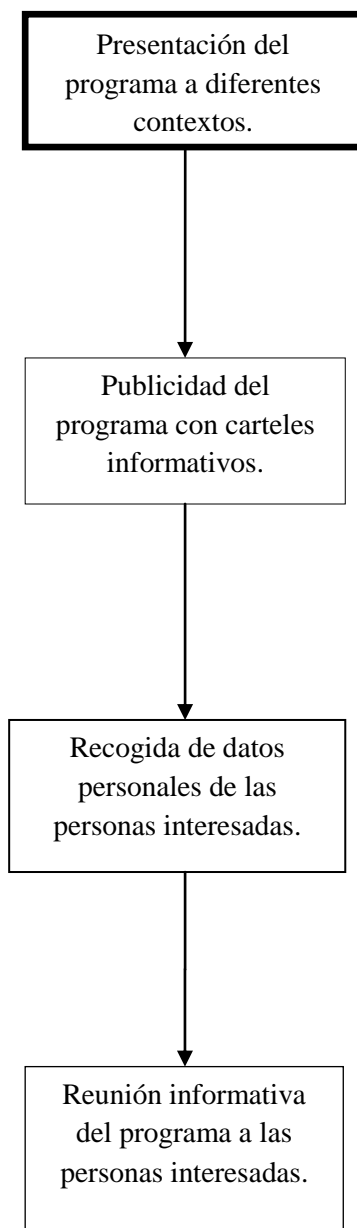


Figura 1. Proceso inicial de publicidad del programa.

Una vez realizado todo el proceso publicidad del programa y la reunión informativa con las personas interesadas, se fijan las entrevistas iniciales y comienza el proceso de selección de la siguiente forma:

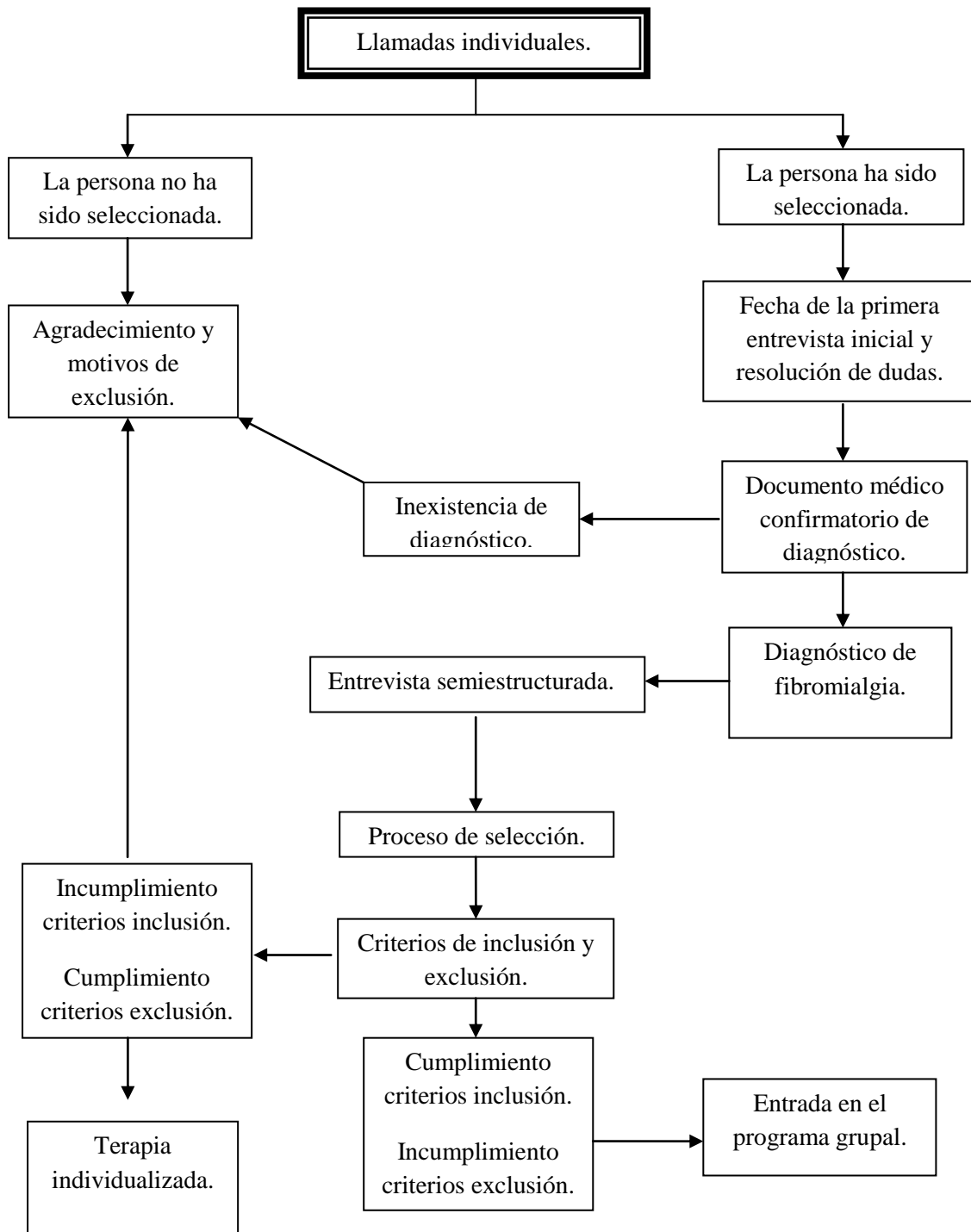


Figura 2. Proceso de selección. Será realizado en un tiempo máximo de entre 6 y 7 días y a continuación comienza el programa grupal, con grupos de entre 8 y 10 personas.

4.5. Sesiones

El programa se compone de 10 sesiones; 8 sesiones con el grupo de participantes (de una hora y media de duración) y 2 sesiones con las participantes y sus acompañantes (de dos horas de duración).

En la siguiente tabla se muestran las sesiones, su duración y las técnicas empleadas, que detallarán más adelante con mayor exhaustividad.

Tabla 3. *Sesiones, duración y técnicas.*

SESIONES	TÉCNICAS
Sesión: 1 1h y 30 min.	Presentación, psicoeducación, alianza terapéutica, factores de protección y riesgo, expectativas de la terapia y fijar objetivos.
Sesión: 2 1h y 30 min.	Dificultades de la semana, psicoeducación, presentación del modelo ABC y principios de reestructuración cognitiva mediante la identificación y cuestionamiento del pensamiento, dinámica para practicar el esquema ABC y para cuestionar los pensamientos.
Sesión: 3 1h y 30 min.	Reestructuración cognitiva y distorsiones cognitivas.
Sesión: 4 1h y 30 min.	Reestructuración cognitiva, asertividad, planificación de ejercicio moderado y explicación fisioterapéutica.
Sesión: 5 2h.	Presentación de cuidadores/personas de apoyo, dinámica de grado de credibilidad, psicoeducación, reestructuración cognitiva y planificación de alguna actividad gratificante en compañía.
Sesión: 6 2h.	La primera media hora de la sesión vendrán los acompañantes junto con el grupo; reestructuración y psicoeducación de las actividades propuestas. La segunda parte de la sesión será solo para las usuarias del programa; psicoeducación (tolerancia al dolor y a la incertidumbre), reestructuración cognitiva, planificación de actividades gratificantes, presentación de un listado

de actividades de autocuidado, técnica del divorcio, diálogo socrático y flecha descendente.

Sesión: 7 Reestructuración cognitiva, actividades de autocuidado, psicoeducación, derechos asertivos e Ideas Irracionales.

2h.

Sesión: 8 Reestructuración cognitiva, psicoeducación y relajación.

2h.

Sesión: 9 Sesión con cuidadores/personas de apoyo y pacientes; psicoeducación y relajación (7 grupos musculares).

2h.

Sesión: 10 La primera hora y media de la sesión, vendrán solo las participantes; relajación (4 grupos musculares), autoinstrucciones, autorrefuerzo, reforzamiento positivo, resumen de la evolución personal de las pacientes, contraste empírico.

2h.

La segunda parte de la sesión, vendrán los acompañantes también; dificultades de la sesión anterior, psicoeducación, breve resumen de lo aprendido, agradecimientos y cierre.

- **Sesión 1: Presentación.**

Evaluación: estado de ánimo global (EAG) de la última semana (0-10) y grado de ansiedad general (ANS.G) de la última semana (0-10). (Al inicio de la sesión).

Objetivos: presentación de las participantes, identificación de ideas comunes acerca de la terapia y de la patología, establecer las reglas de la dinámica grupal, crear espíritu grupo que las usuarias sirvan unas de modelo de otras y viceversa, fomentar la empatía, identificar las limitaciones presentes individuales, definición de fibromialgia, explicación de factores de vulnerabilidad y riesgo, explicación de factores de protección, aumentar la adhesión al tratamiento y la cohesión grupal.

Materiales: pelota de bajo peso y pizarra.

Técnicas: psicoeducación.

