

# Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR PARA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

**Presentado por:** D<sup>a</sup> GALIA VICENTE MARTÍN

**Tutora académica:** Dra. D<sup>a</sup> REBECA PARDO CEBRIÁN

**Alcalá de Henares, 7 de marzo de 2022**

## Índice

1. Introducción y justificación .....	4
2. Objetivos .....	4
3. Marco teórico .....	5
3.1. Fibromialgia .....	5
3.1.1. Conceptualización .....	5
3.1.2. Etiología y modelos explicativos .....	6
3.1.3. Criterios diagnósticos .....	7
3.1.4. Aspectos psicológicos en fibromialgia .....	8
3.1.5. Evaluación multidisciplinaria .....	11
3.1.6. Roles de género y fibromialgia .....	12
3.2. Programas de intervención actuales para la fibromialgia .....	13
3.2.1. Conceptualización .....	13
3.2.2. Características y procedimientos de implementación .....	14
3.2.3. Datos sobre su eficacia .....	16
3.2.4. Fortalezas y debilidades .....	21
4. Metodología de investigación .....	25
4.1. Fuentes de información empleadas .....	25
4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores .....	25
5. Propuesta de intervención .....	26
5.1. Presentación de la propuesta .....	26
5.2. Objetivos .....	26
5.3. Contexto de aplicación .....	26
5.4. Metodología y recursos .....	27
5.5. Sesiones .....	29
5.6. Cronograma de aplicación .....	39
5.7. Evaluación de la propuesta .....	40
6. Conclusiones .....	41
7. Referencias .....	42
8. Anexos .....	53
Anexo A .....	53
Anexo B .....	54
Anexo C .....	56
Anexo D .....	57
Anexo E .....	58
Anexo F .....	59
Anexo G .....	60

## **Resumen**

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor crónico y una alta prevalencia, siendo mucho más prevalente en mujeres que hombres. El objetivo de este trabajo consiste en la creación de un programa de intervención actualizado y eficaz, lo que conlleva realizar una revisión bibliográfica sobre la fibromialgia desde una perspectiva psicológica y de los programas llevados a cabo hasta el momento. Actualmente, el tratamiento que mejores resultados ha obtenido ha sido el tratamiento interdisciplinar formado por psicoeducación, antidepresivos, ejercicio aeróbico y terapia cognitivo conductual. En base a esta revisión se ha propuesto un programa de intervención que pretende reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, el riesgo de suicidio, favorecer la satisfacción sexual, reducir las conductas problema asociadas al rol femenino que influyen en el mantenimiento del dolor, la fatiga y el impacto de la fibromialgia en la vida de las mujeres de 40 a 60 años.

## **Palabras clave**

Fibromialgia, tratamiento interdisciplinar, riesgo de suicidio, sexualidad, roles de género.

## **Abstract**

Fibromyalgia is a disease characterized by chronic pain and high prevalence, with a great difference between women and men. The purpose of this study entails a bibliographical search for fibromyalgia from a psychological perspective and for current intervention programs, so that an updated and effective program could be designed. Nowadays, the intervention that has obtained the best result has been interdisciplinary treatment consisting of psychoeducation, antidepressants, aerobic exercise and cognitive behavioral therapy. Based on this search, an intervention program has been created, its aim is reduce anxious and depressive symptoms, decrease risk of suicide,

promote sexual satisfaction, reduce stress due to female gender role, fatigue and the impact of fibromyalgia in the middle-aged (40-60 years old) women's daily life.

## **Key words**

Fibromyalgia, interdisciplinary treatment, suicide risk, sexuality, gender roles.

## **1. Introducción y justificación**

La fibromialgia es una enfermedad reumatológica que cursa con dolor crónico. Las personas que la padecen reflejan sentimientos de desesperanza e incomprensión por parte de su entorno, lo que hace que frecuentemente la sufran en silencio. Estas personas expresan también indefensión al ver que antes de llegar al diagnóstico deben acudir a numerosas consultas de especialistas, y, una vez que reciben el diagnóstico, no pueden atenerse a unas pruebas concretas.

A pesar de que la fibromialgia se ha estudiado mayoritariamente desde un punto de vista médico, desde la psicología hay muchos aspectos que se pueden trabajar para aliviar y mejorar la calidad de vida de estas personas, mujeres en mayor medida. La mayoría de las intervenciones propuestas hasta el momento se centran en síntomas como el dolor, la ansiedad y la depresión, pero muy pocos tratamientos inciden en un abordaje global de la calidad de vida de las pacientes incluyendo en sus objetivos áreas como la sexualidad y el género. La fibromialgia es altamente incapacitante, provocando un gran cambio entre la vida antes del diagnóstico y después. Por ello, cobra relevancia la creación de un programa de intervención que ayude a afrontar y a abordar la enfermedad.

## **2. Objetivos**

Los objetivos del presente trabajo consisten en:

-Conocer qué se sabe actualmente sobre la fibromialgia, incluyendo qué áreas de la vida de las personas diagnosticadas y, en concreto de las mujeres, se encuentran más afectadas.

-Averiguar de qué manera se relaciona el ser mujer y cumplir el rol de género femenino con la fibromialgia.

-Comprender las diferentes propuestas de intervención psicológica existentes, además de descubrir sus fortalezas y debilidades.

-Desarrollar un programa de intervención actualizado y eficaz para mujeres que han sido diagnosticadas de fibromialgia, basado en las fortalezas de los programas ya existentes e incorporando mejoras.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Fibromialgia**

##### *3.1.1. Conceptualización*

La fibromialgia es un síndrome crónico caracterizado por un dolor generalizado del sistema musculoesquelético, con una duración mayor a tres meses y sin ser explicado por otra patología. Se considera que la modulación del dolor se encuentra alterada percibiéndose como una amplificación del mismo, aunque la etiología de la fibromialgia es aún desconocida (López Espino y Mingote Adán, 2008).

Los síntomas que acompañan al dolor generalizado son la fatiga, la pobre calidad de sueño, la rigidez matutina de las articulaciones y la sintomatología ansiosa y depresiva (Cousins et al., 2010; López Espino y Mingote Adán, 2008). Otros síntomas comunes son cefaleas, problemas de atención y memoria y sensación de hinchazón en las manos. Los síntomas varían según la persona (Arjona González, 2017) y en intensidad, agravándose en periodos de estrés.

Este síndrome tiene una alta prevalencia, pues afecta al 2,10% de la población mundial y al 2,40% de la población española, siendo más prevalente en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%) (EPISER 2016). Además, las personas que la padecen ven disminuida de una manera importante su calidad de vida (Del Río González et al.,

2014) al afectar a diferentes áreas de la misma incluyendo relaciones interpersonales, ocio y ámbito laboral, pudiendo llegar a generar discapacidad (Juuso et al., 2016; Mora et al., 2017). Todo ello pone de manifiesto la importancia de ampliar los conocimientos acerca de esta problemática y de desarrollar tratamientos eficaces, al igual que la importancia de un abordaje interdisciplinario.

### *3.1.2. Etiología y modelos explicativos*

Actualmente existe un riesgo alto tanto de sobrediagnosticar la fibromialgia como de infradiagnosticarla, debido a que no se cuenta con una etiología bien identificada, impidiendo una medida de evaluación específica para un diagnóstico preciso (López Espino et al., 2008).

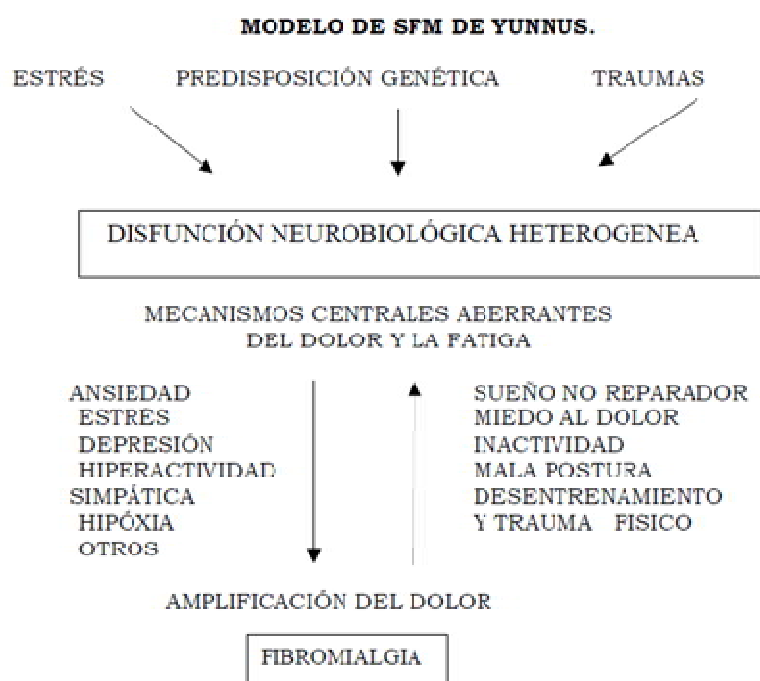
Las investigaciones concluyen que los factores de vulnerabilidad para la fibromialgia son muy diversos. Algunos estudios indican que puede deberse a la influencia de varios genes (Cousins et al., 2010), a accidentes, infecciones o intervenciones médicas (López Espino y Mingote Adán, 2008). Otros estudios indican que el estrés es un factor predisponente, ya sea causado por acontecimientos estresantes recientes, por traumas como el maltrato en el que cobra relevancia la violencia de género (Briones, 2010), o por los mandatos de cuidados (Mora et al., 2017). Asimismo, se ha encontrado una asociación entre el maltrato sufrido tempranamente y la fibromialgia, provocando un aprendizaje inadecuado de mecanismos frente al estrés, presentando mayor vulnerabilidad (Galvez-Sánchez et al., 2019).

Diversos autores han explicado la fibromialgia desde diferentes modelos. Tradicionalmente, se ha estudiado desde un modelo biomédico, sin embargo, desde hace varias décadas, se entiende que el modelo adecuado es el modelo biopsicosocial de Engel (1977), ya que la fibromialgia, como otras enfermedades, se ve influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Concretamente para la fibromialgia, Yunus (1999) (citado en López Espino et al., 2008) expone un modelo explicativo (ver Figura 1) por el que los factores de vulnerabilidad producen disfunciones en los mecanismos del dolor, que, junto con diferentes factores amplificarían el dolor característico de la fibromialgia. Como consecuencia, se producirían síntomas que afectarían de nuevo a los mecanismos del dolor y la fatiga.

**Figura 1.**

*Modelo explicativo de Yunus (1999)*



*Nota: Diagrama mostrado en López Espino et al. (2008).*

### 3.1.3. Criterios diagnósticos

El Colegio Americano de Reumatología desarrolló en 2010 los criterios actualmente utilizados para diagnosticar la fibromialgia, revisados en 2011 y en 2016 (Galvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020; Häuser et al, 2021). El diagnóstico se apoya en un índice de dolor generalizado (WPI), que recoge 19 partes del cuerpo donde la persona señala en cuál ha sentido dolor en la última semana; y una escala de severidad de los síntomas (SSS), en la que se otorga una puntuación de 0 a 3 a cada síntoma (Salaffi et al. 2020).

