



UNIVERSIDAD DE
JAÉN
*Facultad de
Humanidades y Ciencias
de la Educación*

Efectos de un Programa de Educación Sanitaria y Ejercicio Físico en Pacientes de Fibromialgia.

Alumno: Ana Molina Martínez

Tutor: Dra. Ángeles Pulgar Buendía

Fecha:

Febrero, 2017

Índice

1. Resumen/ Abstract y palabras clave/ key words.....	5
2. Descripción de la demanda del paciente.....	7
3. Antecedentes históricos.....	7
4. Hipótesis surgidas de la entrevista.....	8
5. Técnicas y procedimiento de evaluación.....	10
6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.....	14
7. Intervención.....	20
7.1. Objetivos y secuenciación.....	20
7.2. Programa de intervención.....	21
7.3. Resultados.....	29
7.4. Seguimiento.....	39
8. Discusión general y actuaciones futuras.....	39
9. Referencias.....	40
10. Anexos.....	45
Anexo I. Datos Recogidos en la Entrevista.....	45
Anexo II. Dossier Informatico del Programa.....	47
Anexo III. Consentimiento Informado para la Intervención.....	48
Anexo IV. Presentación Power Point Sesión 1.....	50
Anexo V. Presentación Power Point Sesión 2.....	52
Anexo VI. Recomendaciones Sesión 2.....	54
Anexo VII. Presentación Power Point Sesión 3.....	57
Anexo VIII. Actividad Imágenes Sesión 3.....	59

Anexo IX. Actividad Situaciones Sesión 3.....	60
Anexo X. Presentación Power Point Sesión 4.....	61
Anexo XI. Actividad Situaciones Sesión 4.....	62
Anexo XII. Presentación Power Point Sesión 5.....	63
Anexo XIII. Actividad Distorsiones Sesión 5.....	65
Anexo XIV. Recomendaciones Sesión 5	66
Anexo XV. Presentación Power Point Sesión 6.....	67
Anexo XVI. Recomendaciones Sesión 6.....	69
Anexo XVII. Presentación Power Point Sesión 7.....	70
Anexo XVIII. Actividad Situaciones Sesión 7.....	72
Anexo XIX. Recomendaciones Sesión 7.....	73
Anexo XX. Presentación Power Point Sesión 8.....	74
Anexo XXI. Recomendaciones para Aprender a Convivir con la FM.....	76
Anexo XXII. Presentación Power Point Sesión Seguimiento.....	77

Índice de Tablas y Figuras

TABLAS

Tabla 1. Resumen de las puntuaciones totales obtenidas en la evaluación pre-intervención.....	19
Tabla 2. Prueba de Wilcoxon para la diferencia de medianas de la pre-intervención y post-intervención de la variable Sueño.....	38
Tabla 3. Correlación entre la variable Sueño pre-intervención y Sueño post-intervención.....	38

FIGURAS

Figura 1. Puntuaciones en la Escala de Autoestima de Rosenberg.....	29
Figura 2. Puntuaciones en la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.....	30
Figura 3. Puntuaciones en el Test de Orientación Vital Revisado.....	30
Figura 4. Puntuaciones en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia.....	31
Figura 5. Puntuaciones en el Cuestionario de Dolor en Español.....	32
Figura 6. Puntuaciones en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.....	32
Figura 7. Puntuaciones en el Índice de Dolor Generalizado.....	33
Figura 8. Puntuaciones en el Índice de Gravedad de los Síntomas.....	33
Figura 9. Puntuaciones Componentes Sumarios SF36.....	34
Figura 10. Puntuaciones factores del Cuestionario SF36.....	35
Figura 11. Puntuaciones totales del Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño.....	36
Figura 12. Puntuaciones factores del Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño.....	37

1. Resumen:

El presente trabajo analiza el efecto de un programa de educación para la salud y ejercicio físico en la calidad de vida y funcionamiento físico y psicológico de una mujer de 45 años diagnosticada de fibromialgia. Dicho programa está compuesto por: 2 sesiones de evaluación (pre y post-intervención); 8 sesiones de intervención, donde se combina psicoeducación y realización de ejercicios de Hatha Yoga y Chi-Kung, también conocido como QiGong; y 2 sesiones de seguimiento (a los 3 y 6 meses). Los contenidos tratados durante el mismo fueron: Qué es la fibromialgia, cuáles son síntomas y posibles tratamientos; Alimentación e higiene del sueño en fibromialgia; Emociones e inteligencia emocional; Sexualidad en fibromialgia; Pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas; Estrés y técnicas de manejo del estrés; Apoyo social y estilos de comunicación; y Autoestima y fibromialgia. Los resultados a nivel visual mostraron mejorías en la mayoría de las áreas evaluadas: autoestima, estrés psicosocial percibido, calidad de sueño, optimismo disposicional, adaptación psicológica a la enfermedad, calidad de vida, función física, función social, estado anímico y gravedad de los síntomas, aunque el análisis estadístico mostró únicamente cambios significativos en la calidad de sueño de la paciente. Si bien, son necesarios estudios futuros con muestras más amplias y con un mayor control de variables extrañas.

Palabras clave: Fibromialgia, estudio de caso, educación para la salud, Hatha Yoga, Chi-Kung, QiGong.

Abstract:

The present study analyzes the effect of a program of education, aimed to the health, and physical exercise to improve the quality of life and physical and psychological functioning of a 45 year old woman diagnosed with fibromyalgia. This program consists on: 2 evaluation sessions (pre and post-intervention); 8 sessions of intervention, combining psychoeducation and performing exercises of Hatha Yoga and Chi-Kung, also known as Qigong; And 2 follow-up sessions (at 3 and 6 months). The contents dealt with the same were: What fibromyalgia is, what the symptoms and possible treatments are; diet and sleep in fibromyalgia; Emotions and emotional intelligence; Sexuality in fibromyalgia; Irrational thoughts and cognitive distortions; Stress and stress management techniques; Social support and communication styles; And self-esteem and fibromyalgia. Results at visual level showed improvements in most areas evaluated: self-esteem, perceived psychosocial stress, sleep quality, dispositional optimism, psychological adaptation to the disease, quality of life, physical function, social function, mood and severity of the symptoms, although statistical analysis showed only significant changes in Quality of sleep. However, future studies with wider samples and a greater control of strange variables are necessary.

Key words: Fibromyalgia, case study, education aimed to the health, Hatha Yoga, Chi-Kung, QiGong.

2. Descripción de la demanda del paciente

La paciente acude a la Asociación de Fibromialgia de Jaén (AFIXA de ahora en adelante) en busca de ayuda, ya que según refiere, su estado anímico, su funcionamiento físico y su calidad de vida en general, se habrían visto notablemente afectados desde el diagnóstico de la enfermedad, hace ya dos años. A raíz de esta demanda, es derivada a consulta con la psicóloga de la asociación.

En la primera sesión, utilizada como toma de contacto, la paciente comentó encontrarse triste y decaída, a la vez que habló de los problemas que encontraba en el día a día debido a sus constantes dolores y de cómo la medicación no conseguía aliviar de forma efectiva su sintomatología. Así mismo, aseguró tener dificultades para conciliar y mantener el sueño, lo cual empeoraba su funcionamiento diario.

Durante toda esta sesión, la paciente se mostró desanimada y preocupada por su situación y algo cansada físicamente. No obstante, no reflejó signos visibles de dolor y mantuvo una actitud colaboradora.

3. Antecedentes históricos

La paciente es una mujer de 45 años, casada y con dos hijos, una hija de 17 años y un hijo de 13. Actualmente se encuentra en el paro, ya que fue despedida de su trabajo hace dos años. Ella trabajaba como moza de almacén en una cadena de supermercados y llevaba 16 años ocupando este puesto.

Respecto a su infancia y adolescencia refiere no haber tenido muchos problemas de salud, “resfriados y algún que otro esguince, pero nada grave”.

Sus padres y su hermana mayor son muy activos y no recuerda que hayan padecido enfermedades graves, aunque en ocasiones su padre presenta dolores de espalda.

Se describe a sí misma antes de la enfermedad como una persona alegre y muy dinámica, puesto que, además de trabajar fuera y dentro de casa, acudía al gimnasio diariamente y siempre que podía salía con sus amistades.

Fue diagnosticada de Fibromialgia (FM de ahora en adelante) en el año 2014, si bien, afirma que sus dolores empezaron 6 o 7 años atrás. Acude a diferentes especialistas y se le hacen diferentes pruebas en busca de una causa física que pueda explicar sus constantes dolores, hasta que recibe el diagnóstico de FM. Recuerda esta etapa de su vida como muy frustrante tanto para ella como para su familia.

Unos días después del diagnóstico y tras buscar en internet acerca de la enfermedad, decide contactar con AFIXA y empieza a formar de la misma, si bien, no llega a tomar contacto con la psicóloga, ya que, en ese momento considera encontrarse anímicamente mucho mejor por poder ponerle nombre a su enfermedad.

Ahora se califica a sí misma como una persona triste y sedentaria. La pérdida de su trabajo a raíz de la enfermedad, le hizo sentir muy mal y todavía a día de hoy se muestra dolida. Asegura que encuentra difícil hacer muchas de las actividades que antes solía hacer en su día a día y que además, sus dolores hacen que muchos días no pueda levantarse de la cama. Todo esto, ha hecho que, según asegura, su vida social se haya visto también comprometida.

Igualmente, refiere problemas para conciliar y mantener el sueño, lo cual afecta a su funcionamiento diario ya que, “siempre está cansada”.

No padece ningún otro tipo de enfermedad significativa y en relación a la medicación, actualmente toma analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y anticonvulsivos, aunque, asegura que ésta no calma de forma efectiva su sintomatología y cambia de medicación de forma frecuente.

Respecto a su familia, habla de ellos como un pilar fundamental, considera que sin la ayuda de su marido, sus padres y hermana, no podría seguir adelante y que sus hijos son un motivo por el que levantarse. Si bien, en lo que a la relación de pareja se refiere, afirma que a raíz de la enfermedad discute más con su marido y que encuentra más difícil intimar con él.

Finalmente, es a principios de noviembre de 2016 cuando decide acudir de nuevo a AFIXA en busca de ayuda, ya que, “se muestra cansada de la situación que actualmente está viviendo”.

4. Hipótesis surgidas de la entrevista

A continuación paso a formular las hipótesis siguiendo los cuatro tipos de supuestos hipotéticos propuestos por Fernández-Ballesteros (2004):

- **Hipótesis de cuantificación:** la paciente presenta dolores localizados en diferentes partes del cuerpo (en músculos, tendones, articulaciones...), por lo que se espera que obtenga una puntuación elevada en el Índice de Dolor Generalizado (WPI).

Así mismo, la paciente presenta diferentes síntomas (tales como fatiga, colon irritable, fenómeno de Raynaud...) que define como incapacitantes, por lo que se espera una alta puntuación en el Índice de Gravedad de los Síntomas (S-Score) y en el Cuestionario de Dolor en Español (CEDE).

Respecto a calidad del sueño, la paciente refiere dificultades para conciliar y mantener el sueño, por lo que se espera una elevada puntuación en el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQ).

- **Hipótesis de semejanza:** dado que el cuadro típico de FM suele ir asociado a síntomas ansiosos y depresivos (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Grupo ICAF, 2012) y, puesto que la paciente presenta conductas y síntomas muy similares a los presentados por personas diagnosticadas de depresión (cansancio y falta de energía, pérdida de apetito, problemas de sueño, anhedonia...) y ansiedad (inquietud, agobio, rumiación...) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), se espera que obtenga una elevada puntuación en ambas secciones de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

- **Hipótesis de asociación predictiva:** dado que es frecuente que la autoestima de los pacientes de FM se vea reducida debido a la incapacidad que puede llegar a generar esta enfermedad (Escudero et al., 2009) y dado que la depresión, que es posible que muestre, también se relaciona con una baja autoestima (Bleichmar, 1991), se espera que la paciente obtenga una baja puntuación en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Así mismo, puesto que, se ha observado que en la mayoría de las enfermedades crónicas hay una tendencia a un bajo optimismo disposicional, que se relaciona con unas malas estrategias de afrontamiento del estrés (autocrítica) y, por tanto, con un mayor número de categorías sintomáticas (Martínez Correa, Reyes del Paso, García-león y González Jareño, 2006; Castro y Straniero, 2009), se esperan bajas puntuaciones en el Test de Orientación Vital Revisado.

Respecto a calidad de vida, los pacientes de FM suelen presentar una mala calidad de vida asociada al deterioro en el estado de salud físico y mental (Hernández y Cardona, 2015) por lo que se espera que la paciente obtenga elevadas puntuaciones en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-S) y bajas puntuaciones en el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud.

Del mismo modo, dado que se ha encontrado que los acontecimientos vitales estresantes pueden ser un factor desencadenante de la FM, la depresión o la ansiedad (Goldenberg, 2003; Buendía, 1991), se considera que la paciente obtendrá una puntuación media/alta en la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.

- **Hipótesis de relación funcional:** se considera que existe relación entre el actual estado anímico y funcional de la paciente y el dolor y la incapacidad que puede llegar a generar este tipo de enfermedad crónica (Milena Gaviria et al., 2006).

5. Técnicas y procedimiento de evaluación

El proceso de evaluación consistió en una entrevista semiestructurada con la paciente para recoger datos acerca de su historia clínica: datos sociodemográficos, estado de salud y medicación, motivo de consulta, antecedentes, consecuentes, curso del problema y situación actual (véase anexo I). También se hizo uso de otros instrumentos de evaluación que la paciente rellenó en consulta, como:

- **Escala de Autoestima de Rosenberg:** se trata de un instrumento de auto-informe compuesto por 10 ítems tipo Likert, formulados de forma positiva y negativa y con un formato de respuesta de 1 a 4, donde 1 significa muy de acuerdo y 4 muy en desacuerdo.

Su autor fue Rosenberg (1965), aunque en este caso se ha utilizado la versión adaptada al español por Echeburúa (1995).

Está destinada tanto a adolescentes como a adultos y mayores y el objetivo de la misma es evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma y la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal. Respecto a sus propiedades psicométricas, la versión española de este instrumento ha mostrado una buena fiabilidad (0.8) y una buena consistencia interna (entre 0.76 y 0.87) (Echeburúa, 1995).

- **Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes:** se trata de un instrumento autoadministrado en el cual se enumeran 43 sucesos vitales estresantes (AVE) y lo que la persona debe hacer es rodear con un círculo todos aquellos acontecimientos que ha vivido durante el último año.

Fue creada por Holmes y Rahe (1967) aunque se ha utilizado la versión adaptada al español por González de Rivera y Morena (1983).

El objetivo general de la prueba es estimar el estrés psicosocial al que está sometida la persona evaluada y, por tanto, estimar el riesgo que tiene de desarrollar algún tipo de enfermedad psicosomática (a mayor puntuación en la escala, mayor riesgo). Respecto a sus propiedades psicométricas, la versión española de este instrumento ha mostrado una

adecuada fiabilidad (entre 0.82 y 0.85 dependiendo de la muestra) (González de Rivera y Morena, 1983).

- **Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R):** se trata de un cuestionario compuesto por 10 ítems tipo Likert (3 ítems para medir optimismo, 3 para medir pesimismo y 4 distractores) formulados de forma positiva y negativa y con un formato de respuesta de 0 a 4, donde 0 significa completamente en desacuerdo y 4 completamente de acuerdo.

Fue creada por Scheier, Carver y Bridges (1994), si bien, en este caso se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998).

Lo que esta prueba persigue es medir el optimismo/pesimismo disposicional, o lo que es lo mismo, medir la predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos/ negativos, como un constructo unidimensional (Scheier et al., 1994).

Finalmente, respecto a sus propiedades psicométricas, la versión española del LOT-R, ha obtenido una buena fiabilidad (0.78) (Otero et al., 1998) y una buena consistencia interna (entre 0.74 y 0.78 dependiendo de la muestra) (Martínez Correa et al., 2006).

- **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (S- FIQ):** se trata de un cuestionario multidimensional y autoadministrado compuesto por 10 ítems: El primer ítem está formado a su vez por 10 subítems tipo Likert con un formato de respuesta de 0 a 3, donde 0 significa siempre y 3 nunca, y evalúa la frecuencia con la que la persona pudo realizar, durante la última semana, cada una de las actividades indicadas; el segundo y tercer ítem se corresponden con escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana en los que la persona se sintió bien y a días de la semana en los que la FM le impidió trabajar; y el resto de los ítem se valoran mediante escalas visuales analógicas del 0 al 10 que evalúan diferentes dimensiones (Dificultades en el trabajo, Dolor, Fatiga, Alteraciones del sueño, Rigidez, Ansiedad y Depresión).