Actividades:

- Actividad 1: presentación de el/la terapeuta al grupo, explicación de la dinámica inicial de presentación y establecimiento de las reglas grupales.
Ejemplo: el/la terapeuta se presenta muy cálidamente, agradeciendo a las usuarias que hayan querido ser parte del grupo. Después cada una de las usuarias se presentará cuando coja la pelota (rotará por todas ellas).
La pelota sirve para mantener el turno de palabra en el grupo, quien la tenga ha de decir su nombre, el motivo por el que decidió venir al grupo, la expectativa que tienen de la terapia, qué les gustaría trabajar y qué han dejado de realizar.
- Actividad 2: se apuntan las respuestas de la actividad anterior en la pizarra. Se relacionan aspectos comunes para fomentar la cohesión grupal (si no hay aspectos comunes se enfatizan las diversas formas de afrontar la enfermedad que presentan cada una de ellas). Se incentivarán a las usuarias para que sirvan de modelo a otras.
- Actividad 3: explicación de la importancia de sentir que el grupo es un espacio seguro en el que podrán hablar de su problemática. Es imprescindible que en todo momento todas sirvan de apoyo para todas y comprendan la situación de las compañeras ya que es necesario, gratificante y muy positivo para el avance, individual y grupal, así como, que presenten una actitud abierta y de no enjuiciamiento, de forma que cada una preste ayuda al grupo y se deje ayudar por el mismo.

Cada una de ellas aporta cosas y es necesaria su intervención para conseguir un rendimiento óptimo en la dinámica. Las bases del grupo partirán del respeto y la comprensión, ningún caso es más grave, ni tiene más importancia que otro. Cada una entiende su situación y siente sus limitaciones al cien por cien. Pero es necesario entender a todas las integrantes del grupo. (Transmitir esto es de vital importancia).

- Actividad 4: ronda de respuestas (con la pelota); se pregunta al grupo sobre cómo creen que podrían ayudar a sus compañeras si estuviesen en su misma situación y qué sería lo más conveniente según su criterio.
- Actividad 5: ronda de respuestas: “¿Qué significa para vosotras el diagnóstico de fibromialgia? Definidlo con una palabra”. (El/la terapeuta apunta las respuestas en la pizarra).

- Actividad 6: validación de las respuestas de las participantes y resumen común de lo que significa para el grupo padecer la enfermedad. Definición según el grupo.

Después se define la fibromialgia, los signos y síntomas asociados y lo que ello conlleva.

- Actividad 7: explicación de los factores de vulnerabilidad y riesgo para la enfermedad que provocan un empeoramiento:
 - o No manejar los trastornos psicológicos asociados y la presencia de estrés (Restrepo, Ronda, Vives, y Gil, 2009).
 - o Desconocimiento profesional (Gil, 2019).
 - o Ser mujer.
 - o Presentar familiares con fibromialgia.
 - o Existencia previa de dolor crónico regional.
 - o Sufrir situaciones estresantes (Rodríguez y Trucharte, 2019).

Se citan los factores de protección para el no agravamiento de la sintomatología:

- o Aumento de apoyo social.
- o Buena relación de pareja (Sanabria y Gers, 2019).
- o Aumento de apoyo familiar.
- o Equilibrio entre la actividad y el descanso (Alvarado y Oliva, 2019).

Después se citan los objetivos del programa que tienen relación con los propuestos por las pacientes, explicándoles por qué es conveniente fijarlos y llevarlos a la práctica.

Se adelantan las posibles dificultades.

- Actividad 8: ronda de respuestas: “¿Qué os lleváis de esta sesión?” y “¿Qué objetivo estáis dispuestas a intentar realizar?”.

- **Sesión 2: psicoeducación, reestructuración cognitiva y esquema ABC.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: trabajar dificultades presentes en cada participante (si existen), explicación del modelo ABC para identificar pensamientos alternativos, practicar la técnica, presentación y explicación de autorregistros.

Materiales: pelota, autorregistros, libro de “Domando al Dragón” (Sevillá y Pastor, 2015), dado de situaciones, bonsái, libretas y pizarra.

Técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva (Bas y Adrés, 1994; Beck, 1967), modelo ABC (Sevillá y Pastor, 2015), diálogo socrático y flecha descendente.

Actividades:

- Actividad 1: recordatorio del objetivo que las pacientes se propusieron la semana anterior y ronda de respuestas: “¿Habéis realizado el objetivo propuesto? ¿Qué dificultades han aparecido? ¿Qué os ha impedido realizarlo?” Se trabajan las dificultades y se reestructuran (si es oportuno).
- Actividad 2: explicación del modelo ABC tal y como aparece en el libro “Domando al Dragón” (Sevillá y Pastor, 2015).
- Actividad 3: dinámica grupal de ejemplos del modelo ABC, mediante un dado gigante de situaciones; en cada una de las caras del dado aparece una situación diferente, las pacientes escriben en una libreta (regalo de el/la terapeuta) qué piensan sobre eso y cómo se sentirían en esa situación, el/la terapeuta apunta las respuestas en la pizarra para ver los diferentes pensamientos.

Situaciones de las caras del dado:

- Dependienta gritando a un cliente.
 - ¿Qué hay en la caja? (Hay un bonsái que irá rotando entre las participantes del grupo. Se descubrirá al final de la sesión para así ver que los pensamientos sobre lo que hay dentro no tienen por qué ser ciertos).
 - Se suspende la sesión.
 - Llamada telefónica a alguien del grupo.
 - Salta la alarma de incendios.
 - Viaje anulado.
- Actividad 4: ronda de respuestas: “¿Qué es lo que habéis entendido de la sesión?”, se resuelven dudas y se presentan los autorregistros (ANEXO IV)

mediante una breve explicación, se mandan como tarea para casa para identificar pensamientos.

- **Sesión 3: reestructuración cognitiva y distorsiones cognitivas.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10),).

Objetivos: reestructurar pensamientos desadaptativos identificados mediante autorregistros y evaluar las dificultades existentes en su realización (fomentará la adhesión al tratamiento), presentación de distorsiones cognitivas (Beck, 1995), ejemplos de las mismas para su identificación, aumentar la adhesión al tratamiento con psicoeducación de los modelos explicativos de depresión de Beck (Bas y Andrés, 1994) y del modelo integrador para la sintomatología ansiosa (Bados López, 2015), ya que una de las principales demandas del colectivo es saber sobre la sintomatología presente o posiblemente presente.

Materiales: pelota, distorsiones cognitivas en folios y pizarra.

Técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Actividades:

- Actividad 1: ronda de respuestas sobre las dificultades de la semana en la realización de los autorregistros; reestructuración de pensamientos disfuncionales, búsqueda de pensamientos alternativos según la dinámica aprendida en la última sesión.
- Actividad 2: presentación de distorsiones cognitivas (se reparte un folio a las pacientes) (ANEXO V); breve descripción común de cada distorsión mediante ejemplos externos a la fibromialgia para una mayor comprensión. Después, mediante descubrimiento guiado se relacionan las distorsiones con alguna situación de los autorregistros.
- Actividad 3: explicación del modelo de depresión de Beck y del modelo integrador de ansiedad relacionándolos con las distorsiones y dando explicación a la sintomatología presente.

Se realiza una ronda de respuestas: “¿Qué están aprendiendo? ¿Os resulta útil la información? ¿En qué les gustaría seguir trabajando? ¿Qué os lleváis de la sesión?”.

- Actividad 4: tareas para casa; autorregistros e identificación de distorsiones cognitivas en su día a día.

- **Sesión 4: asertividad y planificación de ejercicio moderado.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: aumentar la adherencia al tratamiento; explicación de asertividad y puesta en práctica de la misma, instaurar en las usuarias la realización de ejercicio moderado (adelantando dificultades y beneficios), reestructurar pensamientos desadaptativos para que tengan en cuenta el momento presente centrándose en el aquí y ahora mediante la toma de conciencia de las actividades que pueden realizar (Soriano y Salas, 2006).

Materiales: pelota, pizarra, árbol de registro de conductas asertivas y saco para mover papeles.

Técnicas: psicoeducación y reestructuración cognitiva.

Actividades:

- Actividad 1: ronda de respuestas para presentar las dificultades existentes en la realización de los autorregistros y las distorsiones cognitivas de la semana anterior. Se reestructuran los pensamientos y acciones desadaptativos y se buscan ideas adaptativas no distorsionadas.
- Actividad 2: definición de asertividad con ayuda gráfica; se dibuja un continuo entre la pasividad y la agresividad pasando por la asertividad.

Se utiliza una metáfora (material propio desarrollado por el/la terapeuta) para relacionar los comportamientos y respuestas asertivas con fibromialgia: “Los comportamientos y respuestas asertivas nos riegan, hacen que florezcamos y que nos cuidemos a nosotras mismas, ya que en algunas ocasiones se nos olvida. La vida y nosotras en general somos como este árbol (ANEXO VI) y

como el bonsái que vamos cuidando a lo largo de las sesiones, es bonito y está vivo pero a sí mismo no se ve y no sabe cuidarse, por eso necesita el abono de la asertividad para florecer. No solo basta con que parezca que está vivo, lo importante es que se sienta vivo y que vea de lo que es capaz“.