El diagnóstico se establece con una puntuación mínima en el WPI (valor máximo 19 y mínimo 0) de 7 y en el SSS (valor máximo de 12 y mínimo 0) de 5; o una puntuación en el WPI comprendida entre 3 y 6 y una puntuación mínima en el SS de 9 (Chaves Hidalgo, 2013).

Este diagnóstico tarda una media de 10 años en determinarse, en los que la persona asiste a numerosos especialistas, encontrándose con el escepticismo y la confusión de los profesionales. Durante este proceso las personas reflejan sentimientos de incompreensión, desesperanza e impotencia (González Sanjuán, 2011).

#### *3.1.4. Aspectos psicológicos en fibromialgia*

La fibromialgia afecta tanto a la calidad de vida de las personas como a la de sus familiares (Gálvez-Sánchez et al., 2019). Tal y como señalan Del Río González et al. (2014), la calidad de vida percibida es notablemente menor debido a aspectos asociados a la salud y a la afectación de los ámbitos interpersonal, comunitario y personal. Estos autores encuentran que las variables predictoras de la calidad de vida de las personas con diagnóstico de fibromialgia son la interferencia del dolor en las actividades y el rol físico, haciendo referencia al trabajo y las actividades diarias. En relación con estas variables, Juuso et al. (2016) observaron que el trabajo era una actividad cotidiana muy valorada por estas mujeres, quienes manifestaban un deseo significativo por realizar su trabajo como antes del diagnóstico. Por ello, Mora et al. (2017) ponen el foco en la creación de una intervención que facilite la continuación del trabajo el máximo tiempo posible para, después, acompañar en la búsqueda de nuevos valores con los que identificarse.

Por otro lado, se ha observado que a mayores niveles de sintomatología depresiva, peor calidad de vida refiere la persona. De la misma forma, algo relevante para la intervención de la fibromialgia es que cuanto mejor es la función física (referida



a la actividad física realizada por la persona), mayor calidad de vida percibida tiene el paciente (Del Río González et al., 2014). Además, Sanabria y Gers (2018) destacan que el impacto de la fibromialgia en la vida depende en gran medida de las estrategias de afrontamiento.

Con respecto al impacto psicológico, los síntomas más estudiados han sido la ansiedad y la depresión, puesto que son los más frecuentes (Ubago Linares et al., 2008; Revuelta Evrard et al., 2010) y por los que el curso de la enfermedad puede verse afectado. Otro motivo es que la aparición de estas problemáticas hace más probable un afrontamiento desadaptativo de las situaciones difíciles, incluyendo los propios síntomas de la fibromialgia (Del Río González et al., 2014).

Este afecto negativo asociado a la fibromialgia incluye emociones de tristeza, miedo, ira, desesperanza y culpa, frente a los que la mayoría de pacientes actúan evitándolos o suprimiéndolos (Gálvez-Sánchez et al., 2019; Revuelta Evrard et al., 2010). La intensidad de estas emociones y la intensidad del dolor guardan una relación positiva significativa. De hecho, se ha observado que con la mejoría de la sintomatología ansiosa se produce una disminución del dolor (Revuelta Evrard et al., 2010). En relación a la depresión, se ha observado que su mantenimiento se relaciona con el sentimiento de incomprensión, relacionándose con el mantenimiento y la intensidad del dolor (Gálvez-Sánchez et al., 2019; Oteo López, 2010).

A nivel cognitivo, entre las personas con diagnóstico de fibromialgia y las personas sin diagnóstico se encuentran diferencias en distorsiones cognitivas, de las cuales la catastrofización es muy común en fibromialgia; rumiaciones; excesiva preocupación; y pensamientos recurrentes de suicidio (Gálvez-Sánchez et al., 2019; Revuelta Evrard et al., 2010). Otras diferencias se encuentran a nivel de funcionamiento, donde se ha observado un deterioro en la memoria de trabajo, la memoria a largo plazo, las funciones ejecutivas y la atención. En adición a esto, el

grado de dolor se ha visto relacionado con el rendimiento cognitivo, teniendo una relación inversa (Gelonch et al., 2013). Esta sintomatología es referida por los pacientes como lentitud mental, falta de concentración y pérdidas de memoria (Arjona González, 2017; Galvez-Sánchez et al., 2019).

Otro ámbito relevante afectado es el de la sexualidad. Aparecen dificultades sexuales relacionadas con el deseo, vaginismo, dispareunia y dificultades para experimentar el orgasmo (Galvez-Sánchez et al., 2019), al igual que menor satisfacción y sequedad vaginal. Se ha apreciado que la frecuencia de los encuentros, el deseo erótico y el arousal se ve influido por las alteraciones en el estado de ánimo (Kalichman, 2009; Rico-Villademoros, 2014) el dolor generalizado, la fatiga y la irritabilidad (Sanabria y Gers, 2019). De la misma forma, la mayor sensibilidad al dolor asociada a la fibromialgia afecta a las relaciones sexuales, haciendo que de manera progresiva las personas las eviten. Sanabria y Gers (2019) destacan que cuando la persona con fibromialgia no quería de manera reiterada mantener encuentros eróticos, era vivido por la pareja como un rechazo personal en vez de como una manifestación de la enfermedad. En relación a esto, otras mujeres han manifestado intentar satisfacer a sus parejas sexuales y no interrumpir la actividad a pesar de sentir dolor.

En otras investigaciones como la de Ostrander (2009), se refleja la importancia de enriquecer la vida sexual de las personas tras el diagnóstico de una enfermedad crónica. Ajustarse a los cambios por la enfermedad reduce el sentimiento de culpa y fortalece el vínculo de la pareja. Sin embargo, la falta de adaptación a las nuevas necesidades hace que la persona diagnosticada viva la relación como una fuente de estrés (Sanabria y Gers, 2019). Alves et al. (2016) concluyen que las dificultades eróticas, junto con la sintomatología depresiva, producen un agravamiento de los síntomas y reducen la calidad de vida de estas mujeres. Estos estudios ponen de manifiesto la necesidad de abordar este ámbito en las intervenciones de la fibromialgia, ya que no solo afectan a la vivencia personal de la paciente, sino que

puede influir en el ámbito interpersonal, ocasionando problemas de pareja (Galvez-Sánchez et al., 2019).

Otro aspecto importante en fibromialgia es la ideación y el riesgo de suicidio, puesto que síntomas como depresión, desesperanza y que sea una patología crónica se consideran factores de riesgo (Calandre et al., 2011). Se ha observado que, comparando dos grupos con dolor crónico causado por diferentes enfermedades, el grupo con fibromialgia puntuaba más alto en ideación y riesgo de suicidio (Jimenez-Rodríguez et al., 2014). Estudios como el de Garza Guerra (2021) y Jimenez-Rodríguez et al. (2014) indican que la comorbilidad con depresión es la variable más significativa para la ideación y el riesgo de suicidio. Por lo tanto, no parece que la fibromialgia por sí misma pueda relacionarse con un aumento del riesgo de suicidio, aun así, Jimenez-Rodríguez et al. (2014) destacan la necesidad de abordar esta problemática en personas con fibromialgia.

### *3.1.5. Evaluación multidisciplinaria*

La evaluación de la fibromialgia es llevada a cabo por reumatólogos, sin embargo, su evaluación se ha desarrollado sobre todo en el ámbito de la investigación, creando instrumentos que permitiesen conocer en qué medida una persona padece fibromialgia y en qué medida esta produce un impacto en la vida de la persona, como el Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR), validado en población española por Salgueiro et al. (2013). No obstante, es importante también contar con herramientas que permitan la recogida de información cualitativa.

Desde la psicología, es requerida una evaluación exhaustiva de las áreas afectadas como suele ser el área emocional, protagonizada por sentimientos de incompreensión y desesperanza, siendo relevante explorar ideación suicida (Jimenez-Rodríguez et al., 2014; Revuelta Evrard et al., 2010); el ámbito social, que suele verse reducido por la falta a las citas de ocio por el dolor (Del Río González et al. 2014); el

ámbito laboral, en el que la persona puede tener concedida una baja o discapacidad incompatible con el ejercicio de su profesión (Juuso et al. 2016); y, además, es importante explorar el plano afectivo-sexual, ya que la falta de adaptación a las nuevas circunstancias, puede suponer su ruptura o el surgimiento de nuevos y frecuentes conflictos (Sanabria y Gers, 2019).

### *3.1.6. Roles de género y fibromialgia*

La fibromialgia, según el informe EPISER de 2016, tiene una prevalencia en mujeres de 4,2% y en hombres del 0,2%. Esta gran diferencia ha alentado a diferentes equipos de investigación a estudiar los factores relacionados.

Los roles asociados al género son considerados factores de vulnerabilidad que afectan a la salud. En el caso de la fibromialgia, haber sufrido eventos traumáticos y un estrés continuado son factores predisponentes (Briones, 2010; Galvez-Sánchez et al., 2019; Mora et al., 2017). Entre estos factores, los mandatos de cuidado a los demás, que también se relacionan con el estrés, aparecen asociados mayormente al rol de género femenino. En estudios cualitativos sobre la fibromialgia, se encuentra que las participantes manifiestan una presión por desempeñar el rol de cuidadoras, relacionándose con emociones como la soledad y la culpa, que afecta al incremento del dolor (Mora et al., 2017; Pujal i-Llombart et al., 2016).

Por lo tanto, la diferencia asociada a la prevalencia de la fibromialgia según el género, parecería relacionada con las condiciones de socialización diferencial, en el que las mujeres crecen interiorizando el mandato que prioriza el cuidado de terceras personas, contribuyendo al pobre desarrollo de establecimiento de límites. Siguiendo esta perspectiva, Mora et al. (2017) exploran este aspecto también en hombres, encontrando que un punto en común es la actividad orientada al cuidado, aunque en los hombres aparecía asociada a su desempeño profesional.

Por otro lado, también se han estudiado las diferencias de los síntomas según el género. Aparicio et al. (2012) observaron que las mujeres tenían niveles más altos de fatiga y una menor vitalidad, mientras que los hombres mostraron una mayor afectación de la fibromialgia en su vida. Con respecto al dolor, Miró et al. (2012) concluyeron que las mujeres presentaron un menor umbral de sensibilidad al dolor. Además, destacan que el factor que mejor predecía el dolor en hombres era la calidad del sueño, sin embargo, en mujeres era la catastrofización del dolor, aspecto que también refirieron Yunus et al. (2001). Estas diferencias sugieren la necesidad de desarrollar intervenciones diferentes y específicas para cada grupo (Aparicio et al., 2012; Miró et al., 2012).

## **3.2. Programas de intervención actuales para la fibromialgia**

### *3.2.1. Conceptualización*

En las últimas décadas, se han realizado revisiones bibliográficas para acordar qué tratamientos para la fibromialgia son los más eficaces. Al ser su etiología aún desconocida, los tratamientos se han basado en paliar los síntomas, por lo que, con la finalidad de crear una intervención adecuada, algunos autores como Giesecke et al. (2004) han propuesto la división en tres grupos de las personas con diagnóstico de fibromialgia basándose en el valor de la depresión, ansiedad, pensamientos catastrofistas, percepción del control del dolor y la sensibilidad al mismo. Para cada uno de estos grupos, Alegre de Miquel et al. (2010) han propuesto intervenciones interdisciplinarias específicas, incluyendo psicoeducación, ejercicio físico y tratamiento farmacológico con antidepresivos para todos los grupos y terapia cognitivo conductual para grupos con altos valores de depresión y ansiedad. Sin embargo, estos mismos autores reconocen que otras revisiones no apoyan esta división por grupos.