Sus autores fueron Burckhardt, Clark y Bennett (1991), aunque en este caso se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart (2004).

El objetivo general de la prueba es evaluar el impacto de la FM sobre la calidad de vida de la persona. En relación a sus propiedades psicométricas, la versión española de este instrumento ha mostrado una elevada fiabilidad y validez (0.81) (Monterde et al., 2004).

- **Cuestionario de Dolor en Español (CDE):** se trata de un cuestionario autoadministrado formado por tres componentes: Un primer componente que evalúa la intensidad total del dolor y que está dividido en 3 dimensiones (una dimensión sensorial, una dimensión afectiva y una dimensión evaluativa); un segundo componente que recoge el valor de la intensidad actual de dolor; y un último componente formado por una escala visual analógica.

Sus autores fueron Ruiz López, Pagerols y Ferrer (1990).

Está destinado a la población general con dolor agudo y crónico y el objetivo del mismo es *“disponer de un instrumento que pueda orientar el diagnóstico y permita identificar con rapidez los componentes predominantes del dolor percibido por el paciente”*. Respecto a sus propiedades psicométricas, este instrumento ha mostrado una adecuada fiabilidad (0.87) (Ruiz López et al., 1990).

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS):** se trata de un instrumento autoaplicado compuesto por 14 ítems tipo Likert que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos durante la última semana. Dichos ítems están agrupados en dos subescalas: Una subescala de ansiedad formada por 7 ítems (ítems impares) y una subescala de depresión formada también por 7 ítems (ítems pares).

Fue creada por Zigmond y Snaith (1983), aunque en este caso se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Snaith, Bulbena y Berrios (1986) (en Tejero, Guimerá, Farré y Peri, 1986).

El objetivo general de la prueba es valorar el grado en que la enfermedad afecta al estado emocional, evaluando de esta forma, la presencia de trastornos depresivos y ansiosos. Si bien, no es una prueba diagnóstica, sino que se utiliza como cribado (Tejero et al., 1986).

Finalmente, respecto a sus propiedades psicométricas, la versión española de la HADS, ha obtenido una buena fiabilidad (0.81 para la subescala de ansiedad y 0.82 para la subescala de depresión) (Tejero et al., 1986).

- **Índice de Dolor Generalizado (WPI):** se trata de un instrumento compuesto por 19 ítems que hacen referencia a 19 áreas del cuerpo. Lo que el paciente debe hacer para cumplimentarlo es marcar todas aquellas áreas en las que ha sentido dolor durante la última semana.

Fue creado por Wolfe et al. en el año 2010, aunque se ha utilizado la versión traducida al castellano (van Riel y García, 2010).

El Índice de Dolor Generalizado se utiliza junto con el Índice de Gravedad de los Síntomas como criterios preliminares para el diagnóstico clínico de la FM (Moyano, Kilstein y Alegre de Miguel, 2014), si bien, en este caso se ha empleado para cuantificar el número de áreas de dolor.

- **Índice de Gravedad de los Síntomas (SS Score):** este instrumento se divide en dos partes: SS-Parte 1, donde el evaluado debe indicar la gravedad de sus síntomas durante la semana anterior (en esta parte de la prueba, las puntuaciones oscilan entre 0 y 3, donde 0 significa leve y 3 grave) y SS-Parte 2, donde la persona debe señalar entre un conjunto de 40 síntomas, todos aquellos que ha experimentado durante la última semana.

Sus autores fueron Wolfe et al. (2010) aunque, se ha utilizado la versión traducida al castellano (van Riel y García, 2010) y, como he mencionado anteriormente, esta prueba se usa junto al Índice de Dolor Generalizado como un criterio preliminar para el diagnóstico de la FM (Moyano et al., 2014). No obstante, en este caso se ha empleado como instrumento para evaluar la gravedad de los síntomas antes y después de la intervención.

- **Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud:** se trata de un instrumento compuesto por 36 ítems tipo Likert, que evalúan 9 dimensiones relacionadas con la salud: *Función física; Rol físico; Dolor; Salud General; Vitalidad; Función Social; Rol emocional; Salud Mental y Transición de Salud*. Además, este cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, el Componente Sumario Físico (CSF) y el Componente Sumario Mental (CSM).

Fue creado por Ware y Sherbourne (1992), aunque, en este caso se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Alonso, Prieto y Antó (1995).

Esta prueba está destinada a una población clínica y general mayor de 14 años y el objetivo de la misma es “*evaluar la calidad de vida relacionada con la salud*”, de modo que, permite analizar el impacto que las distintas enfermedades pueden llegar a tener sobre la calidad de vida de la persona que la padece.

En relación a sus propiedades psicométricas, la adaptación al español de este instrumento ha mostrado una buena fiabilidad (entre 0.71 y 0.94 dependiendo de la dimensión) (Alonso et al., 1995).

- **Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQ):** se trata de un instrumento autoadministrado que consta de 24 ítems que evalúan la calidad de sueño del paciente durante el último mes (19 ítems a rellenar por el paciente y 5 para que rellene el

compañero/a de cama). Éstos ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño y se agrupan en 7 componentes (puntuables de 0 a 3): *Calidad del sueño*; *Latencia del sueño*; *Duración del sueño*; *Eficiencia del sueño*; *Alteraciones del sueño*; *Uso de medicación para dormir*; y *Disfunción diurna*.

Sus autores fueron Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer (1989), aunque, en este caso se ha trabajado con la versión adaptada al español por Macías y Royuela (1996).

Está destinado a una población clínica y general y el objetivo del mismo es analizar la calidad de sueño de la persona a la vez que orienta al clínico sobre los componentes del sueño más deteriorados. Respecto a sus propiedades psicométricas, la versión adaptada al español de este instrumento presenta una buena fiabilidad (0.81) y validez (Macías y Royuela, 1996).

Todas estas pruebas se administraron en una primera sesión de evaluación pre-intervención y, sirvieron para contrastar las hipótesis surgidas tras la primera sesión de toma de contacto con la paciente. Dicha evaluación tuvo lugar en la sede principal de AFIXA con una duración de aproximadamente 1 hora y media.

Si bien, señalar que, previamente a la administración de tales pruebas, la paciente firmó un consentimiento informado, donde quedó explicado todo el proceso de evaluación, además de su derecho a la confidencialidad y protección de datos.

6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención

A continuación se describen los resultados obtenidos tras la evaluación pre-intervención, resultados que quedan resumidos en la tabla 1:

En la **Escala de Autoestima de Rosenberg** la paciente obtuvo una puntuación total de 25 puntos. Esta puntuación se corresponde con una rango de autoestima medio (de acuerdo con los rangos establecidos para el instrumento), sin embargo, roza el punto de corte para la existencia de problemas graves de autoestima ($p.c. < 25$).

En la **Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes** la paciente obtuvo una puntuación total de 334 puntos, lo cual señala, de acuerdo con los criterios establecidos por los autores, que ha estado sometida a un alto nivel de estrés psicosocial durante el último año

y, por tanto, tiene un elevado riesgo (49%) de desarrollar algún tipo de enfermedad psicosomática.

En el **Test de Orientación Vital Revisado** (LOT-R), la paciente obtuvo una puntuación total de 14. Puntuación que se encuentra en un nivel medio de optimismo/pesimismo disposicional, de acuerdo con los puntos de corte utilizados para dicho instrumento.

En el **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia** (S- FIQ), la puntuación total de la paciente fue de 52, lo que señala (según los autores) un impacto moderado de la FM sobre la calidad de vida de la misma.

En el **Cuestionario de Dolor en Español** (CDE), la paciente obtuvo una puntuación de 7 en intensidad sensorial, 4 en intensidad afectiva y 1 en intensidad evaluativa, lo que origina una puntuación en intensidad total de 12. Esto significa que (de acuerdo con los criterios de interpretación del instrumento), aunque los tres componentes tienen un peso importante en el dolor percibido por la paciente, son los componentes sensorial y evaluativo los predominantes.

En este mismo cuestionario, la paciente obtuvo un valor en intensidad actual de 2 y otorgó una puntuación de 6 en la escala visual analógica, lo cual indica que, durante el proceso de evaluación, la paciente presentaba un nivel de dolor moderado.

En la **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión** (HADS), la paciente obtuvo:

- Una puntuación de 4 en la *subescala de ansiedad*, que, de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento, se corresponde con una puntuación normal en este componente.
- Una puntuación de 9 en la *subescala de depresión*, que apunta, de acuerdo con los criterios del instrumento, a la existencia dudosa de un problema clínico como es la depresión.

En el **Índice de Dolor Generalizado** (WPI), la puntuación obtenida fue de 11, lo cual indicaría la existencia de dolores generalizados en diferentes partes del cuerpo y, por tanto, no localizados en áreas específicas.

En el **Índice de Gravedad de los Síntomas** (SS Score), la puntuación obtenida fue de 7 puntos, lo que señala (según los autores de dicho instrumento) la existencia de síntomas de gravedad moderada.

En el **Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud**, la paciente obtuvo una puntuación de 20 en el Componente Sumario Físico (CSF) y una puntuación de 58 en el Componente Sumario Mental (CSM), lo que significa que (de acuerdo con los criterios establecidos por los autores del instrumento), la calidad de vida de la paciente se ve comprometida por su estado de salud físico y mental, siendo el componente físico el más afectado.

Si bien, si nos fijamos en las puntuaciones en cada una de las dimensiones que componen este cuestionario:

- En *Función Física*, la paciente obtuvo una puntuación de 25, lo que significa que debido a su estado de salud, la función física de la paciente está bastante limitada a la hora de llevar a cabo actividades físicas.
- En *Rol Físico* una puntuación de 0, que indica que la paciente presenta problemas con las actividades diarias debido a su salud física.
- En *Dolor* una puntuación de 35, que apunta a la existencia de un dolor intenso y moderadamente limitante.
- En *Salud General* una puntuación de 65, que indica que la paciente percibe su salud como normal (ni buena, ni mala).
- En *Vitalidad* una puntuación de 20, que indica que la paciente se siente cansada y exhausta la mayor parte del tiempo.
- En *Función Social* una puntuación de 55, que señala una interferencia media y frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos.
- En *Rol Emocional* una puntuación de 100, que indica que no existe ningún problema con las actividades diarias debido a problemas emocionales.
- En *Salud Mental* una puntuación de 88, que señala que la paciente se siente tranquila y calmada durante la mayor parte del tiempo.
- Y en *Transición de Salud* una puntuación de 75, que indica que la paciente considera moderadamente mejor su salud ahora que hace un año.

Finalmente, en el **Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQ)**, la paciente obtuvo una puntuación global de 16, lo cual apunta (de acuerdo con los criterios establecidos para dicho instrumento) a la presencia de ciertas dificultades de sueño y, por tanto, a una mala calidad del mismo.

Respecto a la puntuación en cada una de sus dimensiones:

- En *Calidad Subjetiva del Sueño*, la paciente obtuvo una puntuación de 2, lo que indica que la paciente percibe la calidad de su sueño como bastante mala.
- En *Latencia del Sueño*, una puntuación de 3, que señala la existencia de problemas para conciliar el sueño.
- En *Duración del Sueño* una puntuación de 2, que apunta a una duración insuficiente de las horas de sueño.
- En *Eficiencia Habitual del Sueño*, una puntuación de 3, que apunta a que el porcentaje de sueño de la paciente es insuficiente respecto al tiempo que pasa en la cama.
- En *Alteraciones del Sueño* una puntuación de 2, que señala la existencia de problemas que impiden a la paciente mantener un sueño continuo.
- En *Medicación para Dormir* una puntuación de 3, que indicaría la necesidad de medicación.
- Y en *Disfunción Diurna* una puntuación de 1, que señala que no hay un nivel de interferencia elevado en el resto de actividades, debido a los problemas de sueño.

A partir de estos resultados, se propone un programa de intervención que aborde, de forma directa o indirecta, las siguientes áreas: autoestima, estrés percibido, percepción de dolor, estado anímico, adaptación psicológica a la enfermedad, función física, rol físico, salud física, vitalidad, función social, calidad de sueño y calidad de vida. Concretamente, dada la variedad de temas a tratar y la naturaleza de los mismos, se propone un programa de educación psico-sanitaria y ejercicio físico.

Dentro del abordaje multidisciplinar en FM una pieza clave es la educación psico-sanitaria. Con los programas de educación para la salud lo que se persigue es que el/la paciente adquiera un mayor conocimiento acerca de su enfermedad y, de éste modo, influir de manera directa en el control percibido sobre la patología. Concretamente, se ha observado cómo este tipo de programas consiguen, a partir de incrementar el control percibido sobre la enfermedad, aumentar el nivel de actividad física y funcionamiento diario en tales pacientes,

además de reducir la frecuencia con la que acuden a consulta médica. Todo esto conllevaría mejoras a nivel físico y psicológico y por consiguiente, mejoras en la calidad de vida de los pacientes (Bosch, Sáenz, Valls y Viñolas, 2002; García-Campayo et al., 2005; García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes, 2006; Mayorga et al., 2010).

Por ello, son muchos los autores que señalan como primer paso en el tratamiento de la FM la necesidad de llevar a cabo un programa de este tipo (Alegre de Miquel et al., 2010).

Así, en el presente trabajo se analiza el impacto de un programa de educación psico-sanitaria de 8 semanas. Y, puesto que, la combinación de educación para la salud y ejercicio físico moderado se ha mostrado especialmente eficaz en la práctica clínica, dicho programa incluye en cada una de sus sesiones 40 minutos de ejercicio físico (de acuerdo con el Instituto Ferran de Reumatología s.f. 40 minutos de ejercicio físico sería una duración suficiente en pacientes de FM). Concretamente, ejercicios de Hatha Yoga (una forma de Yoga compuesto por movimientos y posturas simples de equilibrio y flexibilidad y que al mismo tiempo incluye ejercicios de purificación y de respiración) y Chi-Kung (una técnica que utiliza meditación, movimiento y respiración), los cuales han mostrado tener numerosos beneficios en diferentes áreas relacionadas con la calidad de vida de los pacientes de FM (Haak y Scott, 2008; Altan, Korkmaz, Bingol y Gunay, 2009; Carson et al., 2010; Jones et al. (2012); Cadenas-Sánchez y Ruiz-Ruiz, 2014).

Tabla 1*Resumen de las puntuaciones totales obtenidas en la evaluación pre-intervención*

Instrumento	Puntuación total
Escala de Autoestima de Rosenberg	25
Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes	334
Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R)	14
Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (S- FIQ)	52
Cuestionario de Dolor en Español (CDE)	Intensidad sensorial: 7 Intensidad afectiva: 4 Intensidad evaluativa: 1 Intensidad total:12 Intensidad actual: 2 Escala visual: 6
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	Ansiedad: 4 Depresión: 9
Índice de Dolor Generalizado (WPI)	11
Índice de Gravedad de los Síntomas (SS Score)	7
Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud	Función física: 25 Rol Físico: 0 Dolor: 35 Salud General: 65 Vitalidad: 20 Función Social: 55 Rol Emocional: 100 Salud Mental: 88 Transición Salud: 75 CSF: 20 CSM: 58
Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQ)	Calidad subjetiva: 2 Latencia: 3 Duración: 2

 Eficiencia Habitual: 3

Alteraciones: 2

Uso de medicación: 3

Disfunción diurna: 1

Puntuación global: 16

 Nota: CSF (componente sumario salud física), CSM (componente sumario salud mental).

7. Intervención

7.1. Objetivos y secuenciación

Objetivo General:

- Conseguir mejoras en el funcionamiento físico y psicológico de la paciente y, por consiguiente, mejoras en su calidad de vida.

Objetivos Específicos:

- Adquirir una idea clara acerca de qué es la FM, cuáles son sus síntomas y cuáles son sus posibles tratamientos (sesión 1).
- Comprender la importancia que tiene la realización de ejercicio físico moderado sobre la enfermedad (círculo vicioso del dolor) (sesión 1).
- Comprender la importancia que tiene sobre la enfermedad el llevar una adecuada alimentación (entendiendo de forma adecuada la asociación entre estado de ánimo negativo y/o mal estado físico y una alimentación inadecuada) e higiene del sueño (sesión 2).
- Adquirir una serie de pautas que permitan mantener una alimentación equilibrada y un adecuado nivel de descanso (sesión 2).
- Comprender qué es una emoción, cuál es la relación entre emoción-pensamiento-conducta y qué es la inteligencia emocional y por qué es importante (sesión 3).
- Expresar emociones y sentimientos a raíz de la enfermedad (sesión 3).
- Desarrollar una buena inteligencia emocional (sesión 3).
- Entender que existen una serie de dificultades sexuales derivadas de la enfermedad y cómo éstas pueden afectar a la relación de pareja (sesión 4).
- Hablar acerca de las dificultades sexuales y expresar cómo afectan a la relación de pareja (sesión 4).
- Adquirir una buenas pautas de educación sexual (sesión 4).