Mediante el pliego del árbol se registran comportamientos y actitudes asertivas.

- Actividad 3: las participantes escriben en sus libretas alguna situación que sea/haya sido incómoda para ellas y les resulte difícil de abordar. Una vez que tengan escritas las situaciones se echan a un saquito donde se mezclarán con otras situaciones complicadas. Cada una cogerá un papelito, lo leerá y dirá una respuesta. Se explorará si su respuesta es asertiva o no y por qué. Se dirá la respuesta idónea para “hacer florecer a la persona y poner una flor en el pliego del árbol asertivo”.
- Actividad 4: charla informativa de un fisioterapeuta sobre ejercicio moderado y estiramientos.

Actividad 5: tareas para casa; realización de autorregistros, explicación de las pacientes a sus cuidadores/personas de apoyo de las actividades y piden ayuda para realizar los ejercicios físicos propuestos por el fisioterapeuta.

Se realiza un role-play para simularlo y disminuir la ansiedad.

- **Sesión 5: cuidadores/personas de apoyo; grado de ayuda proporcionado vs. grado percibido.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: fomentar el apoyo de los acompañantes, adaptando la “ayuda” prestada a las necesidades de las usuarias, aumentar la comunicación de forma asertiva y toma de conciencia por parte de los acompañantes de la complejidad de la patología. Todos los objetivos aumentarán la adherencia al tratamiento por parte de las usuarias, dado que se tienen en cuenta las necesidades implicadas en los factores que aumentan y/o disminuyen la adherencia al tratamiento.

Materiales: pelota y pizarra.

Técnicas: psicoeducación, confrontación, reestructuración cognitiva y asertividad.

Actividades:

- Actividad 1: bienvenida y ronda de presentaciones de los acompañantes; cada usuaria presenta a su acompañante (nombre, quiénes son y qué significa su compañía para ellas), el acompañante describe qué significa para él la participante, cómo cree que puede ayudarla y qué considera que ha realizado hasta el momento.
- Actividad 2: breve explicación del concepto de fibromialgia, consecuencias que genera y complejidad de la patología junto con los factores de protección y riesgo.
- Actividad 3: grado de implicación; se pide a cada una de las asistentes que escriba en un papel el grado de implicación dado o percibido, sin que lo vea nadie.
Se realiza un cambio de pareja; los acompañantes hablan, durante 3-5 minutos, sobre el grado de implicación que tiene con su usuaria, argumentando todo lo que hace. La usuaria que desconoce, le cuenta cómo percibe ella la ayuda de su acompañante.
- Actividad 4: ronda de respuestas: “¿Cómo han percibido que el acompañante de la persona que les ha tocado ayudaba?”. Se apuntan las respuestas en la pizarra y se pregunta a los acompañantes si se sienten identificados con alguno de los grados de implicación escrito en la pizarra.
Se fomentará la comunicación para asemejar los grados de ayuda prestados y los percibidos.
- Actividad 5: ronda de respuestas: las usuarias propondrán algo que les gustaría hacer en compañía para sentirse mejor. El acompañante dirá si puede realizarlo o no y cómo hacerlo.
- Actividad 6: tareas para casa; realizar la tabla de ejercicios de la sesión anterior con los acompañantes (una/dos veces semanales), realización de autorregistros y ejemplos de 2 conductas/respuestas asertivas.

- **Sesión 6: psicoeducación, reestructuración, tolerancia al dolor y a la incertidumbre.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: resolución de dudas de las actividades propuestas, cambios percibidos, grado de implicación (dado y percibido) en las actividades realizadas, evaluar cómo se sintieron realizando ejercicio conjuntamente, evaluar (una vez que estén solo la usuarias) el grado de satisfacción con las sesiones conjuntas, explicación del dolor y abordarlo para aumentar la adherencia al tratamiento y la cohesión grupal, incentivar a las participantes a actividades gratificantes y tareas de autocuidado (de forma que acepten su situación actual y se comprometan con ellas mismas para mejorar en base a los recursos que presentan).

Materiales: pelota, pizarra, listado de actividades de autocuidado.

Técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, diálogo socrático, técnica del divorcio, flecha descendente (Burns, 1990).

Actividades:

- Actividad 1: ronda de respuestas inicial con los acompañantes y las participantes: “¿Cómo ha resultado la realización del ejercicio conjunto? ¿Cómo os ha hecho sentir? ¿Habéis observado cambios en el grado de implicación? ¿Qué cambios? ¿Habéis realizado la actividad que acordasteis? ¿Qué tal ha ido? ¿Tuvisteis alguna dificultad?”.
Se resuelven las dificultades que aparezcan y se agradece a los acompañantes haber ido para resolver sus dudas y contar su perspectiva.
Nos despedimos de ellos y continuamos con la sesión grupal de las participantes.
- Actividad 2: ronda de respuestas a la pregunta: “¿Os gustan las sesiones conjuntas? ¿Por qué?”.
- Actividad 3: trabajo de los pensamientos registrados en los autorregistros, se exploran las dificultades existentes y se pregunta acerca de las conductas y respuestas asertivas propuestas a realizar en la sesión anterior.
Cada una expone sus dificultades y el grupo ayudará a solventarlas.

- Actividad 4: ronda de respuestas: “¿Qué significa el dolor para vosotras?”.
El/la terapeuta utiliza diálogo socrático y flecha descendente para saber todo lo que implica el dolor para cada una de ellas; qué implica para ellas, cómo las limita, cómo lo sobrellevan, cómo conviven con él o cómo luchan contra él.
- Actividad 5: validación de respuestas y breve descripción del dolor y su función, ejemplo:

“El dolor es aversivo, a nadie le gusta sufrir y pasarlo mal. Pero si no fuese por la presencia del mismo probablemente no nos daríamos cuenta de que existe un problema interno/externo. El dolor nos avisa de cualquier anomalía y sirve para ayudarnos a buscar soluciones, a veces resulta difícil dar con la solución adecuada y esto es algo muy frustrante para quien lo padece. Algo parecido es lo que os ha ido pasando a cada una de vosotras hasta que os dijeron lo que teníais. No ha sido fácil venir hasta aquí, de alguna forma, lo que os ha movilizado ha sido el dolor presente en vuestro día a día, no es fácil lidiar con él y está muy presente en vosotras, pero me gustaría deciros que el dolor tiene dos componentes principales: uno objetivo (que son las limitaciones presentes) y otro subjetivo (que es el grado en el que percibimos que nos afecta). Sobre el componente subjetivo es sobre el que podemos intervenir en psicología para facilitaros vuestro día a día y que no os imposibilite todo lo que hasta ahora lo ha hecho”.

“No vamos a luchar más contra el dolor, porque es muy cansado, pero de alguna forma, sí vamos a tolerarlo para aprender a convivir con él”.

“¿Qué pasa si yo os digo que no penséis en flamencos rosas? Pues con el dolor pasa igual, si cada día pienso en que me duele hoy que antes no me dolía... aumenta la percepción subjetiva del mismo. Da más miedo y anticipáis de alguna forma las imposibilidades que puedan aparecer en un futuro. Aparece el miedo, y os incita a perder las ganas por realizar actividades, debido a la presencia del dolor. Aumenta o aparece la ansiedad y la depresión. Siendo el dolor el que actúa por vosotras. El dolor limita, y debéis de aceptarlo, pero podéis realizar actividades que os harán sentir mejor y dejar el dolor a un lado. El dolor es una parte de vosotras, pero no os define y no decide por vosotras”.

- Actividad 6: el/la terapeuta hace consciente al grupo de la distorsión cognitiva que cometen en determinadas situaciones planteándoles la siguiente idea: “Se trata de no hacer de abstracción selectiva hacia lo negativo y descalificación de lo positivo. Os fijáis solo en lo que hacíais antes que ahora ya no podéis hacer y

la realidad es que a pesar de lo dura, invalidante e invisible que resulta la enfermedad con la que lidiáis a diario, sois capaces de realizar una cantidad de actividades enorme, pero no le dais importancia y lo minusvaloráis”.

Ronda de respuestas: “¿Qué decís de esto? ¿Podrías decirme que hacéis a diario, aunque os cueste trabajo?”.

- Actividad 7: se pide a las usuarias que hagan un resumen en común y se añade que el dolor es parte de la vida pero no toda vida gira alrededor de él, por eso es vital realizar actividades gratificantes y tareas de autocuidado.

Tareas para casa: realización de autorregistros, ejercicio físico y se entrega a las participantes un listado de tareas de autocuidado en el que para la siguiente sesión señalarán las tareas que realicen del mismo.

- **Sesión 7: presentación de derechos asertivos, tareas de autocuidado e Ideas Irracionales.**

Evaluación: EAG de la última semana (0-10) y ANS.G de la última semana (0-10).