En definitiva, el tratamiento de la fibromialgia se puede clasificar en farmacológico, basado en la amitriptilina, que ha demostrado ser eficaz (García et al.,

2016); y no farmacológico, donde se incluye la psicoeducación, el ejercicio físico y las terapias psicológicas.

Actualmente, las recomendaciones abogan por una intervención interdisciplinar, abordada desde el ámbito de la medicina primaria, dejando a cargo de la medicina especializada el diagnóstico y la adaptación del tratamiento (Rivera Redondo, 2011).

### *3.2.2. Características y procedimiento de implementación*

Uno de los programas de intervención no farmacológica principal es el ejercicio físico pudiendo ser aeróbico, de resistencia o de flexibilidad (Busch et al., 2013; Carbonell-Baeza et al., 2011).

Otro componente esencial es la psicoeducación, que incluye información actualizada sobre la enfermedad, aborda creencias erróneas, informa de la influencia de las actitudes con respecto a la enfermedad, el dolor y el tratamiento (Conversano et al., 2019; Gómez-de-Regil, 2021). Una forma específica de implementación consiste en una formación entre iguales, donde se señala la importancia y los mecanismos para cuidar a los demás y a una misma, se trabajan necesidades, recursos disponibles, hábitos de alimentación, ejercicio y descanso adecuados y creación de un plan de acción (Danet et al., 2016).

Con respecto a la intervención psicológica, uno de los tratamientos estudiados es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en la que se trabaja la diferencia entre aceptar y resignarse, mindfulness y los valores (Guallar Claver, 2012). Su objetivo es evitar estrategias de control de los síntomas y aceptar el dolor como parte de la vida (Luciano et al., 2014). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es otra de las más empleadas, se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades de afrontamiento, con el objetivo de reducir los síntomas generando pensamientos funcionales (Moix y Casado, 2011). Esta terapia ha sido utilizada para

reducir la depresión en personas con fibromialgia, variable que mediaba con la ideación y riesgo de suicidio (Sobalbarro de Blanco, 2015).

Para el tratamiento de la fibromialgia desde la psicología también se han realizado intervenciones basadas en la atención plena, como la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR), donde se explica el concepto de mindfulness, se realizan ejercicios de exploración corporal, prácticas de yoga y reflexión sobre el automatismo, la reacción y el afrontamiento (Quintana y Rincón Fernández, 2011). Otra intervención basada en mindfulness es la propuesta por Amutio et al (2018) denominada Meditación-Fluir que incluye ejercicios de MBSR, actividades de mindfulness empleadas en ACT y un debate basado en metáforas, promoviendo la aceptación, el perdón y la defusión cognitiva. Por último, otra de las intervenciones es el entrenamiento en la meditación consciente (MAT), compuesto por 8 sesiones semanales basadas en mindfulness y dos sesiones individuales con el profesional (Van Gordon et al., 2017).

Desde una perspectiva interdisciplinar, se han propuesto programas específicos, como la Terapia Multidisciplinar de Carbonell-Baeza et al. (2011), incluye sesiones de ejercicio físico, psicoeducación y ACT. Otra propuesta es la de Alegre de Miquel et al. (2010) compuesta por sesiones de psicoeducación, ejercicio físico, antidepresivos, sesiones de TCC y meditación basada en la psicoterapia. Por último, cabe destacar el programa psicosocial de Peñacoba Puente et al. (2011), cuyos objetivos son mejorar el manejo de la fibromialgia, los síntomas y las habilidades de afrontamiento a través de la educación sanitaria y social. Pretende actuar en el dolor, la sintomatología ansiosa y depresiva, la adaptación social, la sexualidad, la personalidad saludable y la familia.

Con respecto a la intervención en sexualidad en fibromialgia, no se han encontrado programas específicos. No obstante, Antequena Raynal (2020), enfatiza la

necesidad de que dicha intervención conste de educación sexual en las que se modifiquen creencias erróneas sobre la sexualidad en general y sobre la sexualidad de las personas con fibromialgia, se promuevan actitudes positivas hacia la misma y se fomenten interacciones sexuales. Esta autora también explicita la necesidad de implementar actividades como calentamientos, masajes, baños calientes, de forma que se reduzca el dolor durante el encuentro. García Padilla et al. (2003) proponen sesiones psicoeducativas sobre la sexualidad en fibromialgia, obteniendo cambios en los mitos. Por otro lado, Velasco Furlong y Écija Gallardo (2011) recomiendan ejercicios para explorar las zonas erógenas, de forma que se cuente con un mayor número de opciones para disfrutar de la sexualidad minimizando el dolor.

En relación al rol de género, en la literatura científica no hay programas de intervención cuyo objetivo sea reducir el estrés relacionado con este y la fibromialgia. En otros diagnósticos como puede ser la infertilidad, Ehsan et al. (2019) proponen sesiones grupales dedicadas a los roles de género, definiéndolos y debatiendo sobre los diferentes roles como el sexual, marital y maternal, además de reflexionar sobre las emociones provocadas por el incumplimiento de estos roles y compartiendo las experiencias de cada participante.

### **3.2.3. Datos sobre la eficacia**

En la literatura científica, los tratamientos mencionados con anterioridad han sido estudiados tanto de manera aislada como formando parte de una intervención interdisciplinaria encontrando diferentes resultados (ver Tabla 1).

Según diversas revisiones, la TCC demostró ser más efectiva al compararla con el tratamiento farmacológico recomendado y con la lista de espera (Glombiewski et al., 2010; Häuser et al., 2017; Häuser y Jones, 2019), pero no cuando se comparó con otros tratamientos activos (Bernardy et al., 2013; Bernardy et al., 2018).



Con respecto a los programas basados en mindfulness, se encontró que el MBSR solo fue eficaz a corto plazo (Lauche et al., 2013) y sus resultados fueron inconsistentes (Haugmark et al., 2019).

Al revisar los estudios de programas interdisciplinarios se observa que estos obtienen mejoras en autoeficacia, calidad de vida, depresión, dolor, catastrofización y fatiga (Temeloglu Sen et al., 2019), siendo recomendables para personas con notables niveles de discapacidad (Alegre de Miquel et al., 2010; Häuser et al., 2017).

Con respecto al tratamiento psicosocial propuesto por Peñacoba Puente et al. (2011), aborda muchos de los ámbitos alterados en la vida de la persona diagnosticada de fibromialgia y se basa en una revisión sistemática. Sin embargo, no se ha investigado sobre su eficacia, puesto que es una propuesta general y amplia que habría que adaptar a cada paciente.

Por otro lado, Gómez-de-Regil y Estrella-Castillo (2020) observaron en su revisión sobre las diferentes psicoterapias que muchos estudios informaron de una reducción del dolor pero esta no era duradera a largo plazo o significativa.

En relación al ejercicio físico, Busch et al. (2013) concluyeron que los ejercicios aeróbicos fueron más eficaces que las intervenciones con ejercicios de resistencia.

Por último, la psicoeducación supuso una mejora en el funcionamiento físico, el dolor y los síntomas emocionales (Gómez-de-Regil, 2021). Esta intervención se considera primera parte indispensable de un tratamiento interdisciplinario (Conversano et al., 2019).

**Tabla 1.**

Datos sobre la eficacia de los programas de intervención

PROGRAMA	AUTORES Y AÑO	N % MUJERES DIAGNÓSTICO	TIPOS DE MEDIDA	DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
ACT	Guallar Claver (2012)	N=56 98% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 6 meses.	9 sesiones semanales de 90 minutos	HADS, EVA, PCS, FIQ, CPAQ.	Mejora: catastrofización, aceptación, depresión, ansiedad, impacto de la FM.  No mejora: dolor.
	Luciano et al. (2014)	N=156 94% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 3 y 6 meses.	8 sesiones en 6 meses	FIQ, PCS, HADS, CPAQ, PVAS, EQ-5D, AEs.	Mejora: catastrofización, aceptación, ansiedad, depresión, impacto de la FM, dolor percibido, calidad de vida.
	López Palomo (2019)	N=3 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 1 mes.	4 sesiones semanales	MINI, DASS-21, GHQ-12, VQ, CFG, PSWQ, SF-36.	Mejora: preocupación, fusión cognitiva, sintomatología emocional, obstrucción de valores.
	Olsson et al. (2012)	100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 3-4 meses.	12 sesiones semanales	PDI, FIQ, SF36, SES, STAI, BDI, PIPS.	Mejora: calidad de vida en salud mental, autoeficacia, depresión, ansiedad, inflexibilidad.  No mejora: intensidad del dolor, calidad de vida física.

	Alda et al. (2011)	N=169 94% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 3 y 6 meses.	10 sesiones semanales	MINI, PCS, HAM-D, HARS, PVAS, CPAQ, FIQ, EQ-5D.	Mejora: catastrofización, aceptación, funcionamiento global, calidad de vida  No mejora con respecto a otros tratamientos: dolor y depresión.
TCC	González-Ramírez y Landero-Hernández (2011)	N=22 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 3 meses.	12 sesiones	PSS, FIQ, PMRQ, ATQ, PCS.	Mejora: pensamientos negativos, catastrofización.  No mejora: el impacto de la FM, estrés.
	Moioli y Merayo (2005)	N=48 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post.	13 sesiones en 10 semanas	BAI, BDI, VAS, CR, ICSM.	Mejora: ansiedad, depresión, frecuencia de actividades de la vida diaria.
	Moral de la Rubia et al. (2011)	N=26 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post.	1 año	PANAS, HADS, TAS-20, RAS, FIQ, VAS, PCS.	Mejora: malestar, impacto FM, afecto positivo, estados emocionales negativos, satisfacción marital.
Terapia Multidisciplinaria	Carbonell-Baeza et al. (2011)	N=65 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post.	3 sesiones semanales durante 3 meses	FIQ, SF-36, HADS, VPMI, RSES.	Mejora: impacto de la FM, rigidez, fatiga, ansiedad, depresión, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social.
MBSR	Quintana y Rincón Fernández (2011)	N=14 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 1 mes.	8 sesiones semanales	SF-36, MPQ, CAD, BDI,	Mejora: calidad de vida, dolor, sintomatología depresiva, habilidades de afrontamiento.

						No se encontraron mejoras en el seguimiento.
Meditación-Fluir	Amutio et al. (2018)	N=39 100% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 3 meses.	7 sesiones semanales	AIS, PSQI, ESS, SII.	Mejora: insomnio, calidad de sueño.
MAT	Van Gordon et al. (2017)	N=148 82% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post. Seguimiento 6 meses	8 sesiones semanales	FIQ, MPQ, DASS, PSQI, NAS.	Mejora: dolor, calidad de sueño, estrés.
Psicoeducación	Danet et al. (2016)	N=600 98% mujeres Diagnóstico FM	Pre-post.	30 cursos para pacientes. 4 cursos para formadores.	Instrumentos ad hoc.	Mejora: estrés emocional, hábitos de vida, visitas médicas, automanejo de la enfermedad.