- Comprender qué es un pensamiento irracional y qué es una distorsión cognitiva y cómo éstos son los responsables en muchas ocasiones de nuestro estado anímico y nuestra conducta (sesión 5).
- Aprender a reconocer las distorsiones cognitivas y a corregirlas (sesión 5).
- Comprender los efectos que el estrés tiene sobre nuestra salud física y mental (sesión 6).
- Aprender una serie de técnicas que permitan reducir los niveles de activación fisiológica (sesión 6).
- Adquirir una idea clara acerca de qué es el apoyo social, qué funciones desempeña y por qué es importante (sesión 7).
- Comprender los diferentes estilos de comunicación que existen y cómo cada uno de ellos conlleva una serie de consecuencias (sesión 7).
- Adquirir una serie de pautas que permitan desempeñar un estilo comunicativo asertivo (sesión 7).
- Comprender qué es la autoestima, de qué depende, por qué es importante y cómo afecta la FM a la autoestima (sesión 8).
- Adquirir una serie de pautas para construir una autoestima positiva (sesión 8).
- Realizar ejercicio físico moderado y, de esta forma, experimentar los beneficios de éste sobre la salud física y mental (sesión 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8).

7.2. Programa de intervención

Antes de comenzar con la descripción de este apartado, es necesario señalar que, previamente al proceso de intervención, se presentó el programa ante el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad de Jaén. Una vez obtenida tal aprobación, tuvo lugar una sesión de información con la paciente, donde se le explicó el por qué de un programa de este tipo y todo lo referente al mismo (contenidos, duración y metodología) (véase anexo II). Además, esta misma sesión se utilizó para la firma del consentimiento informado para la intervención (véase anexo III).

Programa de Educación Sanitaria y Ejercicio Físico- se trata de un programa compuesto por: 8 sesiones de intervención de 1 hora y 40 minutos de duración cada una, 1 hora destinada a la explicación de los contenidos teóricos que componen el programa (psicoeducación) y a la realización de diferentes actividades para fortalecer los conocimientos adquiridos y 40 minutos para la práctica de ejercicio físico (Hatha Yoga/Chi-Kung); 2

sesiones de evaluación, una pre-intervención y una post-intervención; y 2 sesiones de seguimiento.

Los componentes del programa son dos: Un componente de **educación para la salud** (que tiene una duración de 1 hora por sesión) y un componente que incluye la realización de **ejercicio físico moderado** (que tiene una duración de 40 minutos).

El objetivo general de la educación para la salud es incrementar el control percibido que la paciente tiene sobre la enfermedad, de modo que, de esta manera se incremente el nivel de actividad física y funcionamiento diario de la misma y por consiguiente, se consigan mejoras a nivel físico y mental y en la calidad de vida (Bosch et al., 2002; García-Campayo et al., 2005; García-Bardón et al., 2006; Mayorga et al., 2010). Los contenidos que se trabajan en este aspecto son:

- Qué es la FM, cuáles son síntomas y posibles tratamientos y por qué es especialmente importante para la enfermedad, la realización de ejercicio físico moderado (círculo vicioso del dolor) (sesión 1).
- Alimentación e higiene del sueño en FM (sesión 2).
- Emociones e inteligencia emocional (sesión 3).
- Sexualidad en FM (sesión 4).
- Pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas (sesión 5).
- Estrés y técnicas de manejo del estrés (sesión 6).
- Apoyo social y estilos de comunicación (sesión 7).
- Autoestima y FM (sesión 8).

Estos contenidos han sido propuestos a partir de los resultados obtenidos tras la evaluación pre-intervención, de modo que, durante las sesiones se trabajan de forma directa e indirecta todas las áreas problema: autoestima, estrés percibido, percepción de dolor, adaptación psicológica a la enfermedad, estado anímico, función física, rol físico, salud física, vitalidad, función social, calidad de sueño y calidad de vida.

Finalmente señalar que, para trabajar este componente se utilizan una serie de materiales:

- Presentaciones Power Point que acompañan a la explicación teórica.
- Actividades adaptadas a cada una de las sesiones y basadas en programas de intervención existentes.
- Cuentos que buscan favorecer la capacidad de introspección del paciente.

- Documentos con recomendaciones para la mejora de algunos aspectos de la calidad de vida del paciente.
- Vídeos para favorecer la comprensión de los conocimientos adquiridos.
- Audio de relajación y respiración guiada (Cuevas, 2012) de 10 minutos de duración donde se ponen en práctica ambas técnicas como método para conseguir disminuir los niveles de activación fisiológica del paciente.

Respecto al componente de ejercicio físico, éste está formado por 2 tipos de ejercicios, Hatha Yoga y Chi-Kung (también conocido como QiGong). *“El Hatha Yoga es una forma de Yoga lento y suave”* y que se basa en la realización de movimientos y posturas simples. Los componentes del Hatha Yoga son varios: posturas que combinan equilibrio y flexibilidad; Control de la respiración; Ejercicios de limpieza o purificación (que trabajan las fosas nasales, abdomen, lengua, encías.. entre otros) (aunque este componente no se ha trabajado durante el programa); Bandhas que son un tipo de técnicas que se utilizan con el fin de controlar los diferentes órganos y nervios del cuerpo; y Gestos con la mano (Nager, Oviedo, Bueno y Munguía, 2014; The Secrets of Yoga, 2016). En relación al QiGong o Chi-Kung, éste es definido por la Organización Mundial de la Salud (2002) como *“Componente de la medicina tradicional china que combina movimiento, meditación y regulación de la respiración para mejorar el flujo de energía vital en el cuerpo (Qi), para mejorar la circulación y la función inmune”*.

Ambas técnicas han resultado ser muy efectivas para este tipo de patología y se proponen como alternativas al ejercicio físico tradicional (Altan et al., 2009; Carson et al., 2010; Mejías, González y Rodríguez, 2013). El objetivo de este componente es que a través de la realización de ejercicio físico moderado la paciente sea capaz de experimentar beneficios sobre su salud física y mental.

Como recursos humanos para este componente se ha requerido de la participación de una profesora titulada en Yoga y Chi-Kung. Como recursos materiales se han utilizado:

- Esterilla de Yoga.
- Guantes antideslizantes.
- Correas específicas de Yoga.
- Palo corto y largo para la realización de algunos ejercicios de Chi-Kung.

Una vez explicados los componentes del programa, a continuación se describirán brevemente cada una de las sesiones del mismo (consultar objetivos de cada sesión en las páginas 20 y 21). Si bien, indicar que, tales sesiones, tuvieron lugar en una de las salas de la sede principal de AFIXA, con una periodicidad de dos sesiones a la semana, concretamente, miércoles y viernes de 10:30 a 12:10 horas:

Sesión 1: ¿Qué es la Fibromialgia?

Psicoeducación: (véase anexo IV)

- Qué es la FM, cuáles son sus causas y síntomas y tasa de prevalencia de esta enfermedad.
- Tratamientos en FM.
- Círculo vicioso del dolor.

Actividades:

- Las cosas que importan: cuento procedente de la colección “Los Cuentos de Mingabe” (Asociación de Divulgación de Fibromialgia, 2010) que habla acerca de la FM y de su sintomatología.
- Tarjetas verdadero/ falso: se trata de una serie de tarjetas en las cuales aparecen escritas diferentes afirmaciones sobre la fibromialgia y sus tratamientos con el fin de que la paciente identifique aquellas afirmaciones verdaderas y falsas sobre la FM.

40 minutos de ejercicios de Chi-Kung.

Sesión 2: Alimentación e Higiene del Sueño.

Psicoeducación: (véase anexo V)

- Qué es una alimentación equilibrada y por qué es importante mantener una alimentación adecuada en FM.
- Qué asociación existe entre el estado de ánimo negativo y/o el mal estado físico y una alimentación inadecuada.
- Qué alimentos tomar para determinados síntomas.
- Qué es la higiene del sueño y por qué es importante.

Actividades:

- Recomendaciones: esta actividad consiste en la lectura de una serie de recomendaciones para mantener una alimentación equilibrada y un adecuado nivel de descanso, con el fin de facilitar a la paciente una pautas adecuadas (véase anexo VI).

- **Dinámica de cambio:** se trata de una actividad en la cual se pide a la paciente que anote todos aquellos aspectos de su alimentación y rutina del sueño que deba cambiar y cómo hacerlo. Tras esto, se le pide que seleccione, al menos dos de ellos y se comprometa a cambiarlos realmente.

40 minutos de ejercicios de Chi-Kung.

Sesión 3: Identificación y Expresión de Emociones.

Psicoeducación: (véase anexo VII)

- Qué es una emoción y cuál es la relación entre emoción-pensamiento-conducta.
- Qué es la conciencia emocional.
- Qué es la inteligencia emocional y por qué es importante.

Actividades:

- **Tarjetas de emociones:** se trata de una serie de tarjetas donde aparecen escritas diferentes emociones. El objetivo de esta actividad es que la paciente vaya sacando las tarjetas de una en una y narrando cuándo y por qué, desde el diagnóstico de la enfermedad, se ha sentido de la manera en que la tarjeta expresa.
- **¿Qué están sintiendo?:** ante una serie de imágenes (véase anexo VIII), la paciente debe describir qué pueden estar sintiendo los protagonistas de tales imágenes.
- **Situaciones:** en esta actividad se exponen una serie de situaciones en las cuales el protagonista siente y actúa de diferentes maneras, el objetivo de esta actividad es que la paciente una y por tanto, identifique cada emoción con una forma de actuar (véase anexo IX).
- **Música y emociones:** el objetivo de esta actividad es evocar emociones a través de la música y que la paciente sea capaz de reconocer tales emociones y ponerles nombre.
- **Vídeo Luis Galindo:** esta actividad consiste en la visualización de un fragmento de una de las charlas de Galindo (2015) (“Pon el corazón en ser la mejor versión de ti”) que habla acerca de la inteligencia emocional.

40 minutos de ejercicios de Chi-Kung.

Sesión 4: Fibromialgia y Sexualidad.

Psicoeducación: (véase anexo X)

- Cómo afecta la FM a la sexualidad y qué consecuencias tiene sobre la relación de pareja.

- Qué se puede hacer para superar estas dificultades.

Actividades:

- Dinámica de expresión: que tiene como objetivo que la paciente exprese si alguna vez ha tenido dificultades de este tipo y cómo se sintió ante esto y qué hizo.

- Las mejores cosas del sexo: se trata de que la paciente haga una lista con las mejores cosas que nos aporta el mantener relaciones sexuales y, de esta forma, hacerla consciente de cómo nos proporciona una gran cantidad de beneficios.

- Blog de fibromialgia: esta actividad busca, a través de la lectura de un blog, acercar a la paciente a la experiencia personal en el ámbito sexual de una mujer con FM.

- Situaciones: se trata de que a partir de las recomendaciones abordadas durante la psicoeducación, la paciente intente resolver una serie de situaciones (véase anexo XI).

40 minutos de ejercicios de Chi-Kung.

Sesión 5: Pensamientos Irracionales y Distorsiones Cognitivas.

Psicoeducación: (véase anexo XII)

- Qué es un pensamiento irracional.
- Qué es una distorsión cognitiva y qué tipos de distorsiones cognitivas hay.
- Por qué es importante aprender a reconocer las distorsiones cognitivas.

Actividades:

- Dinámica de expresión: se trata de que la paciente exponga algunos ejemplos de situaciones en los que ha utilizado cada uno de los tipos de distorsiones cognitivas.

- Pensamientos irracionales: el objetivo de esta actividad es que, ante una lista de pensamientos, la paciente aprenda a reconocer y diferenciar los pensamientos racionales de los irracionales.

- Identificación de distorsiones cognitivas: a partir de una lista de distorsiones cognitivas, la paciente debe indicar el tipo de distorsión que la persona está utilizando en cada caso (véase anexo XIII).

- Recomendaciones: esta actividad consiste en la lectura de una serie de recomendaciones para aprender a identificar y corregir las distorsiones cognitivas en el día a día (véase anexo XIV). Tras esto, se busca que la paciente identifique aquellas

recomendaciones más fáciles y más difíciles para ella y que se comprometa a seguir al menos alguna.

40 minutos de ejercicios de Yoga.

Sesión 6: Manejo del Estrés: Relajación y Respiración.

Psicoeducación: (véase anexo XV)

- Qué es el estrés y cómo se produce.
- Cómo se manifiesta el estrés y qué problemas puede causar.
- Qué hacer ante el estrés.
- La relajación y la respiración: cómo funcionan y qué beneficios tienen.

Actividades:

- Recomendaciones: esta actividad consiste en la lectura de una serie de recomendaciones para aprender a manejar el estrés. Tras esto, se busca que la paciente identifique aquellas recomendaciones más fáciles y más difíciles para ella y que se comprometa a seguir al menos alguna (véase anexo XVI).

- Mandala: esta actividad consiste en colorear un mandala con el fin de que la paciente aprenda y practique diferentes técnicas que le permitan controlar sus niveles de activación fisiológica.

- Audio de relajación y respiración guiada (Cuevas, 2012) donde se ponen en práctica ambas técnicas como método para conseguir disminuir los niveles de activación fisiológica de la paciente.

40 minutos de ejercicios de Yoga.

Sesión 7: Apoyo Social y Estilos de Comunicación.

Psicoeducación: (véase anexo XVII)

- Qué es el apoyo social, quién lo proporciona y qué funciones desempeña.
- Por qué es importante el apoyo social.
- Estilos de comunicación y consecuencias.

Actividades:

- Dinámica de expresión (se realizará antes de comenzar con la explicación): el objetivo de esta actividad es que la paciente hable un poco acerca de sus fuentes de apoyo, por lo que, antes de comenzar con la explicación, se le pide que identifique algún momento desde la enfermedad en el que haya necesitado de la ayuda de otra persona y, tras pedirla,

esta persona haya estado ahí para ayudarla, indicando cómo fue esa situación, a quién llamó y cómo se sintió después.

- Ejemplos estilos de comunicación: lo que se busca con esta actividad es que la paciente identifique diferentes situaciones de su vida, en las cuales utiliza o ha utilizado alguno de estos estilos de comunicación.
- Dinámica situaciones: esta actividad está basada en un role playing donde, ante diferentes situaciones, la paciente debe tratar de utilizar un estilo asertivo (véase anexo XVIII).
- Recomendaciones: el objetivo de esta actividad es que la paciente se comprometa a seguir, al menos una, de las recomendaciones que aparecen en el listado de recomendaciones para llevar un estilo de comunicación asertivo (véase anexo XIX).

40 minutos de ejercicios de Yoga.

Sesión 8: Autoestima y Repaso.

Psicoeducación: (véase anexo XX)

- Qué es la autoestima y de qué depende.
- Por qué es importante tener una autoestima positiva.
- Cómo afecta la FM a la autoestima.
- Qué podemos hacer para construir una autoestima positiva.

Actividades:

- Flor de cartulina: para esta actividad, en cada uno de los pétalos de una flor de cartulina, la paciente deberá anotar una de sus virtudes, con el objetivo de hacerla consciente de las mismas y que no solo preste atención a los defectos.
- Cómo soy, cómo era y cómo seré: el objetivo de esta actividad es que la paciente describa cómo era antes de la enfermedad, cómo es ahora y cómo se ve en un futuro próximo, tratando únicamente de describir y no juzgar.
- El verdadero valor del anillo: el objetivo de esta actividad es que la paciente comprenda el significado del cuento de Bucay (2005) “El verdadero valor del anillo”.
- Repaso breve del programa y resolución de dudas.
- Preguntas de satisfacción acerca del programa.
- Recomendaciones: para finalizar el programa, se realizará la lectura de una serie de recomendaciones para aprender a convivir con la FM (véase anexo XXI).

40 minutos de ejercicios de Yoga.

7.3. Resultados

A partir de los resultados obtenidos tras el proceso de evaluación post-intervención, se ha llevado a cabo un análisis visual y un análisis estadístico de los mismos.