Objetivos: establecimiento de derechos asertivos, realización de tareas de autocuidado, aumentar la autoeficacia y la autoestima, presentación del listado de Ideas Irracionales; para que entiendan que todo el mundo tiene errores al procesar la información e interpreta en base a eso.

Materiales: Pelota, listado de Ideas Irracionales (ANEXO VII) de Ellis.

Técnicas: reestructuración, psicoeducación, pruebas de realidad, diálogo socrático.

Actividades:

- Actividad 1: ronda de preguntas en la que cada usuaria dice las dificultades presentes en la semana, cuenta las situaciones apuntadas en los autorregistros y las actividades gratificantes que ha señalado del listado.

Responderán a la pregunta de: “¿Qué podéis hacer para cuidaros más? ¿Cómo?”.

Se enumeran en grupo diferentes formas de autocuidado; pedir ayuda y emplear todas las técnicas aprendidas durante las sesiones anteriores. Se pide a las pacientes que elijan dos nuevas formas de autocuidarse que no estén instauradas

en ellas y que les gustaría hacer, para intentar realizarlas durante la próxima semana.

- Actividad 2: presentación y entrega del listado de derechos asertivos, se pedirá a las pacientes que señalen con cuales están de acuerdo y con cuáles no. Mediante diálogo socrático y reestructuración se explica a las usuarias por qué tienen derecho a realizar todos los derechos asertivos.
- Actividad 3: presentación y entrega del listado de Ideas Irracionales (ANEXO VII); se pide a las participantes que señalen el grado de acuerdo con cada una de ellas (0= nada de acuerdo y 10= totalmente de acuerdo), después se abre un debate en el que el/la terapeuta explica qué son y argumenta su irracionalidad con ejemplos.
- Actividad 4: ronda de respuestas: “¿Qué habéis entendido de esta sesión?” “¿Qué os ha aportado?” “¿Cómo la resumiríais?”. Validación de respuestas y breve resumen común.
- Actividad 5: tareas para casa: realizar autorregistros, tabla de ejercicio físico y las tareas de autocuidado.

- **Sesión 8: relajación de Jacobson (adaptación de Bernstein y Borkovec) (Bernstein y Borkovec, 1973), psicoeducación y reestructuración cognitiva.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: aprender la técnica de relajación, consolidar la confianza grupal, aumentar el apoyo social, toma de conciencia corporal, autocontrol atencional; para centrarse en el momento presente.

Materiales: pelota, pizarra, sillas confortables con espaldar elevado, luz cálida y tenue.

Técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación progresiva.

Actividades:

- Actividad 1: ronda de respuestas sobre las dificultades en la realización del ejercicio físico, los autorregistros y sobre la realización de las nuevas tareas de autocuidado de la semana anterior.
Resolución de dudas, explicación psicoeducativa y refuerzo de todo lo que están consiguiendo.
- Actividad 2: explicación de la técnica de relajación y argumentación de su elección.
Ejemplo: “La relajación que vamos a emplear es una adaptación de la relajación progresiva de Jacobson. Consiste en una relajación muscular corporal, basada en la desactivación fisiológica, por ciclos de tensión y distensión de 16 grupos musculares, después en otras sesiones los ciclos se van reduciendo a grupos de 7 y a 4 músculos” “Espero que os guste, ya que creo que es primordial que adquiráis un buen manejo de la técnica para poder distensar vuestra musculatura en cualquier momento y lugar”.
- Actividad 3: realización del modelado (véase ANEXO VIII) de la técnica de relajación y resolución de dudas.
- Actividad 4: realización de la relajación y ronda de respuestas: “¿Qué os ha parecido la relajación? ¿Qué sensaciones habéis sentido? ¿Qué ha pasado en esta hora con la sintomatología de la fibromialgia?”.
- Actividad 5: se refuerza a las participantes y se les anima a la realización de la técnica en casa con sus acompañantes; se les da una grabación de voz con la relajación para que practiquen la técnica (2 veces).

Nota: en caso de que alguna de las participantes tenga algún problema (un brote) con la realización de la técnica se barajará la opción de realizar ejercicios de relajación en imaginación para los que previamente se les enseñará la respiración diafragmática.

- **Sesión 9: relajación progresiva con 7 grupos musculares para participantes y acompañantes.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: manejo de la técnica de relajación con 7 grupos musculares, aumento de apoyo social, aumento de sensación de control de las participantes sobre su cuerpo.

Materiales: pelota, pizarra, sillas confortables con espaldar elevado, luz cálida y tenue.

Técnicas: psicoeducación, reestructuración y relajación progresiva con 7 grupos musculares.

Actividades:

- Actividad 1: bienvenida y ronda de respuestas para saber cómo ha ido la semana y la relajación; las dificultades presentes y si se la han enseñado y realizado con sus acompañantes.
Se resuelven las dudas y se pasa a la siguiente actividad.
- Actividad 2: ronda de respuestas para los cuidadores/personas de apoyo: “¿Habéis tenido dificultades en ayudar a las participantes? ¿Cuáles han sido?”
Ronda de respuestas para las usuarias: “¿Cuál ha sido el grado de implicación que habéis percibido de vuestros acompañantes? ¿Qué ha cambiado? ¿En qué os gustaría seguir trabajando o que es lo que os gustaría cambiar?”.
Se trabaja en las demandas de las participantes en la medida de lo posible y se interviene en los conflictos que aparezcan.
- Actividad 3: explicación de la relajación con 7 grupos musculares.
- Actividad 4: explicación y realización del modelado con ayuda de unos folios explicativos (véase ANEXO IX).
Resolución de dudas.
- Actividad 5: realización de la técnica de relajación con 7 grupos musculares.
Ronda de respuestas tras finalizar en la que todo el gran grupo expondrá dudas, dirá que sensaciones han aparecido y cómo se sienten tras la realización del ejercicio.
- Actividad 6: tareas para casa; realización de autorregistros, ejercicio moderado solas y en compañía, relajación de 7 grupos musculares con ayuda de sus acompañantes (mediante el folio explicativo proporcionado en el que se apuntarán las dificultades presentes).

- **Sesión 10: relajación, resumen y cierre.**

Evaluación: EAG (0-10) y ANS.G (0-10).

Objetivos: empoderar a las usuarias y hacerlas conscientes de su evolución, fomentar y reforzar las conductas adaptativas realizadas.

Materiales: pelota, pizarra, sillas confortables con espaldar elevado, luz cálida y tenue, cajitas de autoinstrucciones y gráficas de su evolución.

Técnicas: psicoeducación, contraste empírico, prueba de realidad, reestructuración cognitiva, reforzamiento positivo y autoinstrucciones.

Actividades: la última media hora se realiza en presencia de los cuidadores/personas de apoyo, para realizar el cierre conjuntamente.

- Actividad 1: ronda de respuestas en la que las usuarias comentan brevemente si les ha gustado el programa, qué sesiones les han ayudado más y cuáles han sido las dificultades presentes en la realización de las actividades semanales.
Se resuelven las dudas pertinentes.
- Actividad 2: se pasa a realizar una breve explicación de la relajación con 4 grupos musculares solo.
Se realiza el modelado de la técnica y se resuelven dudas acerca de la misma.
- Actividad 3: realización de la técnica de relajación 4 grupos musculares.
Ronda de respuestas para solucionar dudas, describir las sensaciones y los beneficios de ésta rápida relajación.
- Actividad 4: ronda de respuestas en la que las pacientes resumirán lo aprendido a lo largo del programa, nos dirán cómo utilizar las técnicas aprendidas y qué pueden decirse cuando estén en malos momentos.
Todas las frases serán apuntadas en la pizarra y cada una las copiará en papel de forma individual.
- Actividad 5: el/la terapeuta dará a cada participante un resumen evolutivo individualizado con los progresos que ha tenido cada usuaria, leerá en voz alta

su resumen y se lo llevará a casa, junto con una gráfica evolutiva y una cajita (que les regalará el/la terapeuta) para meter las frases copiadas en la actividad anterior.

- Actividad 6: realización de los test de la entrevista inicial, mientras se espera a que entren los acompañantes para realizar el cierre de la sesión.
- Actividad 7: ronda de respuestas de los acompañantes para resolver dificultades que les hayan surgido, para que nos digan cómo se han sentido y qué les ha aportado el programa.
- Actividad 8: entrega de un árbol de asertividad para cada participante y de una grabación con la relajación de 4 grupos musculares.

Cierre del programa mediante una actividad comunitaria de ocio.

Nota: se realizará un seguimiento telefónico de las pacientes: una llamada mensual, trimestral, semestral y anual.

Nota: en caso de que alguna paciente no pueda realizar la técnica, aprenderá a realizar la técnica de relajación en imaginación y respiración diafragmática.

4.6. Cronograma de aplicación

Tabla 4. Cronograma.

		SEMANAS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SESIONES	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										

Amarillo: Usuaris del programa.

Morado: Usuaris y acompañantes.