Nota. FM=fibromialgia; HADS=Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria; EVA=Escala Visual Analógica para el Dolor; PCS=Escala de Catastrofización del Dolor; FIQ=Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia; CPAQ=Cuestionario Aceptación del dolor Crónico; PVAS=Escala Analógica Visual del Dolor; EQ-5D=Escala Analógica Visual de EuroQol; AEs=Afrontamiento de Eventos Adversos; MINI=Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; DASS-21=Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21; GHQ-12=Cuestionario de Salud General-12; VQ=Cuestionario de Valores; CFQ=Cuestionario de Fusión Cognitiva; PSWQ=Cuestionario de Preocupaciones Penn State-11; SF-36=Cuestionario de Calidad de Vida en Salud; PDI: Índice de Discapacidad por Dolor; SES=Escala de Autoeficacia; STAI=Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger; BDI=Inventario de Depresión de Beck; PIPS=Escala de Inflexibilidad psicológica por Dolor; HAM-D=Escala de Calificación de Depresión de Hamilton; HARS=Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton; PSS=Escala de Estrés Percibido; PMRQ=Cuestionario de Memoria Prospectiva y Retrospectiva; ATQ=Cuestionario de Pensamientos Automáticos; BAI=Inventario de Ansiedad de Beck; CR=Cuestionario de Refuerzos; VAS=Escala Analógica Visual; ICSM=Inventario del Concepto de Sí Mismo; PANAS=Escala de Afectos Positivos y Negativos; TAS-20=Escala de Alexitimia de Toronto-20; RAS=Escala de Valoración de la Relación; VPMI=Inventario de Manejo del Dolor de Vanderbilt; RSES=Escala de Autoestima de Rosenberg; AIS=Escala de Insomnio de Atenas; PSQI=Inventario de Calidad de Sueño de Pittsburgh; ESS=Escala de Somnolencia de Epworth; SII=Inventario del Deterioro del Sueño; MPQ=Cuestionario de Dolor McGill; CAD=Cuestionario de Afrontamiento al Dolor; NAS=Escala de No Apego.

En el ámbito de la sexualidad, Ostrander (2009) y Sanabria y Gers (2019) encontraron que las mujeres diagnosticadas con una enfermedad crónica enriquecieron su sexualidad con prácticas eróticas basadas en la sensualidad, el cariño y la intimidad, aprendiendo a sentir placer sin centrarse en la genitalidad ni en el orgasmo. Una de las estrategias utilizadas fue la adopción de posturas que disminuyesen el dolor, también se le dio más importancia al juego y a la estimulación sensorial para aumentar el deseo. Otra estrategia relevante fue posponer los encuentros hasta que el dolor se redujese. Por lo que, a pesar de que la eficacia de los programas descritos en el apartado anterior en este ámbito no han sido investigados, son concordantes con lo encontrado por Ostrander (2009) y Sanabria y Gers (2019).

En cuanto al malestar asociado al rol de género, Ehsan et al. (2019) encontraron que el estrés relacionado con la infertilidad y el estrés relacionado con cumplir el rol reproductivo se redujo tras las sesiones propuestas.

#### *3.2.4. Fortalezas y debilidades*

Una vez realizada una revisión sistemática de los datos aportados por las investigaciones, se puede deducir que aún son necesarios más estudios sobre diferentes aspectos de los programas y de la propia fibromialgia. A continuación en la tabla 2 se resumen las fortalezas y las debilidades de los programas expuestos.

Para la intervención de la fibromialgia, los programas interdisciplinares generan una mejoría global, actuando en el afecto negativo, la calidad de vida, la rigidez, la fatiga y el dolor.

Dentro de las intervenciones psicológicas, la TCC es la que cuenta con un mayor nivel de evidencia (García et al., 2016; Häuser y Jones, 2019), además de ser la más utilizada (Lami et al., 2013). Esta terapia permite mejoras en la catastrofización,

variable que mejor predice el dolor en las mujeres diagnosticadas de fibromialgia (Miró et al., 2012).

Una debilidad común a todos los tratamientos es que no tuvieron en cuenta mejoras en el ámbito de la sexualidad. Además, no incluyeron sesiones relativas al rol de género ni a la ideación y al riesgo de suicidio, a pesar de ser variables importantes.

**Tabla 2.**

*Fortalezas y debilidades de los programas de intervención psicológica actuales*

<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>ACT</b>	Alta satisfacción. Resultados mantenidos a los 6 meses. Mejora los síntomas psicológicos principales.	No mejora el dolor. No se miden síntomas físicos como rigidez y fatiga.
<b>TCC</b>	Resultados generalizables por la metodología empleada. Resultados mantenidos a los 6 meses. Recomendada para personas con habilidades de afrontamiento inadecuadas y para sintomatología ansiosa y depresiva.	No mejora del dolor. No recomendable en términos de coste-efectividad. Estudios basados en mujeres caucásicas de mediana edad, difícil generalización a otras culturas.
<b>Terapia Multidisciplinar</b>	Actúa en síntomas físicos (rigidez y fatiga), y psicológicos.	No cambios en autoestima. Se desconoce si los resultados se mantienen a partir de los 3 meses.
<b>Terapia Interdisciplinar</b>	Acoge toda la sintomatología propia de la fibromialgia. Recomendada para pacientes con discapacidad notable.	Evidencia limitada. Baja adherencia al ejercicio físico.
<b>MBSR</b>	Útil a corto plazo.	No hay evidencias a largo plazo. Salvo si se continúa con

	Mejora el dolor.	la práctica tras el tratamiento. Datos de eficacia inconclusos.
<b>Meditación-Fluir</b>	Actúa en alteraciones del sueño. Efectos mantenidos a los 3 meses. Alta adherencia.	No mide el efecto en el resto de la sintomatología. No comparada con grupo control activo, solo con lista de espera. Efectos inestables.
<b>MAT</b>	Mejora la percepción del dolor, la calidad de sueño y el estrés desadaptativo. Resultados mantenidos a los 6 meses.	Baja adherencia al tratamiento por ser altamente demandante.
<b>Psicoeducación</b>	Mejora el funcionamiento físico y los síntomas emocionales Actúa en síntomas alterados como la autovaloración, el estrés y los hábitos cotidianos.	No constituye una intervención por sí misma, No reduce el dolor.
<b>Tratamiento psicosocial</b>	Acoge los ámbitos afectados. Se basa en una revisión sistemática.	No se ha investigado sobre su eficacia.

---



## **4. Metodología de investigación**

### **4.1. Fuentes de información empleadas**

El marco teórico del presente trabajo se ha desarrollado mediante una revisión sistemática, para la que se han empleado las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, Dialnet, Google Académico, Biblioteca Cochrane, PsycInfo, ProQuest, Guías Nice y Scielo, En cada una de ellas se han utilizado búsquedas avanzadas con diferentes filtros. También se ha usado información de la división 12 de la APA sobre tratamientos basados en la evidencia empírica para el dolor crónico y la fibromialgia. Otros artículos fueron encontrados gracias a ser citados y referenciados en otros artículos de interés.

### **4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores**

Los principales criterios para la inclusión de los artículos fueron estar escritos en inglés o castellano, haber utilizado población adulta, diagnosticada de fibromialgia o dolor crónico y ser un artículo de acceso libre. En adición a estos criterios, primero se usó el filtro “últimos 5 años” y, posteriormente, “últimos 10 años” para ampliar la información encontrada.

Los términos utilizados en las bases de datos fueron introducidos tanto en español como en inglés, aunque ahora se reflejen únicamente en español: fibromialgia AND psicología, fibromialgia AND género OR roles de género, fibromialgia OR dolor crónico AND sexualidad, fibromialgia AND suicidio, fibromialgia AND intervenciones psicológicas.

## **5. Propuesta de intervención**

### **5.1. Presentación de la propuesta**

La propuesta de intervención se basa en una revisión de la literatura científica acerca de la etiología, los síntomas y las consecuencias conocidas de la fibromialgia, además de los aspectos psicológicos relevantes que intervienen en su curso.

Como la terapia interdisciplinar es la que mejores resultados ha obtenido en el abordaje de los diferentes síntomas, el programa de intervención propuesto consistirá en un programa interdisciplinar, cuya psicoeducación será llevada entre iguales y cuya intervención psicológica se basará en la TCC, con sesiones dedicadas al riesgo de suicidio. Con respecto a las sesiones de ejercicio físico, consistirán en ejercicio aeróbico. Al programa de intervención se añadirán sesiones dedicadas a la sexualidad y al género, debido a la relevancia de estos aspectos en fibromialgia y a su importancia en la calidad de vida.

### **5.2. Objetivos**

El objetivo principal de la intervención es reducir la fatiga y el impacto del fibromialgia en la vida diaria de las mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Esta propuesta también persigue el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa y depresiva asociada a la misma, al igual que reducir la ideación y el riesgo de suicidio. Del mismo modo, se pretende fomentar la satisfacción en el ámbito de la sexualidad de estas mujeres y reducir las conductas problema asociadas al rol femenino que influyen en el mantenimiento del dolor.

### **5.3. Contexto de aplicación**

La intervención se llevará a cabo con mujeres que hayan sido diagnosticadas de fibromialgia, puesto que es la población más prevalente (EPISER 2016), además, la mayoría de los participantes en las investigaciones realizadas son mujeres en su totalidad, siendo generalizables sus resultados a esta población.

El rango de edad de las participantes será de 40 a 60, puesto que el pico de prevalencia de la fibromialgia es de 40 a 49, siendo menos prevalente en personas más jóvenes (EPISER 2016) y en personas mayores de 60 (Martín Guivernau, 2017; Mas et al., 2008). De esta forma, además, se puede asegurar la homogeneidad del grupo, pudiendo beneficiarse así en mayor medida al verse representadas en las vivencias e historias del resto de mujeres durante las sesiones (Pérez García, 2020).

En cuanto al nivel sociocultural y económico de las participantes, se ha observado que la fibromialgia es más prevalente en personas con un nivel socioeconómico y educacional bajo (Mas et al., 2008). No obstante, para la participación en el programa, lo ideal es que las mujeres compartan un nivel sociocultural y económico similar y sean capaces de entender los ejercicios que se llevarán a cabo.

El programa será aplicado en un contexto privado, en el centro de la Asociación de pacientes de Fibromialgia (AFIBROM), puesto que cuentan con el espacio y el material adecuado para el funcionamiento del programa, siendo además una oportunidad para conocer un recurso de ayuda.

#### **5.4. Metodología y recursos**

La intervención propuesta se realizará de manera grupal, aunque las entrevistas de selección serán individuales. El número máximo de participantes será de 12 personas, debido a que si se cuenta con un mayor número, las actividades y la personalización del programa pueden verse comprometidas. El mínimo de participantes será 7, ya que un número menor, si hay abandonos puede perjudicar el funcionamiento del grupo.

En cuanto a los recursos necesarios, se contará con un profesional de la fisioterapia para el ejercicio aeróbico, una persona formada en la Escuela de

Pacientes<sup>1</sup> para la psicoeducación, una psicóloga general sanitaria especializada en TCC y, por último, una psicóloga especializada en sexología y roles de género. Para el tratamiento farmacológico, cada participante seguirá las pautas establecidas por su profesional de la medicina de referencia.

Con respecto a los recursos materiales, se contará con una sala en la que se puedan distribuir las participantes de manera cómoda y espaciada, con sillas y mesas dispuestas en círculo y una pizarra. Además, se tendrá en cuenta el material que el/la profesional de ejercicio aeróbico considere oportuno.