A continuación, se analizan visualmente los resultados:

En la **Escala de Autoestima de Rosenberg** la paciente ha obtenido una puntuación total post-intervención de 30 puntos (pre-intervención= 25). Esto indica que, tal y como se aprecia en la Figura 1, la puntuación total de la paciente en dicha escala se ha visto incrementada tras la intervención, haciendo que, de acuerdo con los puntos de corte establecidos para dicho instrumento, la paciente pase de un nivel medio de autoestima a un nivel elevado (que se correspondería con una autoestima normal para una persona de su mismo sexo y edad).

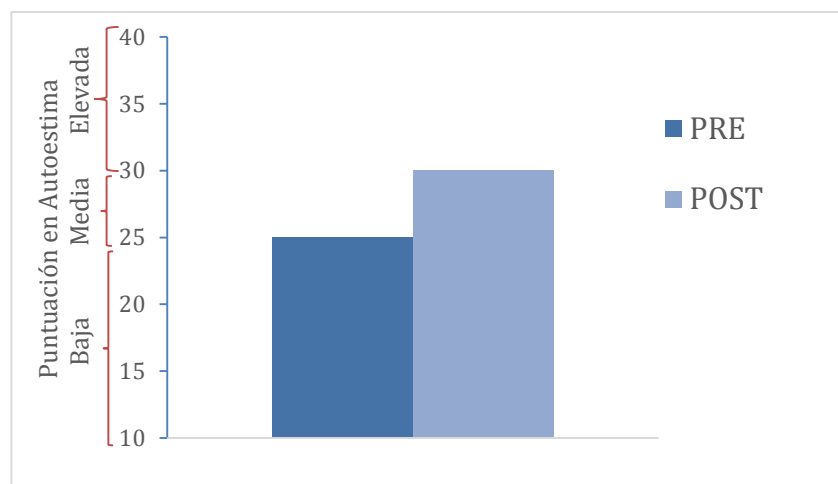


Figura 1. Puntuaciones en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

En la **Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes** la paciente ha obtenido una puntuación total post-intervención de 250 puntos (pre-intervención= 334) (véase Figura 2).

Esto indicaría que, de acuerdo con los criterios establecido para dicho instrumento, el nivel de estrés psicosocial percibido por la paciente se habría visto reducido de manera considerable tras la intervención, disminuyendo además, de esta forma, el riesgo de desarrollar algún tipo de enfermedad psicosomática (post-intervención= 25%; pre-intervención= 49%).

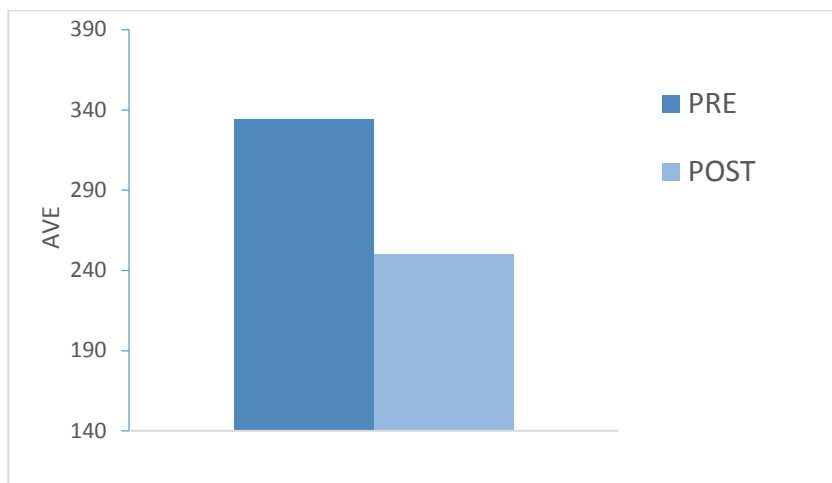


Figura 2. Puntuaciones en la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.

En el **Test de Orientación Vital Revisado** (LOT-R), la paciente ha obtenido una puntuación total post-intervención de 16 (pre-intervención= 14). Esto indica que, tal y como se aprecia en la Figura 3, la puntuación total de la paciente en dicha escala se ha visto incrementada tras la intervención, haciendo que, de acuerdo con los puntos de corte establecidos para dicho instrumento, la paciente pase de un rango de optimismo/pesimismo disposicional medio a un rango de optimismo.

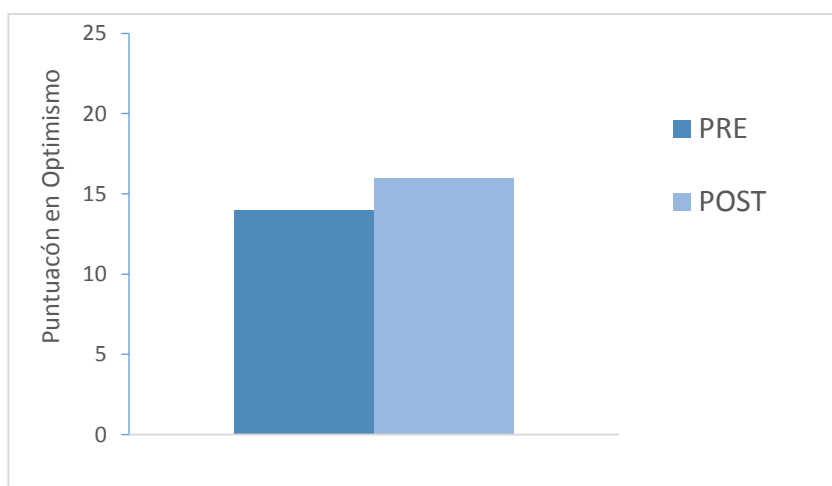


Figura 3. Puntuaciones en el Test de Orientación Vital Revisado.

En el **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia** (S- FIQ), la paciente ha obtenido una puntuación total post-intervención de 43 (pre-intervención= 52). Esto indica que, tal y como se aprecia en la Figura 4, la puntuación total de la paciente en dicha escala se ha visto reducida tras la intervención, lo cual significa que el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de la paciente se ha visto disminuido.

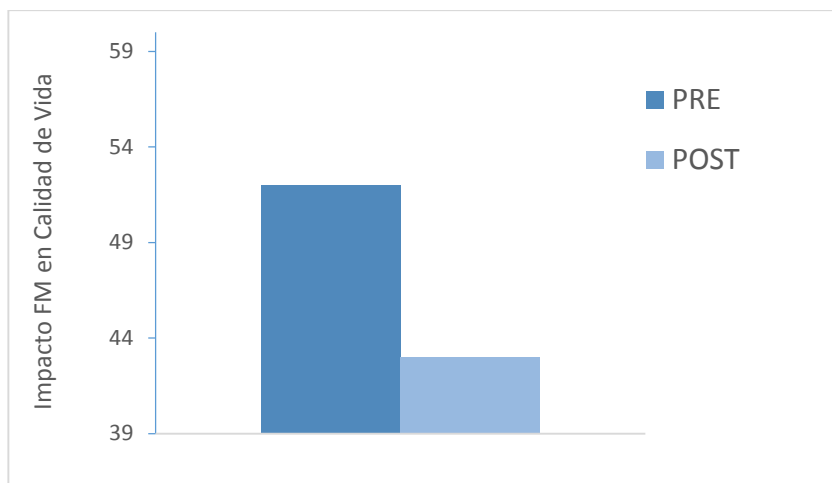


Figura 4. Puntuaciones en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia.

En el **Cuestionario de Dolor en Español** (CDE) la paciente ha obtenido una puntuación post-intervención de: 7 en intensidad sensorial (pre-intervención = 7); 3 en intensidad afectiva (pre-intervención= 4); 1 en intensidad evaluativa (pre-intervención= 1); 11 en intensidad total (pre-intervención= 12); 2 en intensidad actual (pre-intervención= 2); y 5 en la escala visual analógica (pre-intervención= 6).

Esto indica que, tal y como se muestra en la Figura 5, las puntuaciones de la paciente en intensidad sensorial, intensidad evaluativa y en intensidad actual no han sufrido cambios tras la intervención, mientras que las puntuaciones en el componente afectivo, en intensidad total y en la escala visual analógica se han visto reducidas tras la intervención.

Todo esto significa que, de acuerdo con los criterios establecidos para dicho instrumento, los componentes sensorial y evaluativo siguen teniendo un peso importante en el dolor percibido por la paciente, mientras que el componente afectivo ha visto reducida su intensidad tras la intervención.

Respecto a la intensidad del dolor percibido por la paciente durante ambas evaluaciones, decir que éste se mantuvo constante, aunque en la evaluación post-intervención el dolor percibido fue ligeramente más moderado.

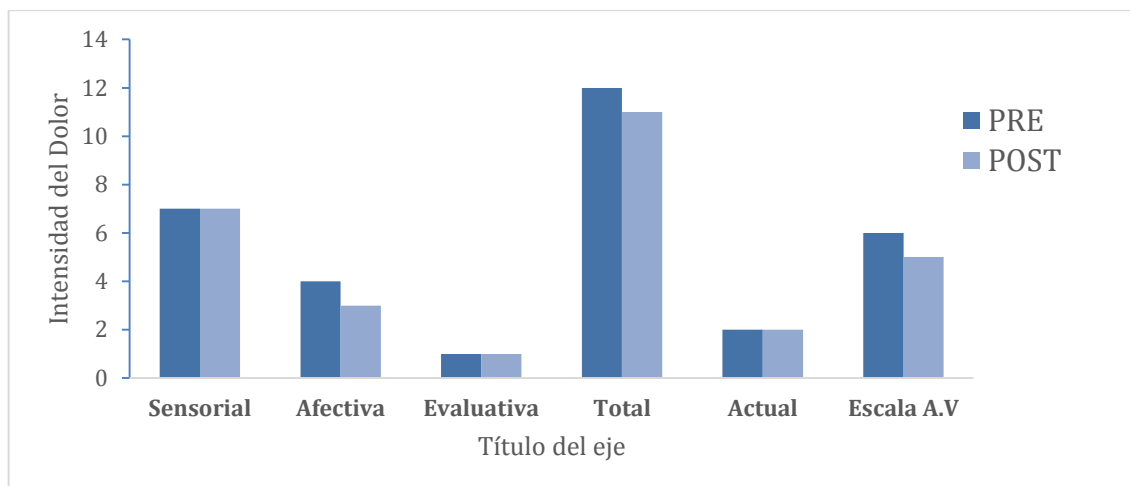


Figura 5. Puntuaciones en el Cuestionario de Dolor en Español.

En relación a la **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)**, la paciente ha obtenido una puntuación post-intervención de 8 puntos en la subescala de ansiedad (pre-intervención= 4) y de 6 puntos en la subescala de depresión (pre-intervención= 9).

De este modo, si nos fijamos en la Figura 6, vemos que la puntuación total de la paciente en la subescala de depresión se ha visto reducida tras la intervención, haciendo que pase, de acuerdo con los criterios establecidos para el instrumento, de la existencia dudosa de depresión, a una puntuación normal en dicha escala.

Sin embargo, en la subescala de ansiedad (véase Figura 6), la puntuación tras la intervención se ha visto incrementada, haciendo que la paciente pase de una puntuación normal en ansiedad, a una puntuación que señala la existencia dudosa de un problema clínico relacionado con la misma.

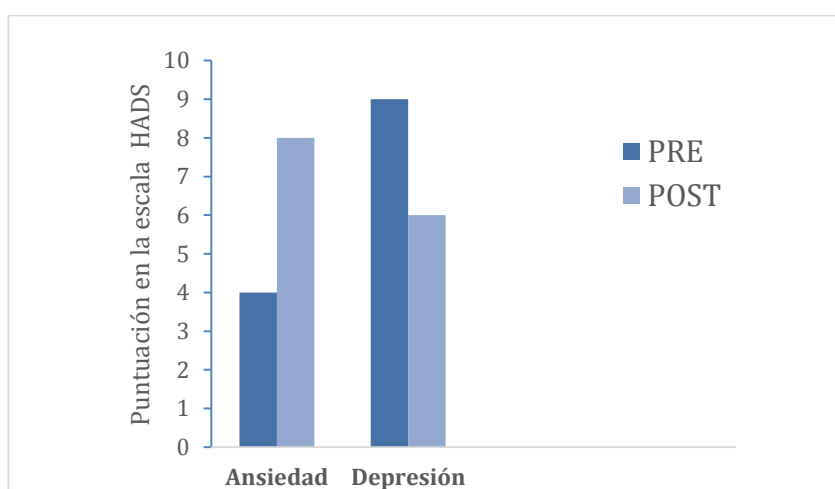


Figura 6. Puntuaciones en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

En el **Índice de Dolor Generalizado** (WPI), la puntuación obtenida tras la intervención ha sido de 11 puntos (pre-intervención= 11), lo que significa que, tal y como se puede observar en la Figura 7, no ha habido cambios en las puntuaciones para este índice y, por tanto, la paciente sigue mostrando dolores generalizados tras la intervención.

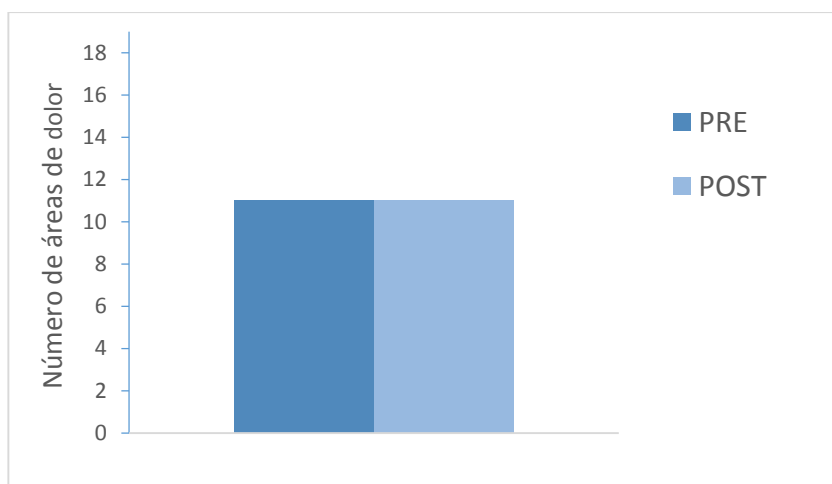


Figura 7. Puntuaciones en el Índice de Dolor Generalizado.

En el **Índice de Gravedad de los Síntomas** (SS Score), la puntuación obtenida tras la intervención ha sido de 5 (pre-intervención= 7). Esto indica que, tal y como se aprecia en la Figura 8, la puntuación total de la paciente en dicha escala se ha visto reducida tras la intervención, lo cual significa que, de acuerdo con los criterios establecidos para dicho instrumento, la gravedad de los síntomas percibidos por la paciente se habría visto reducida de forma moderada tras la intervención.

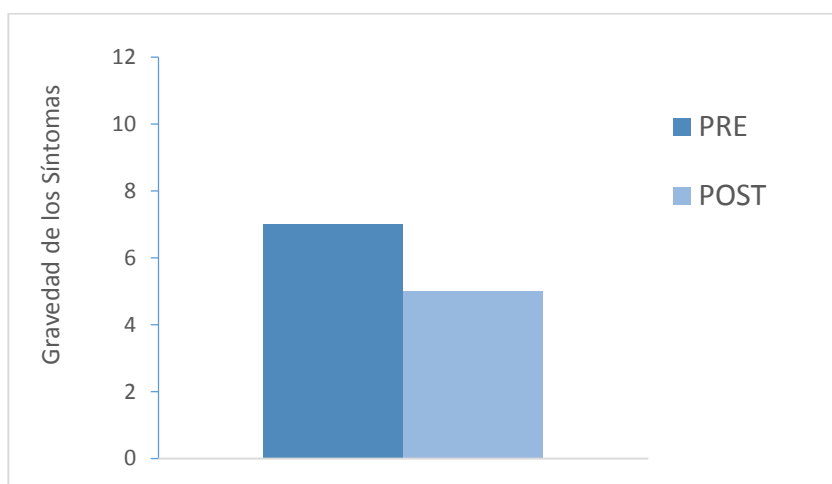


Figura 8. Puntuaciones en el Índice de Gravedad de los Síntomas.

En el **Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud**, la paciente ha obtenido una puntuación post-intervención de 22 en el Componente Sumario Físico (pre-intervención= 20) y de 50 en el Componente Sumario Mental (pre-intervención= 58). Esto indica que, tal y como se observa en la Figura 9, la puntuación de la paciente en el Componente Sumario Físico se ha visto incrementada tras la intervención, mientras que la puntuación en el Componente Sumario Mental, se ha visto reducida. Lo que señala una cierta mejora en la salud física de la paciente, a la vez que muestra un deterioro de la salud mental de la misma tras la intervención.