4.7. Evaluación de la propuesta

Se realizará una evaluación cuantitativa de la sintomatología presente mediante la utilización de: el STAI (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970) para medir el grado de ansiedad; ya que ha demostrado ser un instrumento de medida útil y eficaz para medir el grado de ansiedad en diversos contextos, da mucha información sobre las características del individuo, ya que presenta dos subescalas en las que se mide el grado de ansiedad estado (siendo algo puntual y que varía en el tiempo según los acontecimientos) y el grado de ansiedad rasgo (es estable en el tiempo, es una tendencia que suele variar menos) (Buela, Guillén y Seisdedos, 2015). El BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) será utilizado para evaluar los sentimientos depresivos; es un test que a lo largo del tiempo ha demostrado tener elevada fiabilidad de consistencia interna, validez factorial y de criterio, presenta muy buenos índices psicométricos para medir la presencia y gravedad de sintomatología depresiva (Sanz, 2013). El DAS (Weissman y Beck, 1978) se utilizará para evaluar creencias disfuncionales; sirve para medir las actitudes negativas generalizadas que presenta una persona deprimida hacia sí misma, el mundo exterior y el futuro, por lo que da mucha información sobre las creencias básicas de una persona formadas a lo largo

de su vida (Quigley et al., 2019). El FIQ (Esteve, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre, 2007) se usará para evaluar el impacto causado en la vida de las personas que padecen fibromialgia; es un instrumento fiable y válido para la medida de la afectación funcional y del estado de salud de quienes padecen la enfermedad, mide el funcionamiento físico, la interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la presencia de ansiedad y depresión (Moyano, Kilstein y Alegre de Miguel, 2015). El MOS (Sherbourne y Stewart, 1991) será utilizado para medir el apoyo social percibido por las pacientes, es un cuestionario que presenta valores psicométricos altamente aceptables para medir el apoyo social percibido (Espinola y Enrique, 2007).

Los cuestionarios propuestos cubren todas las necesidades del programa, ya que evalúan las áreas relacionadas con los criterios de inclusión y exclusión, explorando toda la sintomatología pertinente que está relacionada con la fibromialgia y sus principales comorbilidades psicológicas (ansiedad y depresión).

Los instrumentos serán pasados a las usuarias en dos ocasiones para realizar una medida pre-post en la que se pueda ver la evolución y la repercusión del tratamiento en cada una de ellas. Se pasarán en la primera entrevista inicial presencial e individual (donde serán admitidas en el programa, excluidas o derivadas) y en la sesión 10 casi al finalizar la misma (actividad 6).

A lo largo de todas las sesiones del programa se realizará un recordatorio de evaluación mediante las medidas del estado de ánimo global y del grado del estado de ansiedad global semanal. El registro de estas medidas puede darnos información estadística cuantitativa sobre la percepción del estado de ansiedad y depresión.

Al inicio del programa, en las sesiones de psicoeducación, se adelantarán las dificultades presentes en el colectivo que tienen que ver con la falta de adherencia al tratamiento y lo que ello conlleva. En todo momento se tendrán en cuenta los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento adelantando las consecuencias a las participantes, por lo que el/la terapeuta ha de ser muy motivante, profesional y empática para aumentar la adherencia. La adherencia al tratamiento será evaluada a lo largo del programa, a través de la asistencia a las sesiones de las participantes y de la realización de las actividades planteadas entre sesiones.

Al finalizar el programa se evaluará el grado de satisfacción percibido por las pacientes sobre el programa, mediante unas preguntas que contestarán individualmente mediante una escala tipo Likert (elaboración propia de el/la terapeuta, ANEXO X).

5. Conclusiones

Para la realización de la presente propuesta de intervención se han tenido en cuenta las recomendaciones teórico-prácticas propuestas por organizaciones internacionales; se ha utilizado terapia multicomponente (terapia cognitivo-conductual combinada con psicoeducación y ejercicio físico moderado). También se han tratado de solventar algunas de las limitaciones presentes en programas ya existentes; se ha incluido el apoyo social, que es algo que no está presente en ningún programa de los revisados. El presente programa propone ciertas medidas para frenar la falta de adhesión al tratamiento (en las sesiones 1,3,4,5 y 6) presente en los programas científicos revisados; siendo necesario para ello adelantar dificultades y conductas que puedan aparecer en el colectivo, que el /la terapeuta presente grandes dosis de empatía y sepa mucho sobre la patología para poder transmitirlo y explicarlo a las pacientes, entre otras cosas.

A consecuencia de los objetivos propuestos en la revisión teórica realizada previa a la realización del presente programa ha sido necesario el desarrollo del mismo, en base a las demandas del colectivo de pacientes que presentan fibromialgia y se han desarrollado las actividades de las sesiones por orden de prioridad:

En las sesiones 1, 2, 3 y 4 se ha trabajado la parte más cognitiva, psicoeducativa y conductual, con el objetivo de que las pacientes se sientan comprendidas en todo momento y vean que el/la profesional que las está tratando entiende de la patología presente, consiguiendo de ésta forma tratar y combatir algunos de los factores relacionados con la falta de adhesión al tratamiento, ya que es necesario que las pacientes se adhieran al mismo para conseguir que la terapia sea efectiva por ello a lo largo de estas sesiones también se adelantarán dificultades que puedan presentarse en el tratamiento.

En las sesiones 5 y 6 se introducirá el apoyo social; el colectivo demanda una atención adecuada y una buena comprensión de las personas más cercanas a ellas (sobre su sintomatología). Normalmente los apoyos más cercanos no saben, en la mayoría de ocasiones, como tratar al colectivo por lo que no desarrollan las habilidades pertinentes para lograr una buena comunicación con las personas que presentan esta afección.

En las sesiones 7 y 8 se sigue trabajando la parte más psicoeducativa y cognitiva, pero se introduce la relajación; debido a que el ambiente es más propicio y es necesario que las pacientes aprendan a desactivarse fisiológicamente, no focalicen su atención en el dolor presente y en las limitaciones.

En las sesiones 9 y 10 se vuelve a incluir el apoyo social y se sigue trabajando la relajación; es muy positivo y gratificante para las pacientes sentir que sus principales figuras de apoyo se prestan a ayudarlas (de forma adecuada), por lo que se fomentará la comunicación y la realización de actividades conjuntas.

El orden de las técnicas administradas no está documentado por ninguna fuente bibliográfica y no hay evidencia científica de que sea correcto, incorrecto o único. Se ha establecido pensando en las necesidades de las pacientes; lo que más demanda el colectivo es comprensión por parte de los profesionales y de su entorno más cercano de lo que les pasa, por lo que es necesario comenzar por la parte cognitiva y psicoeducativa para frenar el malestar inicial presente debido al desconocimiento de la afección que durante mucho tiempo ha supuesto un cuestionamiento continuo de los signos y síntomas presentes.

La relajación será trabajada más adelante, de forma que habrá más confianza en el grupo y será más cómodo realizar la técnica, debido a que previamente se han trabajado los problemas primarios del colectivo.

La técnica de relajación elegida es la que más se adecua al colectivo para trabajar la desactivación fisiológica, la focalización de la atención y la distensión muscular presente en las usuarias. No obstante, no se realizará con la misma duración que promueven los autores debido a que esto podría perjudicar a las pacientes en caso de que estén en brote.

A pesar de tener en cuenta muchas de las limitaciones que aparecen en la literatura, en el presente TFM existen algunas limitaciones; no se sabe cómo reaccionará el entorno de las pacientes al tratamiento y a las actividades propuestas en el mismo, el hecho de que el grupo esté formado por hombres y mujeres puede limitar al grupo ya que es otra diferencia más en cuanto a género (los hombres que padecen la afección suelen estar extremadamente limitados y en ocasiones son muy criminalizados por el entorno), no se sabe con certeza si el grupo más cercano de apoyo a las pacientes estará dispuesto a colaborar con el colectivo, puede también que las sesiones conjuntas no sean muy numerosas para dotar a los familiares de la suficiente formación sobre la patología.

En el presente TFM se ha decidido intervenir poniendo el foco en la persona, es por ello que la evaluación está muy ajustada a los objetivos y programas de tratamiento; que han sido seleccionados de forma cautelosa y meticulosamente. Se aumentará la adherencia al tratamiento mediante psicoeducación, el adelanto de dificultades y de comorbilidades; que producirá que la sintomatología presente disminuya y las pacientes que están medicadas reduzcan su dosis de

medicación, provocando un efecto expansivo de la terapia sobre los síntomas presentes, logrando que se generalicen los resultados positivos.

El seguimiento de las sesiones será realizado telefónicamente y se evaluará como continúan las pacientes. Uno de los aspectos a mejorar en el presente TFM es la realización de sesiones de seguimiento, comunes y presenciales; no se han realizado debido a la no implementación del programa. No se sabe con certeza si aumentará la adherencia al tratamiento con todo lo propuesto con anterioridad, aunque se hayan tenido en cuenta los factores relacionados con la falta de adhesión al tratamiento. Mediante la implementación del programa se hubiesen visto las limitaciones reales del tratamiento y las demandas de las pacientes sobre la terapia propuesta, de forma que se hubiese obtenido mucha información acerca de la utilidad y de la mejora del trabajo propuesto.