En relación al proceso de selección, los criterios de inclusión son: ser mujer, tener entre 40 y 60 años, tener diagnóstico de fibromialgia, contar con las capacidades lingüísticas necesarias para entender y hablar el idioma castellano y poder asistir a, al menos, 10 sesiones. Los criterios de exclusión son: no identificarse con el género femenino, no cumplir el rango de edad establecido y no tener diagnóstico de fibromialgia.

El programa se publicitará tanto en atención primaria como en las unidades de dolor y las consultas de reumatología, puesto que son los profesionales a los que acuden estas mujeres. Además, se explicará el programa a las asociaciones de fibromialgia como la SEFIFAC (Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica) y la AFIBROM. De esta forma, los profesionales podrán ofertar dicho programa a sus usuarias, las personas interesadas podrán contactar con la persona coordinadora del programa, quien hará la entrevista de selección y, si cumplen los criterios de inclusión y quedan plazas, se les citará en el lugar y la hora previstas.

---

<sup>1</sup> La Escuela de Pacientes es un programa de formación iniciado en Andalucía, por la Conserjería de Salud en 2012, en el que se forma a personas con fibromialgia para ser formadoras en la psicoeducación a pacientes con diagnóstico de fibromialgia.

## **5.5. Sesiones**

El programa está formado por dos bloques impartidos de forma paralela. Un bloque dedicado a la intervención psicológica, y otro al ejercicio físico. En el presente trabajo se describen las 13 sesiones del primer bloque. El bloque 2 aparece en el cronograma del programa, la descripción y los ejercicios detallados dependerán del profesional especializado.

A lo largo de las sesiones, las habilidades del terapeuta serán esenciales para el buen funcionamiento del programa como es la empatía, la escucha activa, la creatividad en el empleo de metáforas, una actitud heterofílica y el uso de un lenguaje puente en las sesiones sobre sexualidad.

Al finalizar cada sesión, se explicará la tarea para la siguiente sesión y se recordará la fecha y la hora a la que tendrá lugar.

### **Sesión 1.**

- **Objetivos:** Aumentar la comprensión de la fibromialgia, fomentar la adherencia al programa y la adhesión al grupo.
- **Técnicas:** Presentación de participantes y profesionales, explicación de objetivos y funcionamiento de las sesiones, psicoeducación sobre fibromialgia.
- **Desarrollo:** Esta sesión comenzará con un ovillo de lana utilizado para las presentaciones, una persona agarrará un extremo del ovillo, se presentará explicando qué espera del programa y lanzará el ovillo a otra persona de la sala con la que tenga algo en común, puede ser desde usar gafas, hasta compartir expectativas. Se explicarán los objetivos del programa y la filosofía del mismo, ellas son las protagonistas del proceso. Después, se pasarán los cuestionarios utilizados para evaluar el programa. Durante la segunda hora de la sesión, cada participante contará qué sabe sobre esta enfermedad y qué implica para ellas vivir

con ello. La profesional guiará la conversación aportando conocimientos contrastados y asegurando que las dudas quedan aclaradas.

- Tareas para la siguiente sesión: Hacerse con un cuaderno personal y decorarlo a su gusto.

### **Sesión 2.**

- Objetivos: Fomentar el autocuidado y los hábitos de vida saludables.
- Técnicas: Conocimiento sobre mitos del autocuidado, explicación de hábitos saludables y de la influencia de la actitud hacia la enfermedad en el impacto que esta tiene en la vida diaria.
- Desarrollo: Se comienza con la actividad “Macedonia”, la profesional señalará a una participante y si dice Naranja, la participante deberá decir el nombre de su compañera de la derecha y si dice Limón el de la de la izquierda, se hará una ronda rápida. Se resolverán dudas con respecto la primera sesión y cada participante presentará su cuaderno explicando por qué ha escogido ese o por qué lo ha decorado. Durante la segunda hora de la sesión, se presentarán las formadoras de la Escuela de Pacientes. Se realizará una lluvia de ideas para el autocuidado y el cuidado de las demás, se presentarán planes de acción como ejemplo y se reflexionará sobre los obstáculos para llevarlo a cabo.
- Tareas para la siguiente sesión: Crear un plan de acción de autocuidado personalizado y apuntar dificultades encontradas.

### **Sesión 3.**

- Objetivos: Reducir el uso de la supresión emocional como forma de gestión emocional, fomentar la aceptación y otras herramientas de regulación.
- Técnicas: Psicoeducación sobre emociones, alternativas adaptativas de regulación emocional y técnica RAIN.

- **Desarrollo:** La sesión comenzará revisando el plan de autocuidado, viendo las dificultades en su creación y puesta en práctica. Luego, se explicará el nombre y la función de cada emoción básica ejemplificando con la película "Inside Out" y siguiendo la explicación con las emociones secundarias, con la ayuda de un diagrama de intensidad-valencia (ver Anexo A). Cada participante explicará cómo siente cada emoción básica en su cuerpo y dónde la situaría en el diagrama. Además, en un bol se meterá un papel por cada emoción explicada, después, cada participante sacará un papel y contará una situación en la que haya sentido esa emoción y cómo la gestionó. Tras esta tarea se explicará a través de la metáfora de la presa y el río (ver Anexo B) la importancia de la aceptación de las emociones y la técnica RAIN (ver Anexo C). Por último, se realizará una lluvia de ideas para regular diferentes emociones en diferentes situaciones.
- **Tareas para la siguiente sesión:** Poner en práctica el plan de autocuidado, rellenar el autorregistro (ver Anexo D) de emociones.

#### **Sesión 4.**

- **Objetivos:** Reducir sintomatología ansiosa.
- **Técnicas:** Psicoeducación en ansiedad y entrenamiento en respiración diafragmática.
- **Desarrollo:** Se revisará brevemente de nuevo el plan de autocuidado y se dedicará más tiempo a valorar las dificultades en la identificación de emociones y su regulación. Luego, se explicará qué es y para qué es útil la ansiedad, indicando la diferencia entre ansiedad funcional y desadaptativa. Con ayuda de la curva de ansiedad se explicará cómo funcionan las conductas de escape y evitación y cada participante expondrá un ejemplo de situación en la que haya realizado alguna de estas conductas. También se ilustrarán los síntomas de la ansiedad y cómo la pueden identificar a través de sensaciones corporales y pensamientos asociados. Por último, se presentarán la técnica respiración diafragmática.

- Tareas para la siguiente sesión: Apuntar un palito por cada práctica de respiración diafragmática, estando tumbadas y con nivel de ansiedad bajo.

### **Sesión 5.**

- Objetivos: Reducir sintomatología depresiva.
- Técnicas: Psicoeducación en depresión y activación conductual.
- Desarrollo: El inicio de la sesión se basará en la revisión de la respiración diafragmática practicada en casa y se resolverán dudas. Más tarde, se reflexionará acerca de las actividades que han dejado de hacer o de disfrutar debido al dolor o a la falta de motivación. Se presentará el esquema de la trampa de la depresión (ver Anexo E) con experiencias relatadas para explicar el mantenimiento de la inactividad y la anhedonia. Después, se explicará la técnica activación conductual, reflexionando sobre el esfuerzo y la gratificación que suponía antes realizar esas actividades y lo que supone ahora. Se realizará una planificación de actividades gratificantes, comenzando por las que menos esfuerzo conllevan actualmente y más gratificación suponían antes.
- Tareas para la siguiente sesión: Poner en práctica el plan de activación conductual y practicar la respiración diafragmática estando sentadas.

### **Sesión 6.**

- Objetivos: Reducción de la sintomatología ansioso-depresiva.
- Técnicas: Explicación del modelo ABC, identificación de distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y aceptación de pensamientos.
- Desarrollo: Se comenzará revisando las tareas, resolviendo dudas y planificando nuevas actividades. La primera actividad será apuntar en su cuaderno “si viviese sin dolor...” y completar la frase cada una como considere, luego se reflexionará sobre la veracidad y la funcionalidad de cada oración completada, identificando, si hubiese, distorsiones cognitivas y explicando, mediante un listado,



las diferentes distorsiones. Cada participante pondrá un ejemplo propio de distorsión y las emociones y conductas asociadas a él. Más tarde, se explicará que nos pondremos la bata de investigadoras y miraremos cada pensamiento como una hipótesis, buscando qué evidencias tenemos de su veracidad y qué evidencias tenemos en contra. Una vez buscadas las pruebas, nos preguntaremos qué es lo peor que podría pasar si ese pensamiento fuese cierto, y, por último, nos preguntaremos si ese pensamiento es útil en la consecución de nuestros objetivos. Finalmente, buscaremos otros pensamientos más funcionales. Además, se explicará que los pensamientos son mensajes que podemos decidir ignorar o contestar, con curiosidad y sin juicios.

- Tareas para la siguiente sesión: Identificar y reestructurar distorsiones cognitivas y continuar practicando la respiración diafragmática, esta vez de pie.

### **Sesión 7.**

- Objetivos: Reducir la ideación y el riesgo de suicidio.
- Técnicas: Explicar mitos sobre el suicidio, compartir pensamientos al respecto, crear alternativas de afrontamiento, técnica razones para vivir y razones para no morir y crear un plan de seguridad.
- Desarrollo: Se revisarán las tareas realizadas durante la semana, resolviendo dudas y repasando el progreso. Se preguntará qué sabe cada una sobre el suicidio, qué sienten acerca de ello, se reflexionará sobre los diferentes mitos y se animará a las participantes, si lo desean, a hablar sobre sus experiencias, se hablará sobre la diferencia entre querer dejar de sufrir y querer morir, utilizando la metáfora del túnel (ver Anexo B). Se enfatizará la importancia de lo contextual, si el contexto fuese distinto es probable que esa ideación suicida no estuviese presente. Se invitará a las participantes a pensar qué herramientas ya adquiridas podrían ser de utilidad ante la ideación suicida, para ello se reflexionará sobre las señales (pensamientos, situaciones y emociones) que indican que se desencadenará un

gran malestar que conlleve ideación o riesgo de suicidio. Más tarde, cada participante en su cuaderno apuntará diferentes razones para vivir y para no morir, quien lo desee podrá compartirlas con el resto, con la finalidad de dar ideas y generar nuevas razones. Se explicará, mediante la aplicación móvil Prevensuic, cómo crear un plan de seguridad (ver Anexo F), se animará a cada participante a realizarlo durante la sesión, en el móvil o en su cuaderno, y a compartir las actividades y contactos de emergencia que se utilizarían. Por último, se facilitarán recursos telefónicos y de asociaciones sobre suicidio.

- Tareas para la siguiente sesión: Practicar respiración diafragmática con una ansiedad media, continuar con la activación conductual y terminar el plan de seguridad.