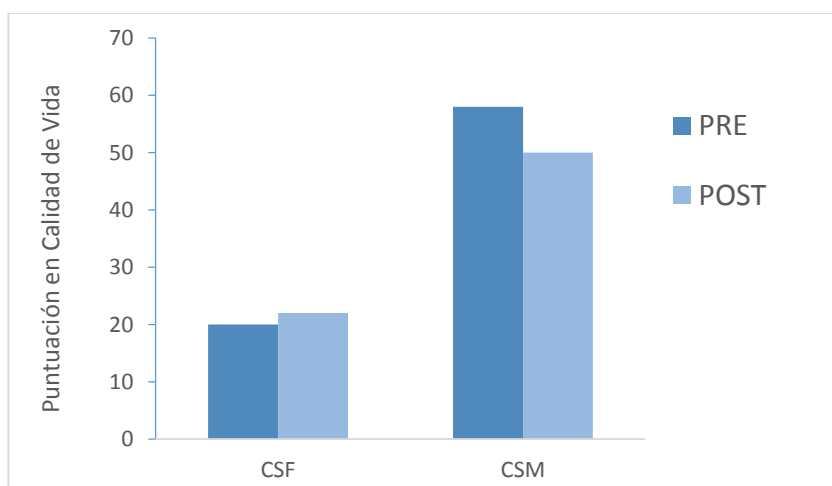


Figura 9. Puntuaciones Componentes Sumarios SF36.

Si bien, si se tienen en cuenta las puntuaciones post-intervención en cada una de las dimensiones que componen este cuestionario (véase figura 10):

- En *Función Física* la paciente ha obtenido una puntuación de 35 (pre-intervención= 25), lo que significa que ha mejorado en este componente, aunque, sigue estando limitada a la hora de llevar a cabo actividades físicas.
- En *Rol Físico* una puntuación de 0 (pre-intervención=0), lo que indica que la puntuación en este componente se ha mantenido constante y que, por tanto, la paciente sigue presentando problemas con las actividades diarias debido a su salud física.
- En *Dolor* una puntuación de 45 (pre-intervención= 35), lo que señala una mejora en este componente y por tanto, un menor nivel en la intensidad del dolor.
- En *Salud General* una puntuación de 65 (pre-intervención= 65), lo que indica que la puntuación en este componente se ha mantenido constante y que, por tanto, la paciente sigue percibiendo su salud como normal (ni buena, ni mala).

- En *Vitalidad* una puntuación de 10 (pre-intervención= 20), que indica un empeoramiento en esta área y, por tanto, que la paciente se siente cansada y exhausta con más frecuencia.
- En *Función Social* una puntuación de 67.5 (pre-intervención= 55), que señala una mejora en este componente y, por tanto, una interferencia más baja con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos.
- En *Rol Emocional* una puntuación de 100 (pre-intervención= 100), lo que indica que la puntuación en este componente se ha mantenido constante y que, por tanto, la paciente sigue sin tener ningún problema con las actividades diarias debido a problemas emocionales.
- En *Salud Mental* una puntuación de 76 (pre-intervención= 88), que señala un empeoramiento en esta área y, por tanto, una menor frecuencia de las ocasiones en las que la paciente se siente tranquila y calmada.
- Y en *Transición de Salud* una puntuación de 75 (pre-intervención= 75), lo que indica que la puntuación en este componente se ha mantenido constante y que, por tanto, la paciente sigue considerando moderadamente mejor su estado de salud ahora que hace un año.

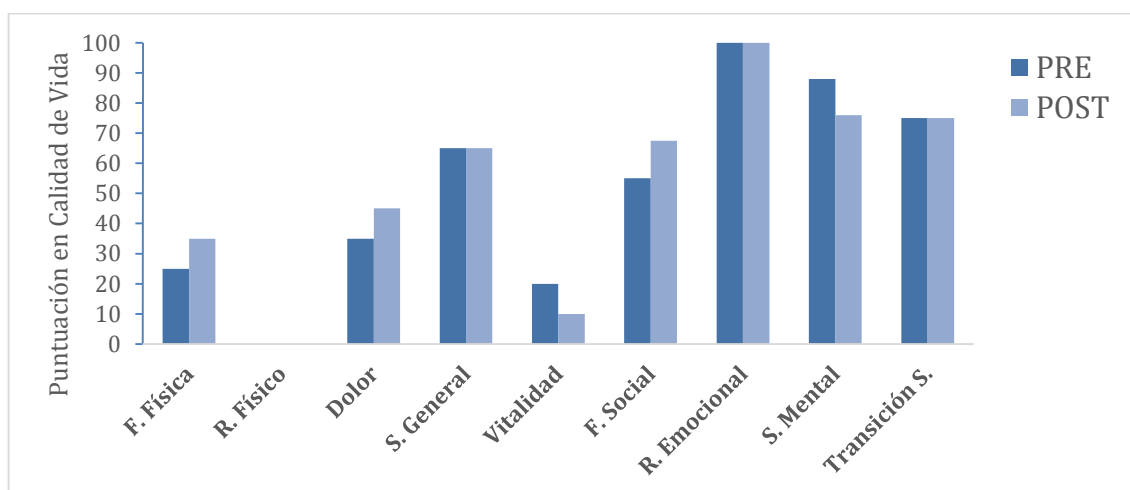


Figura 10. Puntuaciones factores del Cuestionario SF36.

En relación al **Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQ)**, la paciente ha obtenido una puntuación total post-intervención de 7 (pre-intervención= 16), lo cual, tal y como se muestra en la Figura 11, supone una reducción de las alteraciones de sueño de la paciente y, por consiguiente, una mejoría en la calidad de sueño de la misma.

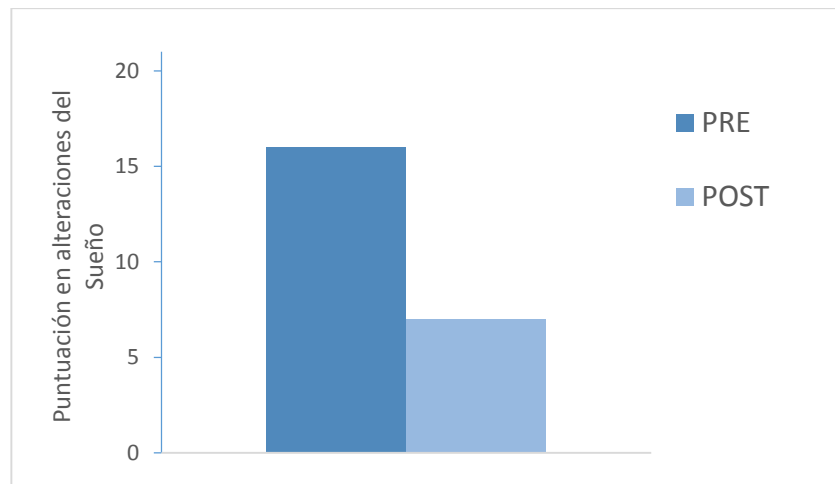


Figura 11. Puntuaciones totales del Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño.

En cuanto a la puntuación en cada una de las dimensiones de este cuestionario, la paciente ha obtenido (véase figura 12):

- En *Calidad Subjetiva del Sueño* una puntuación post-intervención de 1 (pre-intervención= 2), lo que indica una mejoría en este componente y, por tanto, que la paciente percibe como mejor la calidad de su sueño tras la intervención.
- En *Latencia del Sueño* una puntuación de 1 (pre-intervención= 3), lo que indica una mejoría en este componente, y por tanto, una menor frecuencia de problemas para conciliar el sueño.
- En *Duración del Sueño* una puntuación de 1 (pre-intervención= 2), lo que señala una mejora en este componente y, por tanto, una duración mayor de las horas de sueño.
- En *Eficiencia Habitual del Sueño* una puntuación de 0 (pre-intervención= 3), lo que señala una mejora en este componente y, por tanto, una mayor eficiencia del sueño tras la intervención.
- En *Alteraciones del Sueño* una puntuación de 1 (pre-intervención=2), lo que señala una mejora en este componente y, por consiguiente, una menor frecuencia de problemas que impiden a la paciente mantener un sueño continuo.
- En *Medicación para Dormir* una puntuación de 1 (pre-intervención= 3), lo que indica una mejora en este componente y, por tanto, que la paciente necesita con una menor frecuencia el uso de medicamentos para dormir.

- Y en *Disfunción Diurna* una puntuación de 2 (pre-intervención= 1), que indica un empeoramiento en esta área y, por tanto, un mayor nivel de interferencia en el resto de actividades, debido a los problemas de sueño.

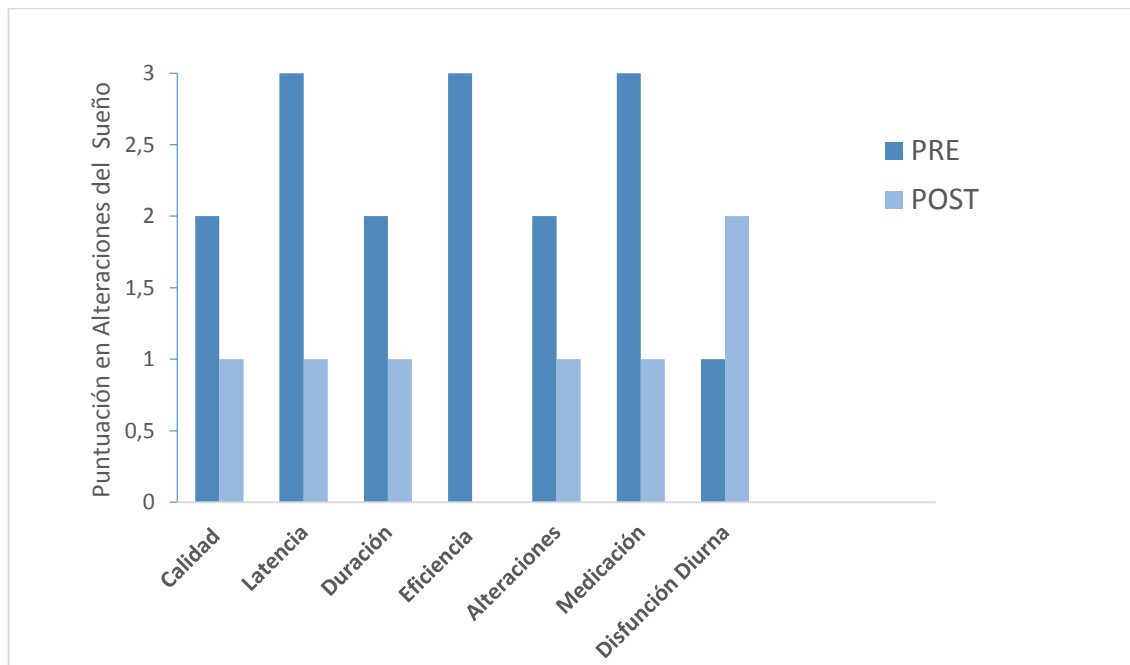


Figura 12. Puntuaciones factores del Cuestionario de Pittsburgh de Calidad de Sueño.

Finalmente, con el fin de profundizar en los resultados obtenidos, se ha llevado a cabo un análisis estadístico, para el cual se han empleado las siguientes pruebas: una prueba de Normalidad (Kolmogorov para muestras de puntuaciones mayores de 30 y Shapiro para muestras menores), con el objetivo de ver si las puntuaciones en cada una de las variables siguen una distribución normal; una prueba no paramétrica Wilcoxon, para comparar el rango medio de dos variables relacionadas procedentes de dos poblaciones que no se distribuyen normalmente; y un contraste paramétrico basado en la t de Student, para analizar la diferencia de medias poblacionales entre dos muestras que se distribuyen de forma normal.

En relación a la prueba de normalidad, las variables: autoestima post-intervención, ansiedad y depresión pre-intervención, sueño pre y post-intervención e impacto de la fibromialgia pre y post-intervención han mostrado no seguir una distribución normal ($p < .05$). Mientras que el resto de variables si lo hace ($p > .05$).

En cuanto a las pruebas Wilcoxon y t de Student, los resultados han mostrado ser significativos únicamente para la variable Sueño medida mediante el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQ).

Tal y como se puede observar en la tabla 2, la realización de la prueba Wilcoxon para la variable Sueño, permite rechazar la hipótesis nula, por lo que, se considera que existen diferencias significativas en esta variable entre la pre-intervención y post-intervención. Esto supone afirmar que ha habido un cambio significativo en dicha variable tras el tratamiento (Sig.= .047; $p < .05$).

Tabla 2. Prueba de Wilcoxon para la diferencia de medianas de la pre-intervención y post-intervención de la variable Sueño.

Variable	Ho	Sig	Decisión
Calidad de Sueño	La mediana de las diferencias entre Pre y Post es igual a 0	.047	Se rechaza la ho.

Nota: Ho (hipótesis nula), Sig. (significación).

La tabla 3 muestra el valor de la correlación lineal entre la variable sueño pre-intervención y la variable sueño post-intervención. Dicha correlación ha resultado ser significativa ($r = -.764$; $p = .046$). Además, la relación establecida entre estas variables es negativa, lo que implica que el tratamiento ha invertido la variable sueño en la paciente y que, por tanto, las alteraciones de sueño se habrían visto reducidas tras la intervención.

Tabla 3. Correlación entre la variable Sueño pre-intervención y Sueño post-intervención.

Variable	N	Correlación	Sig.
Calidad de Sueño	7	-.764	.046

Nota: N (tamaño muestral), Sig. (significación).

No se observó diferencias significativas para el resto de variables ($p > .05$).

7.4. Seguimiento

Se propone una sesión de seguimiento a los 3 meses y otra a los 6, con el fin de comprobar si los resultados obtenidos en la post-intervención se mantienen en el tiempo. Dichas sesiones tendrán lugar en la sede principal de AFIXA y constarán de dos partes, una parte de evaluación, en la cual se volverán a administrar los cuestionarios y una parte de repaso, donde, con la ayuda de una presentación Power Point, se volverán a repasar brevemente los contenidos del programa (véase anexo XXII). Además, en esta parte se entregará un documento con un resumen de los contenidos tratados y con ejemplos adaptados a su nivel para que los comprenda y los tenga presentes.

8. Discusión general y actuaciones futuras

De acuerdo con el análisis visual de los resultados, la paciente ha obtenido mejoras en: autoestima; estrés psicosocial percibido; optimismo disposicional; calidad de vida; adaptación psicológica a la enfermedad; depresión; gravedad de los síntomas; función física; dolor; función social; calidad del sueño; calidad subjetiva del sueño; latencia del sueño; duración del sueño; eficiencia habitual del sueño; alteraciones del sueño y uso de medicación para dormir. Estos resultados serían congruentes con los obtenidos en diferentes estudios, en los cuales, a través de un programa de educación para la salud y/o a través de la realización de ejercicio físico se han conseguido mejoras en el funcionamiento físico y mental de pacientes con FM y, por consiguiente, mejoras en la calidad de vida de los mismos (Bosch et al., 2002; García-Campayo et al., 2005; García-Bardón et al., 2006; Altan et al., 2009; Mayorga et al., 2010; Carson et al., 2010). Concretamente, estudios como los llevados a cabo por Haak y Scott (2008), Jones et al. (2012) o Cadenas-Sánchez y Ruiz-Ruiz (2014) demuestran cómo el incluir dentro de la terapia psicológica ejercicios físicos donde se trabajen cuerpo y mente, como son el Hatha Yoga o el Chi Kung, ayudarían a obtener mejores resultados en diferentes áreas relacionadas con la calidad de vida de los pacientes de fibromialgia, que es, por consiguiente lo que se ha visto en este estudio.

Si bien, no se han observado cambios en las variables: intensidad del dolor; índice de dolor generalizado; salud general; transición de salud y rol emocional. Además, se ha visto un deterioro en las puntuaciones de las variables: ansiedad; salud mental; vitalidad; y disfunción diurna. Estos resultados se pueden explicar por la influencia de variables extrañas, como que la paciente se encontraba a la espera de una serie de pruebas médicas sobre el estado de salud

de su hijo, o por el hecho de haber aplicado el programa de manera individual, dado que se ha observado que los programas de educación para la salud en formato grupal, obtienen mejoras en general y, especialmente, a nivel emocional (García-Campayo et al., 2005). Además, otra posible explicación viene por el hecho de que, tal y como El Instituto Ferran de Reumatología (s.f.) indica, los efectos de la realización de ejercicio físico no suelen verse de manera inmediata, ya que son necesarios meses de práctica, especialmente cuando se trata de ejercicios de corta duración, por lo que, sería necesaria una continuidad en un programa de ejercicio físico de este tipo y un seguimiento a más largo plazo.