6. Referencias

Alegre, C., García, J., Tomás, M., Gómez, J. M., Blanco, E., Gobbo, M., Pérez, Á., Martínez, A., Vidal, J., Altarriba, E. y Gómez, A. (2010). *Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia*. Actas Esp. Psiquiatría.

Alvarado, M.E.E. y Oliva, E.J. (2019). *Conocimientos, actitudes y resiliencia respecto a su enfermedad en pacientes con fibromialgia de dos hospitales de Lambayeque, 2017*.

Álvarez, M.G., Álvarez, P.R., Montes, M.J., Castillo, E.P. y Mafla, J. (2019). *Fibromialgia*. *Revista Cubana De Reumatología*, 21(2).

Alpi, S. V. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Colombiana de Cancerología*, 14(4), 187-188. doi:10.1016/S0123-9015(10)70081-0

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish edition of the desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric Pub.

- Andrade, A. (2018). *Data of " does physical exercise improve quality of life in patients with fibromyalgia?"* Data Archiving and Networked Services (DANS). doi:10.17632/8k8n4wvc4p.1
- Association for Contextual Behavioral Science (2014). *Journal of contextual behavioral science*. Elsevier, 3.
- Bados, A., (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis. Retrieved from <http://leo.um.es/Record/Xebook1-1672>
- Bas, F. y Andrés, V., (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid, España: Groupe Donograph, S.A.
- Becerra, J. A. y Robles, M. J., (2015). Subgrupos de pacientes con fibromialgia según el modelo de personalidad de gray: Estudio sobre características psicológicas. *Rev Colomb reumatol* 22 (1), 4-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.01.004>
- Beck, A., (1967). *Depression, Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York, Estados Unidos: Harper y Row.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K., (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, J. S., (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Belenguer, R., Ramos, M., Siso, A. y Rivera, J. (2008). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5(2), 55-62.

doi:10.1016/j.reuma.2008.07.001

Retrieved

from <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1699258X09000060>

Bennett, R. M. y Friend, R., (2019). Secondary fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 46(2), 127-129. doi:10.3899/jrheum.180611

Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). Progressive relaxation training: A manual for the helping professions.

Betancourt, B. Y. y Gallego, M. E., (2016). *Adherencia al tratamiento en mujeres con diagnóstico de fibromialgia y los factores asociados* (tesis de maestría en Psicología de la Salud). Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, Colombia. Retrieved from https://www.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____3056::8c4fe91c340a4db38d58b96d82ec1326

Bonete, J.M., Rico, J. M., Jiménez, J., Martínez, A., García, P. y Bautista, R., (2016). Fibromialgia y salud mental. análisis de prevalencia y comorbilidades. *C. Med. Psicosom*, (119), 26-34.

Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179. doi:10.1016/S0025-7753(02)73355-1 Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302733551>

Briones, E., (2014). *La construcción social de la fibromialgia como problema de salud desde la perspectiva de las políticas, profesionales y personas afectadas*. Universidad de Alicante. Retrieved from https://www.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____935::66497a28ffe99a420159c0077eefdb6

Briones, E., Ronda, E. y Vives, C., (2014). Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Atención Primaria*, 47(4), 205-212.

doi:10.1016/j.aprim.2014.06.002 Retrieved from <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S021265671400208X>

Buela, G., Guillén, A. y Seisdedos, N., (2015). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*.

Madrid, España.: TEA Ediciones.

Burns, D.D., (1990). *Sentirse bien*. Barcelona, España: Paidós.

Cabo, A., Cerdá, G. y Trillo, J. L., (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448.

doi:10.1016/j.medcli.2017.06.008

Cabo, A., Cerdá, G. y Trillo, J.L., (2019). Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la comunidad valenciana. *Revista Española De Salud Pública*, 93.

Cantero, M. Á., Cabrera, A., López, M. A. y Saúl, L. A., (2019). Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Atención Primaria*, 51(3), 162-171. doi:10.1016/j.aprim.2017.07.006

Carbonell, J., (2005). Fibromialgia. *Medicina Clinica*, 125(20), 778-779. doi:10.1016/S0025-7753(05)72188-6

Retrieved

from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305721886>

Chavarro, N. A. y Rodríguez, J. A., (2017). *Estilos De Personalidad Que Predominan En Un Grupo De Pacientes Con Fibromialgia Entre Los 19 Y Los 60 Años De Edad En La Fundación Colombiana De Fibromialgia Ubicada En La Ciudad De Medellín*, 2017.

Collado, A., Alegre, C., Vidal, J., Martínez, F., Tornero, J., Vallejo, M. y Rivera, J., (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(2), 55-66. Retrieved

from <https://medes.com/publication/33608>

- Comeche, M. I., Martín, A., Rodríguez, M. F., Ortega, J., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A., (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica Y Salud*, 21(2), 107-121. doi:10.5093/cl2010v21n2a1
- Cooper, S. y Gilbert, L., (2017). The role of 'social support' in the experience of fibromyalgia – narratives from south africa. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1021-1030. doi:10.1111/hsc.12403
- Cornejo, J. P. y Barros, P. A., (2015). Enfoque integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: El caso de una adulta mayor. *Revista Hospital Clínico Universidad De Chile*, 26, 125-131.
- Cuetos, J. M. y Amigo, I., (2018). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 18(2), 151-161. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2307190058?accountid=14475>
- Del Olmo, C., Cuerda, M. y Sancho, D., (2019). Calidad de vida en pacientes con fibromialgia. Revisión bibliográfica. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (8), 4-10. doi:10.35761/reesme.2019.8.02
- Escudero, M. J., García, N., Prieto, M. Á, Pérez, O., March, J. C. y López, M., (2010). Fibromyalgia: Patient perception on their disease and health system. Qualitative research study. *Reumatología Clínica*, 6(6), 16-22. Retrieved from <https://medes.com/publication/54545>
- Espinola, S. R. y Enrique, H. C., (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate.Psicología, Cultura Y Sociedad*, (7), 155-168.
- Esteve, J., Rivera, J., Salvat, M. I., de Gracia, M. y Alegre, C., (2007). Propuesta de una versión de consenso del fibromyalgia impact questionnaire (FIQ) para la población

- española. *Reumatología Clínica*, 3(1), 21-24. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(07\)73594-5](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(07)73594-5)
- Fernández, A. M., (2017). *Estudio de la asociación entre la fibromialgia y el tipo de personalidad*. Universidad Complutense de Madrid. Retrieved from https://www.openaire.eu/search/publication?articleId=dedup_wf_001::5ef75c2d03c71ecdd82fafb350d8697b
- Gil, C. M., (2019). Comunicación terapéutica en fibromialgia. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 10(2), 179. doi:10.20318/recs.2019.4789
- Gluck, P. F., (2018). Modelo biopsicosocial-evolutivo en psiquiatría. *ARS MÉDICA Revista De Ciencias Médicas*, 24(2), 86-91.
- Goldenberg, D. L., Burckhardt, C. y Crofford, L., (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *Jama*, 292(19), 2388-2395. doi:10.1001/jama.292.19.2388
- Grayston, R., Czanner, G., Elhadd, K., Goebel, A., Frank, B., Üçeyler, N. y Alam, U., (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fiber pathology in fibromyalgia: Implications for a new paradigm in fibromyalgia etiopathogenesis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 48(5), 933-940. doi:10.1016/j.semarthrit.2018.08.003
- Haugmark, T., Hagen, K. B., Smedslund, G. y Zangi, H. A., (2019). Mindfulness and acceptance based interventions for patients with fibromyalgia. A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE*, 14(9), 1-17. doi:10.1371/journal.pone.0221897
- Horta, G. y Romero, M. D. S., (2019). Self-reported disability in women with fibromyalgia from a tertiary care center. *Advances in Rheumatology*, 59(1), 45. doi:10.1186/s42358-019-0086-4
- Huang, E. R., Jones, K. D., Bennett, R. M., Hall, G. C. N. y Lyons, K. S., (2018). The role of spousal relationships in fibromyalgia patients' quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 23(8), 987-995.