### **Sesión 8.**

- Objetivos: Reducción de conflictos en relaciones interpersonales, fomentar habilidades comunicativas adecuadas y la expresión de emociones.
- Técnicas: Entrenamiento en asertividad, técnicas para realizar peticiones, expresar emociones, manifestar y recibir críticas y cómo responder ante el comportamiento irrespetuoso de otros, mediante mensajes yo, disco rayado, técnica del sándwich y banco de niebla.
- Desarrollo: Se comenzará revisando las tareas pendientes y se continuará explicando una situación y dando tres opciones de respuesta, correspondientes con el estilo de comunicación pasivo, agresivo, pasivo-agresivo y asertivo. Se reflexionará acerca de qué respuesta sería la más adecuada y qué beneficios y desventajas tendría cada una. Se animará a las participantes a explicar con qué tipo de respuesta se sienten más identificadas y se debatirá sobre los derechos asertivos. Las participantes podrán expresar en qué situaciones han tenido los diferentes estilos de respuesta, cómo se sintieron y qué consecuencias tuvieron. Se mostrarán vídeos con diferentes respuestas para que propongan alternativas

asertivas, si el estilo de comunicación ya es asertivo, podrán incorporar mejoras o señalar por qué es asertivo. Asimismo, se enseñará qué herramientas se pueden utilizar para ser asertivos en diferentes ámbitos. Se pondrán ejemplos y situaciones en las que, por parejas, tendrán que proponer respuestas asertivas. Además, se explicará que a veces tendremos que reestructurar pensamientos.

- Tareas para la siguiente sesión: Continuar poniendo en práctica herramientas aprendidas: plan de autocuidado, activación conductual, respiración diafragmática y tener presente lo trabajado sobre suicidio.

### **Sesión 9.**

- Objetivos: Mantener la motivación y facilitar el asentamiento de los conocimientos adquiridos.
- Técnicas: Resolución de dudas, role-playings sobre asertividad, repaso de temas abordados y reflexión de situaciones donde hayan puesto en práctica lo aprendido.
- Desarrollo: La sesión comenzará pidiendo a cada participante que piense en una situación en la que hayan tenido un estilo de comunicación asertivo o no. Se escribirá cada situación en un papel y se meterán los papeles en un bol, se organizarán por parejas y cada pareja sacará un papel, deberán representar esa situación con un estilo de comunicación asertivo. Se les dará un feedback con aspectos a mejorar y con aspectos que han realizado correctamente, se explorará que emociones han sentido. Una vez finalizado el ejercicio, se preguntará a las participantes por los avances que han percibido desde el comienzo del programa. Se explorará qué actividades ahora realizan que antes no y se evaluará la respuesta de su entorno ante los cambios. A continuación, se mostrarán vídeos de películas/series donde se observen personas sintiendo ciertas emociones y su forma de regularlas, se reflexionará sobre ello y se propondrán otras formas de regulación emocional. Además, se mostrarán escenas donde se identifiquen

diferentes distorsiones y las participantes podrán proponer pensamientos alternativos. Por último, se realizará una actividad en la que voluntariamente una de las participantes enseñará al resto de las personas de la sala, incluyendo a la profesional, cómo realizar la respiración diafragmática.

- Tareas para la siguiente sesión: Ninguna.

### **Sesión 10.**

- **Objetivos:** Fomentar el conocimiento acerca de la sexualidad femenina y la autoexploración.
- **Técnicas:** Psicoeducación sexual, planificar actividades que reduzcan el dolor y favorezcan el encuentro erótico, trabajar habilidades comunicativas en el encuentro erótico y explicación de la primera fase de focalización sensorial (FS).
- **Desarrollo:** La sesión comenzará presentando el tema con unos ejercicios de mitos y realidades acerca de la sexualidad y los derechos sexuales. Otra actividad de interés será proporcionar información de la respuesta sexual femenina, resaltando con material ilustrativo los cambios ocurridos en el cuerpo durante las diferentes fases. A través de role-playings, las participantes podrán practicar habilidades comunicativas aprendidas aplicadas al encuentro erótico, sobre cómo tomar la iniciativa, cómo construir momentos íntimos y planificar en pareja actividades que mejoren el encuentro sexual como baños, masajes o calentamiento. Para ello, cada participante podrá proponer desde su propia experiencia diferentes ejercicios, posturas, maneras de construir intimidad, para poder comenzar la planificación. Además, se advertirá de que las sesiones de ejercicio aeróbico ayudan a reducir la fatiga, aumentan la movilidad y todo ello influye en la sexualidad. Después, se pasará a concretar lo aprendido, se integrará lo hablado en dos fases que se corresponden con las primeras fases de la FS. No se explicará la técnica completa debido a que el objetivo no es la penetración, se enfatizará el disfrute con caricias, besos, abrazos, se invitará a la creatividad y la

exploración de posturas que no conlleven dolor. Por último, se animará a la revalorización de la fantasía, explicando que podemos fantasear y que eso no implica que se tenga que llevar a cabo.

- Tareas para la siguiente sesión: Practicar ejercicios de FS.

### **Sesión 11.**

- Objetivos: Reducir dificultades sexuales y el malestar asociado.
- Técnicas: Explicación de la segunda fase de FS, ejercicios de Kegels.
- Desarrollo: La sesión se inicia repasando cómo han vivido los encuentros eróticos pactados como tarea para casa, tanto aspectos positivos como a mejorar. Se darán pautas para mejorar las vivencias relatadas. Se repasarán conceptos y se aclararán dudas de la sesión anterior. Se explicará la siguiente fase de FS si la primera ha ido de manera adecuada y se explicarán los primeros ejercicios de Kegels, en los que se animará a las participantes a ser conscientes de estos músculos y ejercitándolos, primero a la hora de orinar y, más tarde, pudiendo ejercitarlos en otros contextos.
- Tareas para la siguiente sesión: Practicar ejercicios de FS y Kegels.

### **Sesión 12.**

- Objetivos: Reducir el estrés asociado al cumplimiento del rol de género femenino.
- Técnicas: Psicoeducación en género, expresión de emociones producidas por la carga mental, los cuidados o la triple jornada, generación de alternativas, aplicación de comunicación asertiva, derechos y reestructuración cognitiva.
- Desarrollo: Se revisarán ejercicios de Kegels y FS. Se resolverán dudas y se repasarán conceptos. Después, se explorará qué conocen acerca del género y cómo creen que los roles de género han influido en sus vidas. Se realizará una actividad en la que se dividirá a las participantes en dos grupos, cada grupo tendrá

diferentes tareas que deberán decidir si son asignadas al rol femenino o masculino, después, cada grupo, explicará por qué han tomado esas decisiones, en qué vivencias de su vida se han basado. En otra actividad, habrá 3 tarjetas en las que aparecerá la definición de carga mental, cuidados y triple jornada, se dividirán en 3 grupos y cada grupo cogerá una tarjeta, leerá la definición y deberá explicar con una vivencia propia qué es ese concepto, los otros grupos intentarán adivinar de qué se trata, si no se adivina, se podrá explicar con sus propias palabras el concepto. El grupo que lo acierte, o por turnos si no se ha acertado, deberá expresar una emoción asociada a ese concepto y explicar si se siente o no identificada con ello. Un grupo propondrá alternativas y acciones que se pueden llevar a cabo para reducir la presión del cumplimiento del rol, como por ejemplo, delegar. Para ello, otro grupo deberá dividir esa acción en acciones más pequeñas o habilidades necesarias, por ejemplo, para delegar hay que realizar peticiones y negociar. El otro grupo deberá explicar qué habilidades aprendidas se pueden utilizar como la asertividad y la reestructuración cognitiva. Se realizará un resumen de estrategias y se repasarán actividades de autocuidado.

- Tareas para la siguiente sesión: Practicar ejercicios de Kegels y reflexionar sobre lo hablado acerca del género.

### **Sesión 13.**

- Objetivos: Asentar conocimientos y estrategias adquiridas, prevenir recaídas, asegurar recursos de ayuda.
- Técnicas: Prevención de recaídas.
- Desarrollo: Cada participante retomará el motivo por el que se apuntó al programa y sus expectativas, después deberá decir qué se lleva del programa. De nuevo, cada participante identificará una situación “de riesgo”, ante la que cree que le será difícil actuar y otra situación “segura” en la que considera que podría aplicar lo aprendido. De manera conjunta se intentarán crear planes de acción

personalizados para las situaciones “de riesgo” de cada una, apoyándose en los recursos que tendrían en la situación “segura”. Además, se abordarán planes futuros, miedos e incertidumbres, y se proporcionarán recursos de ayuda en los que apoyarse.

### 5.6. Cronograma de aplicación

La temporalización del programa se representa en la tabla 3. Las sesiones correspondientes al bloque 1 aparecen en color azul y las correspondientes al bloque 2 en color verde.

**Tabla 3.**

*Cronograma de aplicación del programa de intervención*

SESIONES BLOQUES 1 y 2	MESES (SEMANAS)											
	1			2			3			4		
Sesión 1 Bloque 1	■											
Sesión 2 Bloque 1		■										
Sesión 3 Bloque 1			■									
Sesión 1 Bloque 2			■									
Sesión 4 Bloque 1				■								
Sesión 2 Bloque 2				■								
Sesión 5 Bloque 1					■							
Sesión 3 Bloque 2					■							
Sesión 6 Bloque 1						■						
Sesión 4 Bloque 2						■						
Sesión 7 Bloque 1							■					
Sesión 5 Bloque 2							■					

Sesión 8 Bloque 1																	
Sesión 6 Bloque 2																	
Sesión 9 Bloque 1																	
Sesión 7 Bloque 2																	
Sesión 10 Bloque 1																	
Sesión 8 Bloque 2																	
Sesión 11 Bloque 1																	
Sesión 12 Bloque 1																	
Sesión 13 Bloque 1																	

### 5.7. Evaluación de la propuesta

La evaluación del programa de intervención tendrá dos modalidades, una continua, en la que al finalizar cada sesión se anotará la asistencia, la realización de actividades y se preguntará de forma abierta en voz alta a cada participante por la impresión que se lleva de la sesión y la motivación que siente para continuar de forma que se puedan intercambiar opiniones; y otra modalidad que se basa en una evaluación a través de cuestionarios que las participantes rellenarán en la sesión 1 y, de nuevo, en la sesión 13. Además, con la intención de valorar el grado de satisfacción global con el programa y los cambios percibidos por las participantes, se proporcionará en la última sesión un cuestionario a cada participante (ver Anexo G).

Las variables contempladas en los objetivos del programa serán evaluadas con diferentes instrumentos. Los síntomas de ansiedad serán medidos con el STAI (Spielberg et al., 1970) y los síntomas de depresión, a través del BDI-II (Beck et al., 1996). En relación a la fatiga y al impacto de la fibromialgia se empleará el FIQR (Salgueiro et al., 2013). Por último, la satisfacción sexual será evaluada con la



adaptación al español del New Sexual Satisfaction Scale de Stulhofer et al. (2010) (Strizzi et al., 2016).

Con la finalidad de conocer si los resultados se mantienen a largo plazo, se contactará con las participantes a los 6 meses y al año de la finalización del programa para rellenar de nuevo los cuestionarios.

## **6. Conclusiones**

La presente propuesta de intervención se ha basado en las evidencias encontradas por las investigaciones y las revisiones bibliográficas de diversos autores. En esta propuesta se consideran aspectos importantes en la vida de las mujeres que han sido diagnosticadas de fibromialgia que en programas ya existentes no se han tenido en cuenta como lo es la ideación suicida, la sexualidad o la influencia de conductas asociadas al rol de género femenino que influyen en el mantenimiento del dolor. Además, se ha propuesto un abordaje global de la enfermedad al consistir en un tratamiento interdisciplinar. Otro aspecto beneficioso del programa es que se ha adaptado para un grupo poblacional altamente afectado, las mujeres, esto permite poder crear un programa específico, ya que las mujeres y los hombres difieren en síntomas y en variables predictoras del dolor (Aparicio et al., 2012; Miró et al., 2012).