Finalmente, señalar que adicionalmente al análisis visual, se llevó a cabo un análisis estadístico de los resultados, tras el cual se puede afirmar que ha habido una mejora significativa en la calidad de sueño de la paciente. Y, aunque ninguna otra diferencia resultó significativa, tal y como se ha comentado anteriormente, sí que existen diferencias pre y post-intervención a nivel visual, por lo que se considera que, tales cambios podrían resultar significativos en muestras más amplias de sujetos.

De este modo, se hace necesario aplicar el programa en muestras mayores, con el fin de comprobar su efectividad y poder así generalizarlo como un tratamiento habitual en fibromialgia.

9. Referencias y Bibliografía

- Acosta, J. M. (2008). *Gestión del estrés*. Barcelona: Bresca Editorial.
- Alegre de Miguel, C., García-Campayo, J., Tomás-Flórez, M., Gómez, J. M., Blanco, E., Gobbo, M. et al. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 108-121.
- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104, 771-776.
- Altan, L., Korkmaz, N., Bingöl, Ü. y Gunay, B. (2009). Effect of Pilates Training on People With Fibromyalgia Syndrome: A Pilot Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (12), 1983-1988.
- Aroca, J. M., Cano, M. S., Díez, J. A., Marín, J., Martínez, J. M., Martínez, J. M. et al. (2010). *Protocolo de Atención a Pacientes con Fibromialgia*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Arranz, L. I. (2010). *Fibromialgia: Nutrición y Calidad de Vida*. Barcelona: La Patumaire Edicions.
- Arranz, L. I. y Rafecas, M. (2012). *Estudio sobre el estado nutricional, calidad de vida, y capacidad funcional en pacientes con fibromialgia* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ED.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación de Divulgación de Fibromialgia (2010). *Los Cuentos de Mingabe*. Recuperado el 11 de noviembre de 2016, desde <http://fibro.info/cuentos-de-mingabe/>
- Beltrán Margarit, M. I. y Sierra, C. (2015). *Alimentación en Fibromialgia*. Madrid: Asociación de Fibromialgia de Madrid (AFIBROM).
- Bisquera, R. y Kluwe, W. (2009). *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Bleichmar, E. D. (1991). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, 283-287.
- Bonjoch, M. (s.f.). *Abordaje Social de la Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica*. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, desde http://www.parcdesalutmar.cat/mar/FB_SFC_social.pdf
- Bosch, E., Sáenz, N., Valls, M. y Viñolas, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con Fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 30 (1), 16-21.
- Branden, N. (2010). *Cómo mejorar su Autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Bucay, J. (2005). El Verdadero Valor del Anillo. En J. Bucay (dir.), *Déjame que te cuente* (pp. 23-25). Barcelona: RBA.
- Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud: Desarrollos actuales*. Murcia: Universidad de Murcia Publicaciones.
- Burckhardt C. S., Clark S. R. y Bennett R. M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18, 728-734.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Cadenas-Sánchez, C. y Ruiz-Ruiz, J. (2014). Efecto de un programa de actividad física en pacientes con fibromialgia: revisión sistemática. *Medicina clínica*, 143 (12), 548-553.
- Calle, R. (2002). *Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial EDAF.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Jones, K. D., Bennett, R. M., Wright, C. L. y Mist, S. D. (2010). A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain*, 151 (2), 530-539.
- Castro, B. y Straniero, C. M. (2009). *Optimismo: Análisis comparativo del LOT-R y ASQ-A en enfermos crónicos* (Tesis de pregrado). Universidad del Aconcagua, Argentina.
- Centro de Psicología: Psicoadapta (2016). *Distorsiones cognitivas ¿Qué son?*. Recuperado el 30 de noviembre de 2016, desde <http://www.psicoadapta.es/blog/distorsiones-cognitivas-pensamientos-irracionales/>
- Collado, A., Cuevas, M. D., Estrada, M. D., Flórez, M. T., Giner, V., Marín, J. et al. (2011). *Fibromialgia*. Madrid: DIN Impresores, S.L.
- Cuevas, F. (2012). *Fibromialgia-Relajación 10 min*. Recuperado el 2 de diciembre de 2016, desde <https://www.youtube.com/watch?v=mntZq02C898>
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Escudero, M., García, N., Prieto, M. A., Pérez, O., March, J. C. y López, M. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Reumatología Clínica*, 6, 16-22.

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). El proceso como procedimiento científico I: el proceso descriptivo-predictivo. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 61-87). Madrid: Pirámide.
- Galindo, L. (2015). *Pon el corazón en ser la mejor versión de ti*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, desde <https://www.youtube.com/watch?v=Q2FfwW2su54&t=142s>
- García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia: Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2, 538-543.
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C. et al. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y terapia grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73, 32 - 41.
- Garrido, M. I. (2016). *Guía Multidisciplinar de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple*. Jaén: Asociación de Fibromialgia de Jaén.
- Goldenberg, D. L. (2003). *Fibromialgia: una guía completa para comprender y aliviar el dolor*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- González de Rivera, J. L. y Morena, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: La adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Haak, T. y Scott, B. (2008). The effect of Qigong on fibromyalgia (FMS): a controlled randomized study. *Disabil Rehabil*, 30, 625-633.
- Hernández, A. M. y Cardona, J. A. (2015). Efecto de la fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, 2004-2014. *Revista Colombiana de Reumatología*, 22, 110-118.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Instituto Ferran de Reumatología (s.f.). *Un Programa de Ejercicio Para el Enfermo de Fibromialgia*. Recuperado el 9 de noviembre de 2016, desde http://www.institutferran.org/documentos/ejercicio_fm_ifr.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010). *FAMILEGAL: Los AUTOS de mi Vida*. Recuperado el 7 de diciembre de 2016, desde <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/22276/familegal-4.LOS+AUTOS+DE+MI+VIDApdf.pdf/5fe42cde-dbaa-418f-904f-3b2d4931bab3>
- Joan Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Jones, K. D., Sherman, C. A., Mist, S. D., Carson, J. W., Bennett, R. M. y Li, F. (2012). A randomized controlled trial of 8-form Tai chi improves symptoms and functional mobility in fibromyalgia patients. *Clin Rheumatol*, 31, 1205-1214.
- Macías, J. A. y Royuela, A. (1996). La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas*, 146, 465-472.
- Martín, A. (2012). *Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia: Taller de Autoestima*. Recuperado el 7 de diciembre de 2016, desde http://avafi.es/wp-content/uploads/2012/01/AVAFI-TALLER_DE_AUTOESTIMA4.pdf

- Martín, A. (2016). *Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia: El Apoyo Social y la Fibromialgia*. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, desde <http://www.avafi.es/index.php/el-apoyo-social-y-la-fibromialgia/>
- Martínez Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-león, A. y González Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.
- Mayorga, M. J., Fernández, I., Bullón, F., Morales, C., Herrera, J. y Moreno, E. (2010). Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (5), 227-232.
- Mejías, A., González, M. V. y Rodríguez, J. (2013). *Eficacia Del QiGong Vs. Fisioterapia Para Mejorar La Calidad De Vida De Pacientes Con Fibromialgia* (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 227-299.
- Mendieta, J. (2013). *Gabinete de Psicología M y M: Pensamiento Racional vs. Pensamiento Irracional*. Recuperado el 30 de noviembre de 2016, desde <https://www.gabinetedepsicologia-mm.com/2013/04/03/pensamiento-racional-vs-pensamiento-irracional-en-tiempos-de-crisis/>
- Milena Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C. et al. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, 16 (2), 129-138.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromialgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31 (9), 507-513.
- Moratalla, T. (2009). La Relación de Pareja en la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. Recuperado el 25 de noviembre de 2016, desde http://www.parcdesalutmar.cat/mar/FB_SFC_pareja.pdf
- Moyano, S., Kilstein, J. G. y Alegre de Miguel, C. (2014). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?. *Revista de Reumatología Clínica*, 11 (4), 210-214.
- Nager, V., Oviedo, M. A., Bueno, J. y Munguía, D. (2014). Efectos terapéuticos del yoga en la fibromialgia: revisión sistemática. *Movimiento Humano*, 6, 31-50.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Recuperado el 9 de noviembre de 2016, desde http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf
- Ortego, M. C., López, S. y Álvarez, M. L. (2010). *Ciencias Psicosociales I: Tema 13- El Apoyo Social*. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, desde <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pascual, A., García Campayo, J., Lou, S. e Ibáñez, J. A. (2004). Evaluación psicométrica de la fibromialgia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71/72, 13-21.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Ruiz López, R., Pagerols, M. y Ferrer, I. (1990). The spanish pain questionnaire. *Pain*, 5, 304-305.

- Ruiz, D., Cabello, R., Salguero, J. M., Palomera, R., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2013). *Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, S., Negredo, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Péres, M. (2010). *Violencia de género: Programa de Intervención para agresores (PRIA)*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Sala, A. (s.f.). *Nutrición en Fibromialgia y en el Síndrome de Fatiga Crónica*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016, desde http://www.parcdesalutmar.cat/mar/FB_SFC_nutricion.pdf
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Servicio de Neurología- Hospital Sanitas La Moraleja (s.f.). *Guía del Sueño*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016, desde http://www.hospitallamoraleja.es/pdf/pautas_higiene_sueno.pdf
- Sociedad Española de Reumatología (s.f.). *Decálogo de la SER Contra la Fibromialgia*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, desde <http://www.vanguardia.com.mx/25consejosparareducirtuestres-1805461.html>
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M. y Peri J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- The Secrets of Yoga (2016). *¿Qué es Hatha Yoga?*. Recuperado el 9 de noviembre de 2016, desde <http://es.thesecretsofyoga.com/?s=Hatha+Yoga>
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, M. F. y Grupo ICAF (2012). Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 107-114.
- Van-der Hofstadt, C. J. (2005). *El Libro de las Habilidades de Comunicación: Cómo Mejorar la Comunicación Personal (2ª Edición)*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Van Riel, C. y García, F. J. (2010). *Criterios preliminares de diagnóstico del Colegio Americano de Reumatología para la Fibromialgia y para la medición de la gravedad de sus síntomas*. Recuperado el 3 de noviembre de 2016, desde http://www.plataformafibromialgia.org/attachments/417_2010_ACR_FM_TRAD_FINAL%20-%20cvr-ferr.pdf
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M. et al. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J. y de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 11, 430-443.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I): Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Kazt, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62, 600-610.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

10. Anexos

Anexo I. Datos Recogidos en la Entrevista

Datos sociodemográficos importantes

Nombre y apellidos:

Estado civil:

Teléfono:

Ocupación:

Enfermedades significativas:

Medicación actual:

Motivo de consulta

Queja principal:

Historia del problema:

Antecedentes:

Consecuentes:

Duración del problema:

Frecuencia de ocurrencia:

Intentos anteriores por solucionarlo:

Intentos anteriores por solucionar otros problemas:

Eventos vitales:

Curso del problema

¿Con qué empeora?

¿Con qué mejora?

Situación actual

¿Cuáles son las habilidades de las que se siente orgulloso?

¿Qué le gustaría empezar a hacer o dejar de hacer?

¿Cómo pasa su tiempo libre?

¿Con qué actividad disfruta o se siente acompañado?

¿Se ha sentido bien últimamente? ¿en qué situaciones?

Otros datos de interés:

Análisis del problema y situación actual

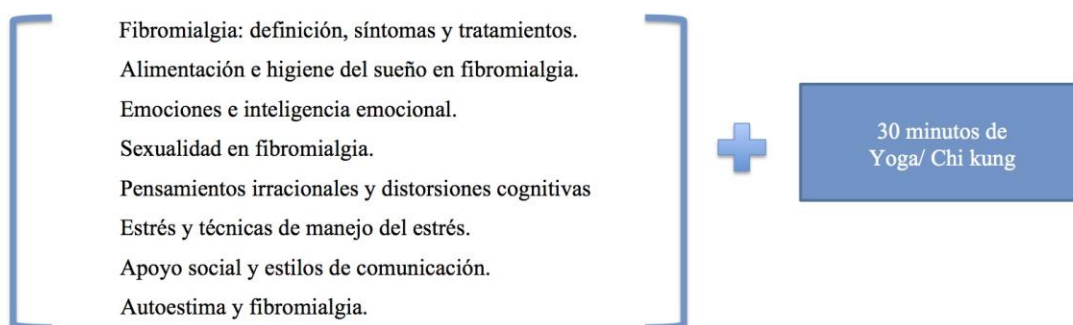
Anexo II. Dossier Informativo del Programa

Programa de Educación Sanitaria y Ejercicio Físico.

Duración: 8 sesiones.

2 sesiones a la semana de 1 hora y 40 minutos de duración cada una.

Contenidos del programa:



Objetivos del curso:

- Aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad y de algunos aspectos claves asociados a la misma.
- Fomentar la realización ejercicio físico.
- Conseguir mejoras en la calidad de vida de la persona.

Requisitos:

- Estar motivado para aprender.
- Ropa cómoda para la realización de ejercicio físico.

Datos de contacto:

Ana Molina Martínez.

Número de teléfono: 610855654

Correo electrónico: amm00145@red.ujaen.es

Anexo III. Consentimiento Informado para la Intervención

UNIVERSIDAD DE JAÉN

Departamento de Psicología

Jaén, __ de ____ de 2016

Estimada socia de AFIXA,

Como psicóloga colaboradora de la Asociación de Fibromialgia de Jaén y con la participación activa del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, estoy dirigiendo un Trabajo Fin de Máster, correspondiente a la línea de investigación del Máster en Psicología General Sanitaria. El objetivo de dicho estudio es analizar el impacto de un taller de educación para la salud y ejercicio físico en pacientes con fibromialgia.

Es por ello, por lo que solicito su colaboración en dicho taller, el cual será impartido los miércoles y viernes de 10:30 a 12:10 en las Instalaciones de AFIXA por la psicóloga y alumna de máster Ana Molina Martínez. Este taller tiene una duración de 1 mes, esto es, 10 sesiones (2 por semana) de 1 hora y 40 minutos de duración cada una, de las cuales la primera y última sesión irán destinadas a la cumplimentación de pruebas relacionadas con información acerca de su enfermedad, autoestima, calidad de vida, calidad del sueño, síntomas depresivos y ansiosos, estado de salud, optimismo, acontecimientos vitales estresantes, índice de dolor e impacto de la fibromialgia, y las 8 sesiones restantes irán dirigidas a trabajar los siguientes contenidos: qué es la fibromialgia y cuáles son sus tratamientos, alimentación e higiene del sueño, sexualidad, pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas, inteligencia emocional, técnicas de manejo del estrés, apoyo social y estilos de comunicación y autoestima. Estas 8 sesiones constarán de tres partes, una parte en la que se expondrán los contenidos teóricos anteriormente mencionados, otra en la que usted realizará diferentes actividades para fortalecer los conocimientos adquiridos durante la sesión y una última parte, que tendrá lugar en los 40 minutos restantes, donde junto a un profesional realizará ejercicios de Yoga o Chi Kung.

Quedando en todo momento, salvaguardado su derecho a la confidencialidad e intimidad de la información y datos proporcionados.

Aprovecho para recordarle que la participación en este programa no conlleva ningún tipo de riesgo para la salud física o mental y que es totalmente voluntaria y libre, de modo que usted podrá abandonarlo en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia.

Si está conforme con la participación, rogaría por favor firmara la autorización a pie de página.

Quedo a su disposición para cualquier consulta bien por teléfono (953212447), bien por correo electrónico (apulgar@ujaen.es).

Reciba un cordial saludo y gracias de antemano por su colaboración.

NOMBRE:

FIRMA:

Fdo. Ángeles Pulgar Buendía.

Área de Psicología. AFIXA

Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén.

Aviso legal:

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y su normativa de desarrollo, le informamos que disponemos de un fichero de tratamiento automatizado de datos según lo dispuesto en la normativa vigente cuya seguridad y confidencialidad está garantizada. Los datos nos los ha facilitado usted y en cualquier momento puede oponerse a la recepción de información de cualquier tipo o ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición mediante petición escrita al Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén. Campus Las Lagunillas s/no. 23071 Jaén; o bien por correo electrónico a apulgar@ujaen.es

Campus Las Lagunillas, Departamento de Psicología. Edif. C-5. Tlfno: 953 211997 Fax: 953 211881

Anexo IV. Presentación Power Point Sesión 1



¿Qué es la fibromialgia?