- Khatibi, A., Hollisaz, M. T., Shamsoddini, A., Sobhani, V. y Labbaf, S., (2019). Quality of life among patients with fibromyalgia referring to the physiotherapy and rehabilitation clinic of baqiyatallah hospital, tehran, iran. *Physical Medicine Rehabilitation and Electrodiagnosis*, 1(1), 44-50.
- Kim, D. J. y Hoffman, J. H., (2019). *Fibromyalgia.I*. US: Greenwood. doi:10.3109/9781420086805
- Kusnanto, H., Agustian, D. y Hilmanto, D., (2018). Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 497-500. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_145_17.
- León, A. V., (2019). *Ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia* (Maestría en ciencias con orientación en psicología). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- López, M. y Mingote, J. C., (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Marrero, J., Moreno, I. y Sánchez, I., (2017). Fibromialgia en Trabajo: explorando su Impacto en el Desempeño Laboral. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 36(1), 9-22. doi:10.21772/ripo.v36n1a01 Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2100357323>
- Martín, C., (2017). *Eficacia de un programa de intervención no farmacológica en un grupo de pacientes con fibromialgia y valoración de los factores que intervienen en la adhesión al tratamiento*. Universitat Internacional de Catalunya, Cataluña, España.
- Mayorga, M. J., Fernández, I., Bullón, F., Morales, C., Herrera, J. y Echevarría, M., (2010). Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 17(5), 227-232. doi:10.1016/j.resed.2010.04.004 Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134804610000145>

- Moreno, A., Oliva Arias, M. E. E., y Edgar, J., (2019). *Conocimientos, actitudes y resiliencia respecto a su enfermedad en pacientes con fibromialgia de dos hospitales de Lambayeque, 2017.*
- Moyano, S., Kilstein, J. G., & Alegre de Miguel, C., (2015). New diagnostic criteria for fibromyalgia: Here to stay? *Reumatología Clínica (English Edition)*, 11(4), 210-214. doi:10.1016/j.reumae.2014.07.005
- Pareja, J. P., Borrás, R., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J., (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Prodanov, A., (2011). Fibromialgia: nuevos enfoques. *Tendencias en medicina*, , 36-40. Retrieved from http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes38/art_08.
- Quigley, L., Dozois, D. J., Bagby, R. M., Lobo, D. S., Ravindran, L. y Quilty, L. C., (2019). Cognitive change in cognitive-behavioural therapy v. pharmacotherapy for adult depression: A longitudinal mediation analysis. *Psychological Medicine*, 49(15), 2626-2634.
- Reche, E., (2019). *Evaluación de la regulación emocional cognitiva en fibromialgia mediante el instrumento cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ).*
- Restrepo, J. C., Ronda, E., Vives, C. y Gil, D., (2009). Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia? *Revista De Salud Pública*, 11(4), 662-674. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400017&lng=en&tlng=en
- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, J., (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 17(7), 326-332. doi:10.1016/j.resed.2010.07.002 Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134804610000972>

- Rico, F. y Calandre, E. P., (2014). Fibromyalgia: comorbidity indicative of vulnerability? *Medicina clinica*, 142(12), 538. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315748>
- Rodríguez, M. E. y Trucharte, M., (2019). *Actividad física en mujeres con fibromialgia*. Retrieved from https://www.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____1371::f301cecd13915d29d4211c9c4603d34d
- Roth, P., Portillo, M., Folch, B. y Palop, V., (2017). Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar. *Atención Primaria*, 50(1), 69-70. doi:10.1016/j.aprim.2017.03.016 Retrieved from <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0212656717302664>
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J. y Azkue, J. J., (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 16(6), 323-329. doi:10.1016/S1134-8046(09)72540-6 Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134804609725406>
- Sanabria, J. P. y Gers, M., (2019). Repercusiones del dolor crónico en las dinámicas de pareja: Perspectivas de mujeres con fibromialgia. *Revista Colombiana De Psicología*, 28(2), 47-61. doi:10.15446/rcp.v28n2.71021
- Sanz, J., (2013). 50 años de los inventarios de depresión de beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles Del Psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Secretaría de Estado y de la Seguridad Social., (2019). *Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad*. Gobierno de España.
- Sevillá, J. y Pastor, C., (2015). *Domando al dragón: Terapia cognitivo-conductual para el enfado patológico* Alianza Editorial.

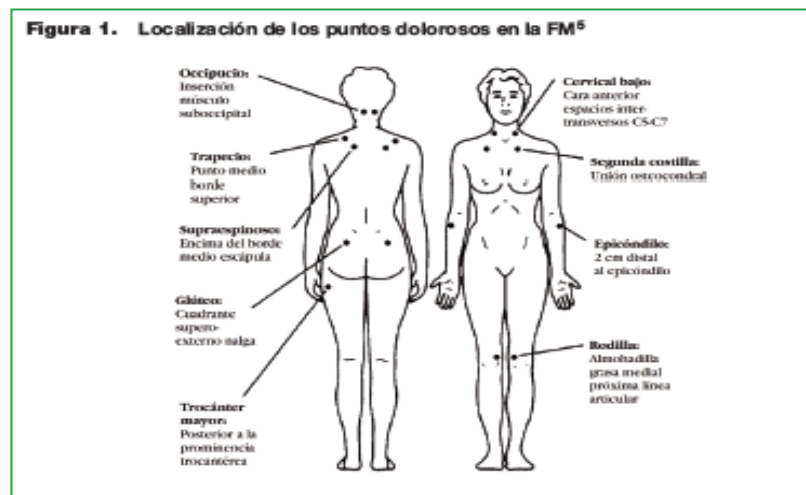
- Society of Clinical Psychology Division 12 of the APA. TREATMENT TARGET: Fibromyalgia. Retrieved from <https://www.div12.org/diagnosis/fibromyalgia/>
- Soriano, M. C. y Salas, M. S., (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R., (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Stewart, J. A., Mailler, S., Müller, D., Studer, M., von Känel, R., Grosse Holtforth, M. y Egloff, N., (2019). Rethinking the criteria for fibromyalgia in 2019: The ABC indicators. *Journal of Pain Research*, 12, 2115-2124. doi:10.2147/JPR.S205299
- Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L., (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32 (6), 705-14. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Taylor, A. G., Adelstein, K. E., Fischer, T. G., Murugesan, M. y Anderson, J. G., (2016). Perspectives on living with fibromyalgia. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 2333393616658141. doi:10.1177/2333393616658141
- Torres, S. y Benachi, N., (2018). Impact of a socio-educational intervention to improve the quality of life of patients with fibromyalgia: A quasi-experimental design. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28 (3), 179-185. doi:10.1016/j.enfcle.2017.08.011
- Torres, X., (2017). Personalidad y fibromialgia. *Revista De La Sociedad Española Del Dolor*, 24 doi:10.20986/resed.2017.3607/2017
- Triviño Martínez, Á, Solano Ruiz, M. C. y Siles González, J., (2014). La cronicidad de la fibromialgia: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 13(35), 273-292. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300016&lng=en&tlng=en

- Vázquez, L.M., Pereiró, I. y Aguilar, E., (2019). El cuidador de las pacientes con fibromialgia. *Fml* 2019, 24(2), 1-8.
- Veehof, M. M., Oskam, M., Schreurs, K. M. G. y Bohlmeijer, E. T., (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002
- Velasco, M., (2019). Dolor musculoesquelético: Fibromialgia y dolor miofascial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 414-427.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J. y Hampton, J., (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. doi:10.1016/j.pain.2011.05.016
- Weissman, A. N. y Beck, A. T., (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. y Clark, P., (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2306288>
- Zabihyeganeh, M., Vafaei, S., Amini, A., Jafari, D., Bagherifard, A., Janbozorgi, M. y Mirzaei, A., (2019). The effect of cognitive behavioral therapy on the circulating proinflammatory cytokines of fibromyalgia patients: A pilot controlled clinical trial. *General Hospital Psychiatry*, 57, 23-28. doi:10.1016/j.genhosppsych.2019.01.003

7. Anexos

ANEXO I

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.



ANEXO II



ANEXO III

<u>Síndromes asociados</u>	<u>Síndromes no relacionados con el dolor</u>	<u>Síndromes relacionados con el dolor</u>
Trastorno de la articulación temporomandibular	Sensibilidad química	Síndrome del intestino irritable
Dolor lumbar	Sensibilidad térmica	Cistitis intersticial
Dolores de cabeza por migraña	Sensibilidad a la luz	Síndrome de piernas inquietas
Dolores de cabeza por tensión	Sensibilidad auditiva	Síndrome de fatiga crónica
Síndrome de hipermovilidad	Prolapso de la válvula mitral	
Trastorno del dolor pélvico	Hiperparatiroidismo.	
Dispareunia	Parestesia	
Calambres musculares	Rinitis	
Síndromes miofasciales	Urticaria	
Dolor abdominal	Trastornos del estado de ánimo	
Endometriosis	Ideación suicida	
Mastalgia	Pobre equilibrio	
Osteoartritis	Dispepsia Funcional	
Artritis reumatoide	Convulsiones	
espondilitis anquilosante	Trazos	
lupus eritematoso sistémico	Diabetes	
Síndrome de Sjögren	Enfermedad celíaca	
Psoriasis	Sensibilidad al gluten	
túnel carpiano	Obesidad	
Esclerosis múltiple	Enfermedad tiroidea autoinmune	

Enfermedad de Crohn	Infección por VIH	
Colitis ulcerosa	Inmunodeficiencia primaria	
Trastorno del espectro X frágil	Hipotiroidismo	
Enfermedad coronaria	Hepatitis	

ANEXO IV

AUTO REGISTRO

Apuntar cada vez que te sientas mal, (nervios, deprimido, angustiado, etc.). Para cada episodio de ansiedad o depresión rellenar un registro diferente.