No obstante, la propuesta presenta ciertas limitaciones como la adherencia al tratamiento, puesto que no se han contemplado de forma explícita factores que influyen en esta como sería la opción de realizar las sesiones del bloque de psicología en formato online, al igual que no se incluyen sesiones con el entorno social de las participantes. Otro aspecto a mejorar del programa es la posibilidad de introducir sesiones dedicadas al trabajo cognitivo, donde se pudiesen mejorar o prevenir un mayor deterioro de la atención, memoria y fluidez verbal.

Debido a que no ha sido posible la puesta en práctica de la intervención, se desconocen las dificultades que influyen en la viabilidad real de la propuesta. La fibromialgia es una enfermedad reciente y desde hace pocas décadas la psicología ha comenzado su estudio y sus aportaciones a la misma, por ello, durante el desarrollo del presente trabajo, las principales dificultades se han basado en la escasa bibliografía sobre ámbitos como la sexualidad y el género.

## 7. Referencias

- Amutio A., Franco C., Sánchez-Sánchez L.C., Pérez-Fuentes M. C., Gázquez-Linares J.J., Van Gordon W. y Molero-Jurado M. M. (2018). Effects of mindfulness training on sleep problems in patients with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9(1365), 1-8. Doi:10.3389/fpsyg.2018.01365
- Alda, M., Luciano, J. V., Andrés, E., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., López del Hoyo, Y., Roca, M., Moreno, S., Magallón, R. y García-Campayo, J. (2011). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, 13(5), 1-13.
- Alegre de Miquel, C., García Campayo, J., Tomás Flórez, M., Gómez Arguelles, J. M., Blanco Tarrío, E., Gobbo Montoya, M., Pérez Martín, Á., Martínez Salio, A., Vidal Fuentes, J., Altarriba Alberch, E. y Gómez de la Cámara, A. (2010). Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-120.
- Alves, B., Zakka, T. M., Teixeira, M. J., Kaziyama, H. H., Siqueira, J. T. y Siqueira, S. R. (2016). Depression, sexuality and fibromyalgia syndrome: clinical findings and correlation to hematological parameters. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 74(11), 863-868. Doi: 10.1590/0004-282X20160141

- Antequena Raynal, L. H. (2020). *Abordaje multidisciplinar de la sexualidad en personas con diversidad funcional. Un estudio fenomenológico*. [Tesis]. Universidad de Almería.
- Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., Femia, P., Tercedor, P., Ruiz, J. R. y Delgado-Fernández, M. (2012). Are there gender differences in quality of life and symptomatology between fibromyalgia patients?. *American journal of men's health*, 6(4), 314-319. Doi: 10.1177/1557988312436872
- Arjona González, M. E. (2017). *Evaluación neuropsicológica en pacientes con fibromialgia: perfil cognitivo*. [Tesis]. Universidad de Alcalá.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K., (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H. S. y Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), 1-101. Doi: 10.1002/14651858.CD009796.pub2
- Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P. y Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain*, 22(2), 242-260. Doi: 10.1002/ejp.1121
- Briones Vozmediano, E. (2010). Estudio piloto: una aproximación cualitativa a la fibromialgia desde la perspectiva de género. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (5), 263-292.
- Busch, A.J., Webber, S. C., Richards, R. S., Bidonde, J., Schachter, C. L., Schafer, L.A., Danyliw, A., Sawant, A., Dal Bello-Haas, V., Rader, T. y Overend, T. J.

- (2013). Resistance exercise training for fibromyalgia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), 1-90. doi: 10.1002/14651858.CD010884
- Calandre, E. P., Navajas-Rojas, M. A., Ballesteros, J., García-Carrillo, J., García-Leiva, J. M. y Rico-Villademoros, F. (2015). Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Pain Practice*, 15(2), 168-174. Doi: 10.1111/papr.12164
- Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Chillón, P., Femia, P., Delgado-Fernandez, M. y Ruiz, J. R. (2011). Effectiveness of multidisciplinary therapy on symptomatology and quality of life in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(6), S97-S103.
- Chaves Hidalgo, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 83-88.
- Conversano, C., Poli, A., Ciacchini, R., Hitchcott, P., Bazzichi, L. y Gemignani, A. (2019). A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37(116), S98-S104.
- Cousins, M. J., Giamberardino, M. A., McGrath, P. A., Rajagopal, M. R., Smith, M. T., Sommer, C. y Wittink, H. M. (2010). Fibromyalgia: A Clinical Update. *Pain: Clinical Updates*, 18(4), 1-4.
- Del Río González, E., Díaz-García, A. y Botella, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Psicología Conductual*, 22(1), 19-35.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Doi: 10.1126/science.847460

- Ehsan, Z., Yazdkhasti, M., Rahimzadeh, M., Atae, M., Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2019). Effects of group counseling on stress and gender-role attitudes in infertile women: A clinical trial. *Journal of reproduction & infertility*, 20(3), 169-177.
- Font Gayà, T., Bordoy Ferrer, C., Juan Mas, A., Seoana-Mato, D., Álvarez Reyes, F., Delgado Sánchez, M., Martínez Dubois, C., Sánchez-Fernández, S. A., Rojas Vargas, L. M., García Morales, P. V., Olivé, A., Rubio Muñoz, P., Larrosa, M., Navarro Ricós, N., Sánchez-Piedra, C., Díaz-González, F. y Bustabad-Reyes, S.(2020). Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Proyecto EPISER2016. Clinical and Experimental Rheumatology*, 38(123), S47-S52.
- Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S. y Reyes del Paso, G. A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 117-127. Doi: 10.2147/PRBM.S178240
- Galvez-Sánchez, C. M., y Reyes del Paso, G. A. (2020). Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 1219-1235. Doi: 10.3390/jcm9041219
- García, D. A., Martínez Nicolás, I. y Saturno Hernández, P. J. (2016). Clinical approach to fibromyalgia: synthesis of evidence-based recommendations, a systematic review. *Reumatología clínica*, 12(2), 65-71. Doi: 10.1016/j.reuma.2015.06.001
- García Padilla, D. R., García Padilla, M. P., Ballesteros de Valderrama, B. P. y Novoa Gómez, M. M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 2(2), 199-214.

- Garza Guerra, A. J. (2021). *Predictores de ideación suicida en pacientes con fibromialgia de la consulta de reumatología del hospital universitario "Dr. José Eleuterio González"*. [Tesis]. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gelonch, O., Garolera, M., Rosselló, L. y Pifarré, J. (2013) Disfunción cognitiva en la fibromialgia. *Revista de Neurología*, 56(11), 576-588.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Gracely, R. H. y Clauw, D. J. (2004). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2916-2922. Doi: 10.1002/art.11272
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151(2), 280-295. Doi: 10.1016/j.pain.2010.06.011
- Gomez-de-Regil, L. y Estrella-Castillo, D. F. (2020). Psychotherapy for physical pain in patients with fibromyalgia: A systematic review. *Pain Research and Management*, 2020, 1-11. Doi: 10.1155/2020/3408052
- Gómez-de-Regil, L. (2021). Psychoeducation for Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review. *Healthcare*, 9(737), 1-17. Doi:10.3390/healthcare9060737
- González-Ramírez, M. T. y Landero-Hernández, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe*, (26), 119-141.
- González Sanjuán, M. E. (2011). Androcentrismo en la asistencia: un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, (4), 29-46.

- Guallar Claver, J. A. (2012). *Eficacia de la psicoterapia grupal de aceptación y compromiso –ACT- en paciente con fibromialgia*. [Tesis]. Universidad de Zaragoza.
- 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
- Häuser, W., Ablin, J., Perrot, S. y Fitzcharles, M. A. (2017). Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. *Polish Archives of Internal Medicine*, 127(1), 47-56. Doi: 10.20452/pamw.3877
- Häuser, W. y Jones, G. (2019). Psychological therapies for chronic widespread pain and fibromyalgia syndrome. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(3), 1-12. Doi: 10.1016/j.berh.2019.05.001
- Häuser, W., Brähler, E., Ablin, J., y Wolfe, F. (2021). Modified 2016 American College of Rheumatology Fibromyalgia Criteria, the Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks– American Pain Society Pain Taxonomy, and the Prevalence of Fibromyalgia. *Arthritis care & research*, 73(5), 617-625. Doi: 10.1002/acr.24202
- Jimenez-Rodríguez, I., Garcia-Leiva, J. M., Jimenez-Rodríguez, B. M., Condés-Moreno, E., Rico-Villademoros, F. y Calandre, E. P. (2014). Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 625-630. Doi: 10.2147/NDT.S57596

- Juuso, P., Skär, L., Sundin, K. y Söderberg, S. (2016). The workplace experiences of women with fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*, 14(2), 69-76. Doi: 10.1002/msc.1125
- Kalichman, L. (2009) Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clinical Rheumatology*, 28(4), 365-369. Doi: 10.1007/s10067-009-1093-3
- Lami, M. J., Martínez, M. P. y Sánchez, A. I. (2013). Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(7), 1-14. Doi: 10.1007/s11916-013-0345-8
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J. y Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 500-510. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.010
- López Espino, M., Gozalo Palomares, A., Mingote Adán, J. C. y Borobia Fernández, C. (2008). Indicadores bioquímicos y pruebas isométricas en fibromialgia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 47-66.
- López Espino, M. y Mingote Adán, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- López Palomo, L. E. (2019). *Efecto de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en mujeres con fibromialgia*. [Tesis]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado, J., López-del-Hoyo, Y., Olivian, B., Magallón, Alda, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M. y García-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155(4), 693-702.