La fibromialgia se define como:

- Un tipo de dolor crónico.
- Un tipo de dolor generalizado que suele localizarse en: *músculos, tendones, articulaciones, ligamentos, huesos y/o cartílagos.*
- Un dolor con una causa desconocida, *donde no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen.*



Fibromialgia:

- Se calcula que entre el 2-5% de la población española padece fibromialgia, siendo una enfermedad más frecuente en mujeres que en hombres.




Causas de la fibromialgia:

Son desconocidas aunque existen diferentes hipótesis en relación a las mismas.

- Algunos autores defienden la existencia de alteraciones musculares y del sistema nervioso periférico.
- Otros hablan de alteraciones de los neurotransmisores del dolor y alteraciones neuroendocrinas.




Como factores desencadenantes se ha encontrado que la fibromialgia puede aparecer tras eventos traumáticos, infecciones y/o determinadas patologías. Concretamente el 50% de los pacientes de fibromialgia atribuyen la aparición de la misma a una lesión, infección, estrés o a un trauma emocional.

Síntomas en fibromialgia:



- El **dolor generalizado** es el síntoma principal en fibromialgia.
- Junto a éste pueden/suelen aparecer: *Fatiga, Rigidez, Alteraciones del sueño, Inflamación, Ansiedad, Depresión, Ataques de pánico, Colon irritable, Síntomas genitourinarios, Fenómeno de Raynaud, Intolerancia a fármacos y/o Síntomas vegetativos y funcionales.*

Anexo V. Presentación Power Point Sesión 2

Fibromialgia:
ALIMENTACIÓN E HIGIENE DEL SUEÑO.

Que tu Alimento sea tu Medicina, Y que tu Medicina sea tu Alimento
Hipócrates

DESPIERTO CON SUEÑO Y ME ACUESTO DESPIERTO

No tengo dolores. Suficiente cansancio y como si estuviéramos en una descomulgación. Una descomulgación que me asegura paz y tranquilidad. Una descomulgación que me asegura paz y tranquilidad. Una descomulgación que me asegura paz y tranquilidad.
Frida Kahlo

La importancia de una buena alimentación:

- * Cualquier persona debe preocuparse por su alimentación, si bien, en fibromialgia esto se hace especialmente importante debido a que:

"Una alimentación equilibrada aportará la energía, las vitaminas y los minerales imprescindibles para:"

mejorar la calidad de vida del enfermo:

Proporcionando un mejor estado anímico y una mayor vitalidad para la realización de actividades diarias y/o ejercicio físico.
Importancia de los antioxidantes en este sentido.

FIBROMIALGIA
NATURAS Y CAUSAS DE VIDA

evitar la aparición de complicaciones por carencias o excesos:

Un peso saludable ayuda a mejorar la sintomatología de la fibromialgia evitando la sobrecarga de los músculos y tendones.

Es preciso tener en cuenta que en muchas ocasiones los enfermos de fibromialgia, debido a las peculiaridades de su dolencia, pueden llegar a descuidar su alimentación.

A esto se unen el insomnio, el cansancio y/o la depresión, que no hacen sino dificultar aun más el autocuidado.




Nutrientes:

Nuestro organismo se alimenta de nutrientes, sin embargo, ningún alimento posee todos los nutrientes en cantidades suficientes para satisfacer dichas necesidades. De ahí la importancia de llevar una dieta variada y equilibrada y adquirir unos buenos hábitos alimentarios.

CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIENTES

Hidratos de Carbono	
Grasas:	
Saturadas, Insaturadas y colesterol.	
Proteínas:	
De origen Animal y de origen Vegetal	
Vitaminas:	
Hidrosolubles y Liposolubles	
Minerales	
Agua	

Dieta equilibrada:

Para llevar una dieta equilibrada es necesario comer todos los grupos alimentarios ya que cada uno aporta algo esencial a nuestro organismo.



Grupo 1: leche y derivados; quesos y yogur. (Alimentos plásticos o formadores)

Grupo 2: carne, huevos y pescado. (Alimentos plásticos o formadores)

Grupo 3: patatas, legumbres y frutos secos. (Alimentos energéticos)

Grupo 4: verdura y hortalizas. (Alimentos reguladores)

Grupo 5: frutas. (Alimentos reguladores)

Grupo 6: pan, pasta, cereales, azúcar y dulces. (Alimentos energéticos)

Grupo 7: grasas, aceite y mantequilla. (Alimentos energéticos)

Dieta equilibrada:

La **pirámide de los alimentos** proporciona una idea de las raciones diarias que se deben tomar de cada grupo alimentario.



Alimentos indicados para determinados síntomas:

En fibromialgia se pueden presentar determinados síntomas fisiológicos, tales como estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, odinofagia (dolor de garganta al tragar fluidos), cefalea, dolor menstrual, y/o trastornos del sueño. El uso adecuado de la alimentación puede ayudar en su alivio y mejora.

Por ejemplo:

ESTREÑIMIENTO

Alimentos indicados

Frutas frescas (manzanas, cítricos, fresas,...). Hortalizas (tomate, alcachofas, cebollas,...). Legumbres (judía seca, guisantes,...). Cereales (centeno, avena, cebada,...). Cereales integrales. Productos derivados del arroz.

Alimentos que se deben evitar

Azúcar y alimentos muy refinados

Consejos

Beber agua en ayunas, zumo de naranja. Ingerir ciruelas.

DIARREA

Alimentos indicados

Lleche sin lactosa, yogur natural desnatado, queso fresco. Pescado blanco, pollo, pavo, ternera, jamón cocido, clara de huevo cocida. Zanahoria y caldo de verduras. Zumo de manzana, manzana y pera hervida o al horno, plátano muy maduro y membrillo. Patata, arroz, sémola de arroz, pasta italiana, pan tostado.

Acetate en pequeñas cantidades.

Cociones

Hervido, vapor o plancha.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Alimentos indicados

Todos los grupos de alimentos.

Dieta con suficientes proteínas (huevo, jamón cocido, pavo, pescado azul, leche y derivados, guisantes, soja, calabaza, fruta seca, etc.).

Alimentos que debe evitar

Café, té, bebidas de cola, mate, guaraná, vino, cerveza, sidra, licores.

Potenciar

Ingesta de magnesio (granos integrales, verduras de hoja verde, fruta seca).

Consejos

Comprobar que no se tienen alergias alimentarias.

Recomendaciones

Cenas moderadas a base de cereales, patatas, legumbres, una pequeña cantidad de aceite de oliva crudo (preferentemente virgen) y una pequeña cantidad de proteína, un par de horas antes de ir a dormir.

Más información sobre alimentación en fibromialgia en:



ALIMENTACIÓN EN FIBROMIALGIA
Escrito por Dra. M^a Isabel Bellón Margall y Clara Sierra para Aflorim

LA NUTRICIÓN EN LA FIBROMIALGIA Y EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
Autor: Andrés Ruiz Pérez
Dietista en Nutrición y Dietética. Barcelona

Higiene del sueño:



Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos de sueño y, de este modo, hacer frente a uno de los síntomas más frecuentes en fibromialgia.



Algunas recomendaciones:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente.
3. Evitar la siesta.
4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína.
5. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
6. Realizar ejercicio regularmente, siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
7. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
8. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño.
9. Evitar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
10. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno.



DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES.

Anexo VI. Recomendaciones Sesión 2 Alimentación e Higiene del Sueño

RECOMENDACIONES SOBRE LOS ALIMENTOS:

- Siempre que puedas utiliza **alimentos frescos**. Evita las comidas preparadas y los platos precocinados.
- **No consumas demasiados alimentos de origen animal**, porque pudieran incrementar la posibilidad de manifestar una respuesta inflamatoria.
- Toma las **verduras cocidas o hervidas**. Aunque crudas tienen mayor poder nutricional, son más difíciles de digerir.
- Consume **más pescado que carne**. El pescado azul te aporta los llamados ácidos esenciales Omega-3, sumamente necesarios para mantener un buen estado de salud. El arenque, el atún, el salmón, la trucha y la caballa son las variedades más ricas en estos ácidos.
- Decántate por las **carnes más melosas** que, además, son más fácilmente digeribles, y evita las muy correosas o con fibras duras.
- A la hora de elegir alimentos, opta mejor por todos aquellos que puedan cortarse sin cuchillo.
- Procura que tus **guisos sean simples**. A la hora de elaborarlos no utilices demasiados productos ni condimentos, ni formas de preparación muy complejas.
- **Bebe un litro y medio de líquidos** cada día (o dos litros en épocas de calor), preferentemente agua. Es más recomendable hacerlo entre horas y beber poca cantidad durante las comidas. Aunque el agua no tiene calorías y por lo tanto no engorda, sí aumenta el volumen del estómago y puede provocar ciertas molestias. La medicación empleada para aliviar los síntomas de la Fibromialgia puede ocasionar que la boca esté reseca, por eso también es sumamente importante que cada diez o quince minutos tomes pequeños sorbos de agua.
- **Evita el alcohol**. En todo caso, toma alguna pequeña cantidad de mosto en las comidas, que puede ayudar a incrementar el apetito.
- **Reduce el consumo de sal** en tu mesa. En cantidades excesivas provoca edema e hinchazón, que se incluirían a las ya largas molestias típicas de este reumatismo crónico. Limita igualmente el consumo de comidas procesadas, ya que son muy ricas en sodio.

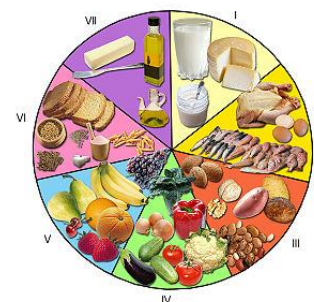
Las carnes de lata, las sopas de sobre, los tomates y vegetales enlatados y las patatas chips, son otros ejemplos de productos con alto contenido en sodio.

RECOMENDACIONES EN TUS COMIDAS:

DESAYUNO : Huye del desayuno rápido y en poca cantidad. La primera comida del día debe contener entre el 20 y el 25% de las calorías totales diarias. Puedes comenzar con un vaso de zumo natural y una pequeña cantidad de cereales integrales, y continuar con un vaso de leche (con algo de café, té o cereales para disolver) acompañado de una tostada con aceite de oliva. Una ingesta que incluya los ingredientes básicos te asegurará poder hacer frente a tus tareas físicas e intelectuales. Algunas personas aseguran sentir gran bienestar si desayunan varias de fruta fresca seguidas de un tazón de leche.

COMIDA : Platos nutritivos y bajos en grasa es la base de una comida equilibrada. Pero debes asegurarte que contienen los carbohidratos (pan, pastas, arroz, legumbres, etc.) suficientes para obtener la energía necesaria. Un plato de pasta o de verduras, seguido de una pieza de carne magra, puede ser la opción. Prepara la comida en casa y evita los platos precocinados.

CENA : Reserva las ensaladas (la lechuga ayuda a combatir el insomnio) y el pescado para este momento del día. La cena debe ser comedida y no copiosa para asegurar el descanso nocturno. No tomes alimentos grasos ni condimentados porque te provocarán molestias en el estómago y te impedirán tener un sueño reparador.



Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos de sueño y romper con la creencia de que “estos factores ni me afectan ni son importantes”.

Medidas de higiene del sueño:

- 1. Mantener un horario fijo** para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
- 2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente**, adaptándolo a las necesidades reales del sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
- 3. Evitar la siesta.** En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor a 30 minutos.
- 4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína.** Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
- 5. El alcohol y el tabaco**, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
- 6. Realizar ejercicio regularmente**, durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
- 7. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable** y con unos niveles mínimos de luz y ruido
- 8. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño.** Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena. Si se está acostumbrando a ello, tomar algo ligero antes de la hora de acostarse (por ejemplo, galletas, leche o queso), no tomar chocolate, grandes cantidades de azúcar y líquidos en exceso. Si se despierta a mitad de la noche, no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.
- 9. Evitar en la cama actividades** tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
- 10. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador** en las dos horas previas al sueño nocturno.



Anexo VII. Presentación Power Point Sesión 3



"Si no controlas tus habilidades emocionales, si no eres capaz de controlar tus emociones estresantes, si no puedes tener empatía y relaciones efectivas, entonces no importa lo inteligente que seas, no vas a llegar muy lejos". *Daniel Goleman*

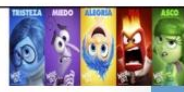
Identificación y Expresión de Emociones.

Taller de Educación en Fibromialgia.

<<De nada sirve que la razón se adelante si el corazón se queda atrás.>>



¿Qué es una emoción?



- Es un sentimiento que aparece como reacción ante una situación o ante un pensamiento.
- Las emociones tienen varios componentes:
 - Componente **psicológico** (me siento alegre, triste, enojado...).
 - Componente **orgánico o fisiológico** (lo que nos ocurre en el cuerpo, ej: tensión, sudoración...).
 - Componente **no verbal** (los gestos, las posturas, la mirada).
 - Significado social.



Relación entre emoción-pensamiento-conducta:



Se trata de relaciones bidireccionales.

No existen pensamientos, emociones o acciones aisladas. Siempre están presentes los tres vértices del triángulo, aunque a veces no seamos capaces de percibirlo.

Intensidad de las emociones:

- Las emociones pueden presentarse en menor o mayor grado.
- Por lo general, percibimos mejor las emociones más intensas, si bien, debemos **prestar atención a todas las emociones** ya que, las de menor intensidad se experimentan más frecuentemente en nuestra vida.

CONSULTAR LISTADO DE EMOCIONES.



Conciencia e inteligencia emocional:

- Tal vez hayas escuchado hablar alguna vez sobre conciencia emocional o inteligencia emocional, pero ¿Qué significan estos términos?
- Conciencia emocional** es la capacidad de reconocer nuestras propias emociones. Si bien, no basta con reconocerlas ya que debemos expresarlas.

Reprimir las emociones hace que se "enquisten" provocando un estado de continuo malestar. De ahí la importancia de expresar todo aquello que sentimos.

Para expresar dichas emociones es muy importante saber adaptarnos a la situación en la que nos encontramos.



Conciencia e inteligencia emocional:

- El concepto de **Inteligencia Emocional** abarca estas tres grandes capacidades:

Reconocer nuestras emociones (Conciencia emocional).

➡

Controlar nuestras emociones.

➡

Expresar de manera socialmente adecuada dichas emociones.
- Si bien, es un concepto muy amplio que incluye además otras capacidades como son:
 - Reconocer nuestras emociones.
 - Autocontrol emocional.
 - Automotivación: optimismo e iniciativa.
 - Empatía.
 - Competencia social.

"ponerse en los zapatos del otro"



¿Por qué es importante la inteligencia emocional?

- Ayuda a relacionarse mejor con los demás. Las personas con una alta inteligencia emocional son más capaces de expresar lo que sienten a los demás y entender lo que sienten los otros.
- Ayuda a triunfar en todas aquellas áreas de la vida que implican relacionarse con los demás.
- Ayuda a mantener una mejor salud al ser capaces de manejar mejor el estrés y las emociones negativas (como ansiedad), sin dejar que les afecten en exceso o durante demasiado tiempo.



DURANTE ESTA SESIÓN, POR TANTO, VAMOS A TRABAJAR CON LAS EMOCIONES.



Anexo VIII. Actividad Imágenes Sesión 3

¿Qué emociones pueden estar sintiendo los protagonistas de las siguientes imágenes?



Anexo IX. Actividad Situaciones Sesión 3

LEE ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES SITUACIONES Y A CONTINUACIÓN UNE CADA EMOCIÓN CON UNA FORMA DE ACTUAR.

Situación 1: A Sonsoles le acaban de diagnosticar fibromialgia.

EMOCIONES	FORMAS DE ACTUAR
MIEDO	DECIDE PONER UNA HOJA DE RECLAMACIONES A SU MÉDICO PUES ASEGURA QUE ESE DIAGNÓSTICO ES ERRÓNEO.
IRA	DECIDE NO CONTARLO A NADIE PORQUE NADIE LA VA A ENTENDER.
SOLEDAD	DECIDE BUSCAR EN INTERNET PUES NO SABE LO QUE ESTA ENFERMEDAD CONLLEVA.

Situación 2: Sonsoles escucha a sus amigas hablando de la fibromialgia como un problema mental.