FECHA	SITUACION	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	SENTIMIENTOS NEGATIVOS	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
	¿Qué ha pasado?	¿Qué estaba pensando en ese momento? ¿Cuánto me creía estos pensamientos en ese momento? (De 0 a 10)	¿Cómo me sentía en ese momento? ¿Tenía alguna respuesta física? ¿Cuál era la intensidad de estos sentimientos? ¿Cuánto me duró el malestar? (De 0 a 10)	¿Qué hice?	¿Qué pasó después de que yo actuara así? Inmediatamente y a medio plazo

Distorsiones cognitivas

- Pensamiento dicotómico: Ver las cosas como blancas o negras, falsas o verdaderas.
- Sobregeneralización: Ver un simple suceso como un modelo de derrota o frustración que nunca acabará.
- Abstracción selectiva: Poner toda la atención en un detalle, sacándolo de su contexto, ignorando otros hechos más importantes de la situación. Definiendo toda la experiencia exclusivamente a partir de ese detalle.
- Descalificación de experiencias positivas: no tener en cuenta las experiencias positivas por alguna razón y mantener una creencia negativa que realmente no está basada en su experiencia diaria.
- Inferencia arbitraria: Ver las experiencias como negativas, exista o no evidencia a favor.
- Adivinación del pensamiento: Decidir que los demás están pensando mal de uno sin tener evidencia de ello.
- El error de adivinar el futuro: Esperar que las cosas salgan mal, que los sucesos sean negativos, sin permitirse la posibilidad de que puedan ser neutrales o positivos.
- Magnificación y/o minimización: Magnificar sus errores y los éxitos de los demás. Minimizar sus éxitos y los errores de los otros.
- Razonamiento emocional: Asumir que sus sentimientos negativos son el resultado de que las cosas son negativas.
- Debería: Intentar mejorarse a si mismo con “debería”...., “tendría que”, “debo hacerlo mejor”... la consecuencia emocional de estos pensamientos es la culpa, la ira y el resentimiento hacia uno mismo y hacia los demás.
- Etiquetación: Es una sobregeneralización mayor. Cuando se equivoca se dice “soy una persona estúpida”. Cuando no consigue algo que quiere se dice “soy un perdedor”. Se refiere a los sucesos con un lenguaje cargado emocionalmente. Al usar etiquetas se incluyen, o están implícitas, muchas características que no son aplicables a esa persona.
- Personalización: Verse a sí mismo como la causa de algunos sucesos externos desafortunados o desagradables, de los que el sujeto no es responsable.

ANEXO VI



ANEXO VII

CREENCIAS IRRACIONALES (A. Ellis)

- Idea irracional N° 1: Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
- Idea irracional N° 2: Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
- Idea irracional N° 3: Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
- Idea irracional N° 4: Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- Idea irracional N° 5: La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
- Idea irracional N° 6: Si algo es/o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- Idea irracional N° 7: Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
- Idea irracional N° 8: Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quién poder confiar.
- Idea irracional N° 9: La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y nos conmocionó debe seguir afectándonos indefinidamente.
- Idea irracional N° 10: Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y perturbaciones de los demás.
- Idea irracional N° 11: Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esa solución perfecta no se encuentra sobrevienen la catástrofe.

ANEXO VIII

Ciclos de tensión y relajación:

Para realizar la actividad es importante que te encuentres con ropa cómoda, sentada en una silla con posición cómoda y confortable, durante el ejercicio céntrate en la diferencia de tensión-relajación de cada uno de los grupos musculares y observa muy bien esas sensaciones.

Nota: Realiza un solo ciclo de tensión para cada grupo muscular que dure alrededor de unos 5 o 7 segundos como mucho.

Realiza tres respiraciones diafragmáticas, y comienza a realizar los ciclos:

- 1) Mano y antebrazo del brazo derecho; aprieta el puño.
- 2) Brazo dominante: Empujar el codo contra el brazo del sillón.
- 3) Mano, antebrazo no dominante: aprieta el puño.
- 4) Bíceps: Empujar el codo contra el brazo del sillón.
- 5) Frente: Levantar las cejas tanto como se pueda, hacia la parte del cuero cabelludo.
- 6) Parte superior de las mejillas,(ojos y nariz): Apretar los párpados y arrugar la nariz subiéndola hacia arriba.
- 7) Parte inferior de las mejillas y mandíbulas: Apretar los dientes, apretar la lengua contra el paladar y adoptar una sonrisa forzada.
- 8) Cuello: Empujar la barbilla hacia abajo, contra el pecho, intentando no tocar el pecho.
- 9) Pecho, hombros y espalda: Hacer una respiración profunda, mantenerla y al mismo tiempo echar los hombros hacia atrás intentando que los omoplatos de los hombros se junten.
- 10) Abdomen: Inspirar profundamente y poner el estómago duro, como si nos preparáramos para recibir un golpe.
- 11) Parte superior de la pierna y muslo derecha: Inspirar profundamente y apretar el muslo dominante contra el sillón (o bien levantar el pie sin mover el muslo).
- 12) Pantorrilla derecha: Inspirar profundamente y doblar los dedos del pie hacia arriba.
- 13) Pie derecho: Inspirar profundamente y doblar los dedos del pie hacia dentro a la vez que estira la punta del pie girándolo hacia dentro (no tensar demasiado).
- 14) Parte superior de la pierna y muslo izquierda: Inspirar profundamente y apretar el muslo dominante contra el sillón (o bien levantar el pie sin mover el muslo).
- 15) Pantorrilla izquierda: Inspirar profundamente y doblar los dedos del pie hacia arriba.
- 16) Pie izquierdo: Inspirar profundamente y doblar los dedos del pie hacia dentro a la vez que estira la punta del pie girándolo hacia dentro (no tensar demasiado).

Una vez realizados los ciclos al final de su realización indicaras en la tabla las sensaciones o los problemas que te hayan surgido.

1ªVez del día:

Día: Sensación:	Problema:	Ciclo en el que se ha notado el problema:	Momento del día en el que se realiza la actividad:
Día: Sensación:	Problema:	Ciclo en el que se ha notado el problema:	Momento del día en el que se realiza la actividad:
Día: Sensación:	Problema:	Ciclo en el que se ha notado el problema:	Momento del día en el que se realiza la actividad:
Día: Sensación:	Problema:	Ciclo en el que se ha notado el problema:	Momento del día en el que se realiza la actividad:

ANEXO IX

Ciclos de tensión y relajación: 7 grupos musculares.

Para realizar la actividad es importante que te encuentres con ropa cómoda, sentada en una silla con posición cómoda y confortable, durante el ejercicio céntrate en la diferencia de tensión-relajación de cada uno de los grupos musculares, y observa muy bien esas sensaciones.

Nota: Realiza un solo ciclo de tensión para cada grupo muscular que dure alrededor de unos 5 o 7 segundos como mucho.

Realiza tres respiraciones diafragmáticas, y comienza a realizar los ciclos:

1) Brazo dominante (derecho): realiza una extensión del brazo, con el codo doblado a unos 45°, apretando el puño.

2) Brazo no dominante (izquierdo): realiza una extensión del brazo, con el codo doblado a unos 45°, apretando el puño.

3) Cara: tienes que levantar las cejas, arrugar la nariz, y realizar una sonrisa forzada (a la vez si es posible, o muy seguido).

4) Cuello: Empujar la barbilla hacia abajo, contra el pecho, intentando no tocar el pecho.

5) Pecho, hombros, espalda y abdomen: Hacer una respiración profunda, mantenerla y al mismo tiempo echar los hombros hacia atrás intentando que los omoplatos de los hombros se junten, y se pone duro el estómago.

6) Pierna dominante (derecha): Levanta la pierna ligeramente, estira los dedos del pie, y dóblalo hacia la parte interna de la pierna.

7) Pierna dominante (izquierda): Levanta la pierna ligeramente, estira los dedos del pie, y dóblalo hacia la parte interna de la pierna.

Una vez realizados los ciclos al final de su realización indicaras en la tabla las sensaciones o los problemas que te hayan surgido.

1ªVez del día: anotarán las sensaciones, los posibles problemas, en que ciclo ha habido problema y momento del día en que ha realizado la actividad.

ANEXO X

Enumera en una escala de 0-10 los siguientes ítems, siendo 0= nada 10= mucho y contesta brevemente:

- Grado de satisfacción con el tratamiento recibido:
- Grado de implicación en las sesiones realizadas:
- Grado de comprensión de los conceptos tratados:
- Impacto de las actividades realizadas para su día a día:
- ¿Qué esperaban inicialmente del programa?
- ¿Qué es lo que más les ha gustado? ¿Y por qué?
- ¿Qué cambiarían del programa?
- ¿En qué les ha favorecido el tratamiento recibido?
- ¿Qué aspectos le gusta del trato recibido por la terapeuta?
- ¿Qué ha de mejorar la terapeuta?

Gracias por su colaboración.