- Martín Guivernau, 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*. [Tesis]. Universitat Internacional de Catalunya.
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. y el grupo de estudio EPISER (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26(4), 519-526.
- Miró, E., Diener, F. N., Martínez, M. P., Sánchez, A. I. y Valenza, M. C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24(1), 10-15.
- Moioli, B. y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 476-484.
- Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. Doi: 10.5093/cl2011v22n1a3
- Mora, E., Pujal i-Llombart, M. y Albertín, P. (2017). Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor cronificado. *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 1-12. Doi: 10.3989/ris.2017.75.2.15.60
- Moral de la Rubia, J., González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2011). Evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia. *CIENCIA UANL*, 14(2), 153-161.
- Olsson, G. L., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M. y Wicksell, R. (2012). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A

- randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(3), 183-183. Doi: 10.1016/j.sjpain.2012.05.027
- Ostrander, N. (2009). Sexual pursuits of pleasure among men and women with spinal cord injuries. *Sexuality and Disability*, 27(1), 11-19. Doi: 10.1007/s11195-008-9103-y
- Oteo López, E. (2010). *Estudio sobre los aspectos psicológicos de la fibromialgia en mujeres*. [Tesis]. Universitat de València.
- Peñacoba Puente, C., Velasco Furlong, L y Gómez-Argüelles, J. M. (2011). Tratamiento psicosocial en fibromialgia. En C. Peñacoba Puente (Coord.). *Fibromialgia y promoción de la salud: herramientas de intervención psicosocial* (pp.123-160). Editorial Dykinson.
- Pérez García, A. (2020). *Fotografía e intervención grupal con mujeres con fibromialgia*. [Trabajo de Fin de Máster]. Universidad Complutense de Madrid.
- Pujal i-Llombart, M., Mora-Malo, E. y Schöngut-Grollmus, N. (2017). Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. *Duazary*, 14(1), 70-78. Doi: 10.21676/2389783X.17453
- Quintana, M. y Rincón Fernández, M. E. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1), 51-67. Doi: 10.5093/cl2011v22n1a4
- Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E. y Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 17(7), 326-332. Doi: 10.1016/j.resed.2010.07.002

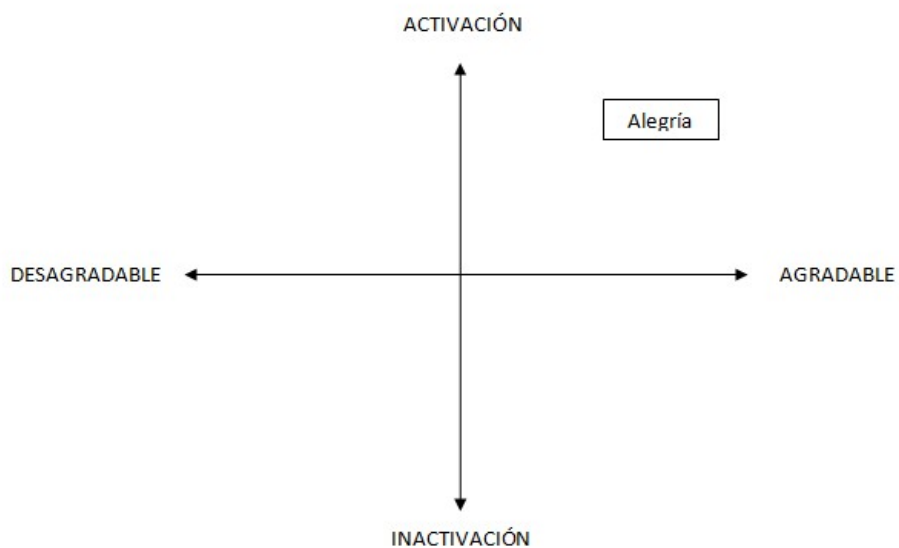
- Rico-Villademoros, F. (2014). *Evaluación de la función sexual en mujeres y hombres con fibromialgia*. [Tesis]. Universidad de Granada.
- Rivera Redondo, J. (2011). La fibromialgia en el sistema español. Generalidades e impacto en la calidad de vida. En C. Peñacoba Puente (Coord.). *Fibromialgia y promoción de la salud: herramientas de intervención psicosocial* (pp.45-75). Editorial Dykinson.
- Salaffi, F., Di Carlo, M., Farah, S., Atzeni, F., Buskila, D., Ablin, J. N., Häuser, W. y Sarzi-Puttini, P. (2020). Diagnosis of fibromyalgia: comparison of the 2011/2016 ACR and AAPT criteria and validation of the modified Fibromyalgia Assessment Status. *Rheumatology*, 59(10), 3042-3049. Doi: 10.1093/rheumatology/keaa061
- Salgueiro, M., García-Leiva, J. M., Ballesteros, J., Hidalgo, J., Molina, R., y Calandre, E. P. (2013). Validation of a Spanish version of the revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR). *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-8. Doi:10.1186/1477-7525-11-132
- Sanabria, J. P. y Gers, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. *Psicología en estudio*, 23. 81-91. Doi: 10.4025/psicolestud.v23.38447
- Sanabria, J. P. y Gers, M. (2019). Changes in erotic expression in women with fibromyalgia. *Paidéia*, 29(e2923), 1-11. Doi: 10.1590/1982-4327e2923
- Sobalbarro de Blanco, F. (2015). *La psicoterapia cognitiva grupal como tratamiento a un grupo de pacientes diagnosticadas con fibromialgia que presentan depresión clínicamente significativa*. [Tesis]. Universidad de Panamá.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R., (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.

- Strizzi, J., Fernández-Agis, I., Alarcón-Rodríguez, R., y Parrón-Carreño, T. (2016). Adaptation of the new sexual satisfaction scale-short form into Spanish. *Journal of sex and marital therapy*, 42(7), 579-588. Doi: 10.1080/0092623X.2015.1113580
- Štulhofer, A., Buško, V., y Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of sex research*, 47(4), 257-268. Doi: 10.1080/00224490903100561
- Temeloglu Şen, E., Hocaoglu, A. y Berk, Ö. S. (2019). Group psychotherapy with fibromyalgia patients: A systematic review. *Archives of Rheumatology*, 34(4), 476-491. Doi: 10.5606/ArchRheumatol.2019.6801
- Ubago Linares, M. C., Ruiz-Pérez, I., Bermejo-Pérez, M. J., de Labry-Lima, A. O., Hernández-Torres, E. y Plazaola-Castaño, J. (2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27(5), 613-619. Doi: 10.1007/s10067-007-0756-1
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. y Griffiths, M.D. (2017). Meditation Awareness Training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomised controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 186-206. Doi: 10.1111/bjhp.12224
- Velasco Furlong, L. y Écija Gallardo, C. (2011). Afectividad y sexualidad. En C. Peñacoba Puente (Coord.). *Fibromialgia y promoción de la salud: herramientas de intervención psicosocial* (pp.339-368). Editorial Dykinson.
- Yunus, M. B. (2001). The role of gender in fibromyalgia syndrome. *Current Rheumatology Reports*, 3(2), 128-134.

## 8. Anexos

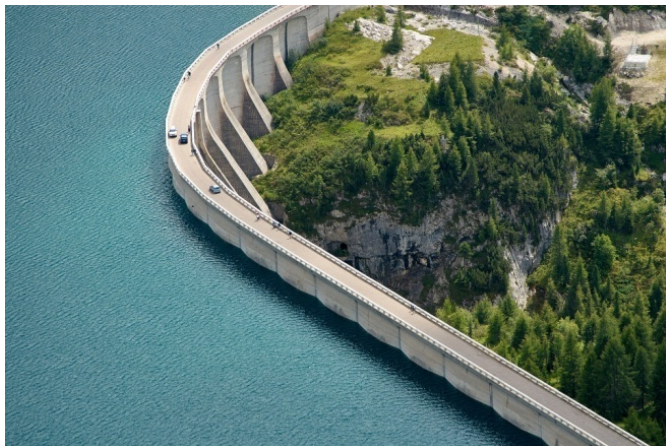
### Anexo A. Diagrama intensidad-valencia de las emociones.

Ejemplo con la emoción alegría



## Anexo B. Ilustración de las metáforas empleadas.

### Metáfora de la presa y el río:



Imaginemos que queremos construir una casa en una zona por donde pasa un río.

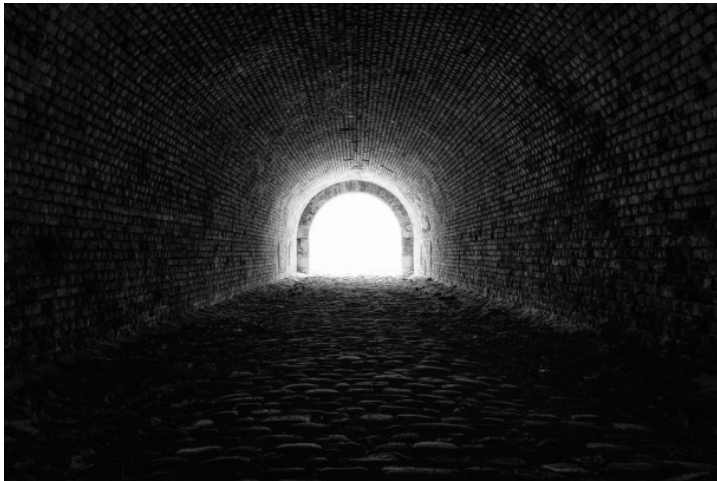
Decidimos construir una presa que impida su paso. Una vez construida, con el paso del tiempo se debilita, se rompe y el río vuelve a fluir, ¿creéis que el agua manará con más fuerza, menos fuerza o la misma fuerza que antes de construir el dique?

Como fluye con más fuerza, ¿es de esperar que cause mayores destrozos que con su cauce normal?

Y, en el caso de que la presa funcione, ¿el río dejaría de fluir?

Lo mismo ocurre con nuestras emociones y pensamientos, cuando intentamos contenerlas, estas encuentran otro lugar por el que fluir u otra manera de expresarse. Otras veces, incluso se vuelven más intensas y más frecuentes. ¿Os identificáis con esto?

Metáfora del túnel:



Ante un sufrimiento muy alto, en el que sentimos una gran activación, nos ponemos en visión túnel, en el que solo vemos una sola salida, una única alternativa de dejar ese túnel atrás. Sin embargo, en muchos túneles existen salidas de emergencia, salidas ocultas e incluso podríamos construir nosotras mismas más salidas. Esto ocurre con la ideación suicida, pensamos que solo existe el suicidio como solución al sufrimiento que sentimos, pero en realidad hay más y, en el caso de no conocerlas, podemos construir juntas otras salidas.

### **Anexo C. Técnica RAIN.**

La técnica RAIN se emplea para facilitar la aceptación y regulación de las emociones. El primer paso para la regulación emocional es identificar la emoción (la Reconozco y la Acepto), saber qué hace sentirme así (Investigo) y después decido qué respuesta le doy y me Nutro de la experiencia, ¿qué necesito? En resumen, miro la emoción, la escucho y le doy una respuesta.



**Anexo D. Autorregistro de emociones.**

<b>Día y Situación</b>	<b>Emoción</b>	<b>Intensidad y Valencia</b>	<b>¿Qué hice para gestionarla?</b>	<b>¿Cómo me gustaría haberla gestionado?</b>

### Anexo E. Esquema de la trampa de la depresión.



## **Anexo F. Plan de seguridad frente al suicidio.**

### 1. Señales de advertencia.

¿Qué situaciones, pensamientos, emociones preceden a la contemplación del suicidio?

- 
- 
- 
- 
- 

### 2. Actividades alternativas.

¿Qué actividades puedo hacer que me alejen de la ideación y el riesgo de suicidio?

¿Una de esas actividades puede ser pensar en mis razones para vivir?

- 
- 
- 
- 
- 

### 3. Apoyos y distracciones.

¿A qué lugares me puedo desplazar que me alejen del riesgo y me sirvan de distracción?

- 
- 
- 
- 
- 

### 4. Primera petición de ayuda.

¿A quién puedo llamar o a quién puedo visitar que me sirva de apoyo o de distracción?

- 
- 
- 
- 
- 

### 5. Segunda petición de ayuda

¿A qué profesionales puedo llamar si los pasos anteriores no han funcionado?

- 
- 
- 
- 
-

**Anexo G. Cuestionario de satisfacción global del programa.**

Responda brevemente a las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué es lo que le ha resultado más útil del programa?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Qué es lo que más le ha gustado de...
  - 2.1. ... la profesional?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  - 2.2. ...el grupo?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  - 2.3. ... el programa?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. ¿Qué mejorarías y/o cambiarías de lo trabajado en el programa?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. ¿Hay que te hubiese gustado trabajar y no se ha hecho?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. ¿Cuál dirías que es tu satisfacción global con el programa del 0 al 10, siendo  
0=Nada satisfactorio y 10=Extremadamente satisfactorio?