EMOCIONES	FORMAS DE ACTUAR
ENFADO	DECIDE NO VOLVER A HABLAR A SUS AMIGAS.
INDIFERENCIA	SABE QUE SU ENFERMEDAD ES REAL Y DECIDE HABLAR CON SUS AMIGAS Y EXPLICARLES EN QUE CONSISTE REALMENTE.
TRANQUILIDAD	LE DA IGUAL, PASA COMPLETAMENTE DE LO QUE PIENSEN LOS DEMÁS.

Anexo X. Presentación Power Point Sesión 4



Fibromialgia y Sexualidad

Taller de Educación en Fibromialgia.

"Ser víctima de un amor incompleto. Amar, sin algunos de sus tres componentes principales: Eros (deseo), Philia (amistad) y Agape (ternura), conlleva, tarde que temprano, al sufrimiento".

-Gale Crutcher
"Para no sufrir de amor"
Módulo 2004



¿Cómo afecta la fibromialgia a la sexualidad?

- El paciente de fibromialgia tiene que enfrentarse, día a día, a diferentes dificultades. Entre éstas, se suelen encontrar dificultades en el ámbito sexual.
- Se ha comprobado que más del 90% de la población con fibromialgia presenta dificultades para mantener relaciones sexuales.
- Además, algunos estudios realizados con parejas afectadas han revelado que:

- La mayoría define sus relaciones sexuales como escasas e insatisfactorias.
- La media en cuanto a la frecuencia es de 1 vez cada dos meses.
- Cuando se tienen relaciones, éstas son menos satisfactorias.
- La disfunción sexual es frecuente en este tipo de pacientes.



¿Por qué aparecen dificultades en el ámbito sexual?

Las causas pueden ser varias:

-Los **síntomas**, como el dolor, la fatiga, la rigidez y cualquier otro síntoma asociado, ya que provocan malestar en la persona. A todo ello se añade el temor a sentir dolor (que puede ocasionar vaginismo) y/o fatiga y agotamiento durante o después de la relación.

-La **medicación**, dado que puede tener efectos secundarios negativos en cuanto a la función sexual.

Algunos de los síntomas derivados relacionados con la sexualidad son:

- Inhibición del deseo.
- Anorgasmia.
- Dolor genital.
- Dificultades de concentración en las relaciones sexuales.
- Incapacidad para relajarse.



-El **conflicto con la pareja y la insatisfacción**, ya que ambos crean un marco de relación que imposibilita el acercamiento.



Consecuencias de las dificultades en el ámbito sexual:

- Las consecuencias no son solamente individuales, sino que **afectan a todo el área de la relación de pareja**.
- Es muy **frustrante para ambos**, tener que asumir una reducción en la frecuencia de las relaciones, así como una disminución en la respuesta sexual en cuanto a satisfacción, a consecuencia de una enfermedad.



¿Qué se puede hacer?

Algunos consejos son:

- Aprender a escuchar a nuestro propio cuerpo.** Atendiendo a las sensaciones corporales (por ejemplo, si se está cansado, si hay la percepción del dolor es menor...), de esta forma nos podemos asegurar de la idoneidad para mantener relaciones sexuales.
- Aprender a no ponernos límites.** No estamos obligados a llegar hasta el final de la relación sexual, cabe la posibilidad de que, a medio camino, veamos que no estamos del todo dispuestos. Este es el momento de parar y aplazarlo para otro momento.
- Entender la sexualidad como un concepto más amplio que la genitalidad**, donde existe la necesidad de afecto, de contacto a través del tacto, de las caricias, besos y abrazos.



¿Qué se puede hacer?

- Compartir con la pareja** todo lo referente a la enfermedad y a cómo nos sentimos.
- Comunicar** al otro los miedos y los temores en cuanto a la relación sexual y de pareja.
- Expresar las necesidades** de cada uno, para que puedan ser atendidas por el otro.
- Consultar a los profesionales** acerca de lo que pueda preocuparnos, en una búsqueda de ayuda para ambos.
- Reeducarse en la búsqueda** de nuevas prácticas sexuales facilitadoras de la relación, a la vez que más satisfactorias.
- Priorizar la relación** tanto de pareja como sexual, buscando espacios y tiempos para ello.



Anexo XI. Actividad Situaciones Sesión 4

LEE ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES SITUACIONES Y, A CONTINUACIÓN, EXPRESA QUÉ PUEDE HACER LA PROTAGONISTA PARA RESOLVER LOS CONFLICTOS QUE SE LE PRESENTAN.

Si lo necesitas puedes ayudarte del resumen de la sesión.

Situación 1: Alicia ha empezado a intimar con su pareja, sin embargo, no se siente cómoda y no quiere seguir.

Situación 2: Alicia cree que hoy es el día adecuado para mantener relaciones sexuales con su pareja, sin embargo, tiene miedo de empezar a sentir dolor en algún momento y por ello decide no decir nada a su pareja.

Anexo XII. Presentación Power Point Sesión 5



Pensamientos Irracionales y Distorsiones Cognitivas.

Taller de Educación en Fibromialgia.

"La perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones que le damos a esas situaciones"

Albert Ellis



- Muchas veces son **nuestros propios pensamientos los responsables de que nos sintamos mal.**
- Nuestra **mente es muy buena distorsionando** la realidad, de modo que en muchas ocasiones damos gran importancia o exageramos lo que nos ocurre.
- El primer paso para evitar esto, es **saber qué son y cómo reconocer los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas.**

Así que... Vamos a ello...



¿Qué es un pensamiento irracional?

- Un **pensamiento irracional** es aquel que se basa en **opiniones, deseos y creencias** en lugar de en hechos.
- Por tanto, a diferencia de los pensamientos racionales, los **pensamientos irracionales** no están apoyados en datos y **no se pueden comprobar.**
- Son **rígidos y poco realistas**, y suelen incluir contenidos acerca de:
 - ❖ **Nosotros mismos** (por ejemplo: "soy débil, soy incompetente, los demás no me respetan, no valgo nada...").
 - ❖ **Los demás** (por ejemplo: "la gente no es de fiar, la gente me puede hacer daño...").
 - ❖ **La vida y el mundo** (por ejemplo: "la vida es muy dura, la vida es absurda, este mundo es un asco...").

DOCUMENTO PENSAMIENTOS RACIONALES E IRRACIONALES.



¿Qué es una distorsión cognitiva?

- Una **distorsión cognitiva** es una **forma de pensamiento irracional** que aparece cuando interpretamos la realidad de manera errónea.
- Existen **diferentes formas de distorsiones cognitivas**, entre éstas se encuentran:
 - **Pensamiento dicotómico (todo o nada):** ocurre cuando percibimos la realidad en términos absolutos, o algo es blanco o es negro, o es bueno o es malo, o es todo o es nada. Sin tener en cuenta que pueden existir puntos intermedios.
Por ejemplo: *Maria piensa que debido a su enfermedad (fibromialgia) ya no puede hacer nada de ejercicio.*



Tipos de distorsiones cognitivas:

- **Sobregeneralización:** consiste en extraer conclusiones generalizadas a partir de hechos aislados.
Por ejemplo: *Maria piensa que por su enfermedad (fibromialgia) ya no puede mantener relaciones íntimas con su pareja, dado que, un día sintió tanto dolor que tuvo que dejar de intimar con su pareja.*
- **Lectura del pensamiento:** son "adivinaciones" de cómo se sienten o piensan los demás.
Por ejemplo: *Maria piensa que su marido se siente decepcionado con ella dado que el otro día estaba muy serio.*




Tipos de distorsiones cognitivas:

- **Visión catastrófica:** consiste en imaginar el peor resultado posible independientemente de su probabilidad de ocurrencia. Continuamente se espera el desastre y todo se ve de color negro.
Por ejemplo: *Maria piensa que debido a su enfermedad (fibromialgia) se va a quedar sola, sin amigos, sin su marido y sin sus hijos.*
- **Magnificación y minimización:** consiste en incrementar la magnitud (sobrestimar) de los sucesos negativos y minimizar (subestimar) la de los positivos.
Por ejemplo: *Maria cree que la pelea que el otro día tuvo con su marido es lo peor que le ha pasado en mucho tiempo y que aunque su marido acabó abrazándola y disculpándose, sigue muy enfadado con ella.*



Tipos de distorsiones cognitivas:

- **Personalización:** es la atribución personal de sucesos externos.

Por ejemplo: *Maria piensa que por su culpa y la de su enfermedad, sus hijos están sacando malas notas en el colegio.*

- **Razonamiento emocional:** ocurre cuando interpretamos la realidad basándonos en cómo nos sentimos.

Por ejemplo: *Maria asegura ser incapaz de salir hoy de la cama (Maria se siente incapaz y por eso decide no salir de la cama, sin embargo si se lo propone podrá conseguirlo).*



Tipos de distorsiones cognitivas:

- **Los "debería":** ocurre cuando la persona posee una lista de normas rígidas y absolutas acerca de lo que se debe o no se debe hacer.

Por ejemplo: *Maria cree que con su enfermedad no se debe hacer ejercicio físico y que toda su familia debería entenderlo.*



Las distorsiones cognitivas:

* Estos son solo algunos ejemplos de **distorsiones cognitivas** que las personas **utilizamos en nuestro día a día** casi sin darnos cuenta.

* Estas distorsiones son las **responsables** de que en determinadas ocasiones nos **sintamos mal** o **actuemos de forma inapropiada**.

* El aprender qué son los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas es el **primer paso para reconocerlos** y **de este modo tratar de corregirlos**.



DOCUMENTO
RECOMENDACIONES PARA
CASA.

AHORA VAMOS A TRABAJAR CON LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y LOS TIPOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS.



Anexo XIII. Actividad Distorsiones Sesión 5

LEE ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DISTORSIONES COGNITIVAS E INDICA A QUÉ TIPO PERTENECEN.

SI LO NECESITAS PUEDES AYUDARTE DEL DOCUMENTO DONDE SE EXPLICAN LOS TIPOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS.

1. Me siento culpable de mi enfermedad.
2. Mis amigos, si de verdad me quieren, deberían informarse acerca de la fibromialgia.
3. Al final mi marido se cansará de mí y se irá con una mujer sin fibromialgia.
4. La fibromialgia me está volviendo loca.
5. Mis amigos se ríen de mí y de mi enfermedad.
6. Hoy los medicamentos no me han hecho efecto, ya no me funcionarán nunca más.
7. O hago hoy las tareas de la casa o no las hago.
8. Hoy no me he movido de la casa, soy un desastre.

Anexo XIV. Recomendaciones Sesión 5**DISTORSIONES COGNITIVAS*****¿Qué puedo hacer yo en casa para reconocerlas y corregirlas?***

- Ser **conscientes de que la forma en que percibimos el mundo es solo una de las posibles formas**, no la nuestra tiene porque ser la correcta. Es útil pensar qué alternativas hay, qué pensaría otra persona si lo viera desde fuera e intentar analizar la situación de manera objetiva, sin dejarnos llevar por las emociones. Intentar observar si podemos estar cometiendo alguna distorsión de las enumeradas y si identificamos una intentar buscar un pensamiento alternativo más adecuado o proporcionado a la situación.
- Tenemos que **pensar que no es que un problema no tenga solución**, sino que simplemente nosotros aún no hemos sido capaces de encontrarla y que por lo tanto hay que plantearse métodos diferentes y abrir fronteras.
- Debemos **estar abiertos a cuestionarnos**, no siempre podemos aplicar las mismas reglas a todas las situaciones, debemos aprender a adaptarnos, a cuestionar nuestros modelos y pensamientos de vez en cuando.
- Siempre **observar** el diálogo interno, que nos decimos a nosotros mismos cuando algo va mal. Intentar convertir nuestro discurso en algo realista, evaluando las pruebas y los datos antes de extrapolar conclusiones. Y ser conscientes de que estas conclusiones, incluso con pruebas, pueden ser erróneas.

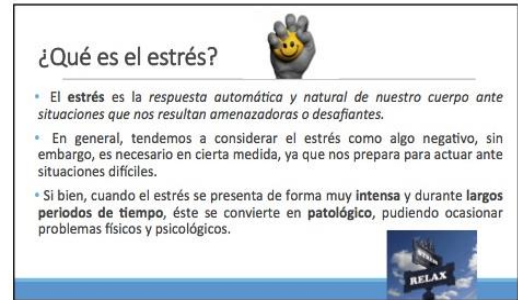


Anexo XV. Presentación Power Point Sesión 6



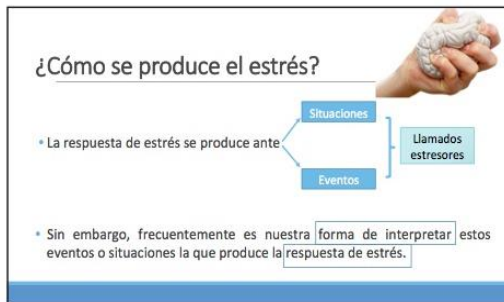
**Manejo del estrés:
Relajación y Respiración.**

Taller de Educación en Fibromialgia.



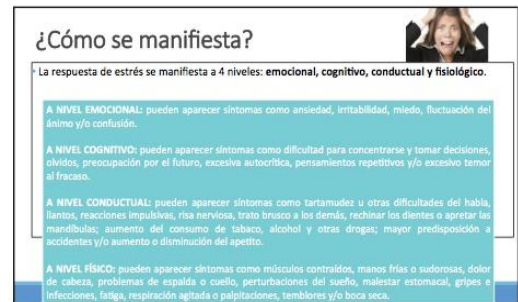
¿Qué es el estrés?

- El **estrés** es la *respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes*.
- En general, tendemos a considerar el estrés como algo negativo, sin embargo, es necesario en cierta medida, ya que nos prepara para actuar ante situaciones difíciles.
- Si bien, cuando el estrés se presenta de forma muy intensa y durante **largos periodos de tiempo**, éste se convierte en **patológico**, pudiendo ocasionar problemas físicos y psicológicos.



¿Cómo se produce el estrés?

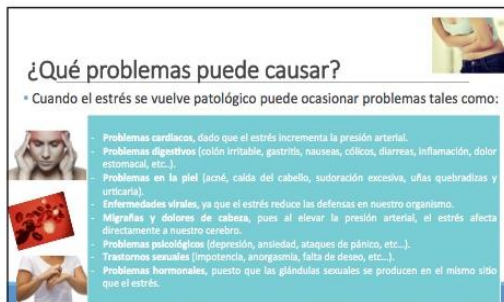
- La respuesta de estrés se produce ante
 - Situaciones
 - Eventos
 Llamados estresores
- Sin embargo, frecuentemente es nuestra forma de interpretar estos eventos o situaciones la que produce la respuesta de estrés.



¿Cómo se manifiesta?

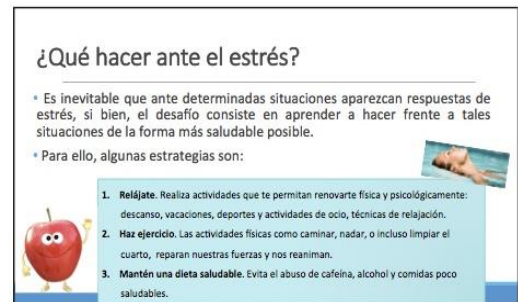
La respuesta de estrés se manifiesta a 4 niveles: **emocional, cognitivo, conductual y fisiológico**.

- NIVEL EMOCIONAL:** pueden aparecer síntomas como ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo y/o confusión.
- NIVEL COGNITIVO:** pueden aparecer síntomas como dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, excesiva autocrítica, pensamientos repetitivos y/o excesivo temor al fracaso.
- NIVEL CONDUCTUAL:** pueden aparecer síntomas como tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas; aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; mayor predisposición a accidentes y/o aumento o disminución del apetito.
- NIVEL FÍSICO:** pueden aparecer síntomas como músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores y/o boca seca.



¿Qué problemas puede causar?

- Cuando el estrés se vuelve patológico puede ocasionar problemas tales como:
 - Problemas cardíacos, dado que el estrés incrementa la presión arterial.
 - Problemas digestivos (colón irritable, gastritis, náuseas, cólicos, diarreas, inflamación, dolor estomacal, etc.).
 - Problemas en la piel (acné, caída del cabello, sudoración excesiva, uñas quebradizas y urticaria).
 - Enfermedades virales, ya que el estrés reduce las defensas en nuestro organismo.
 - Migrañas y dolores de cabeza, pues al elevar la presión arterial, el estrés afecta directamente a nuestro cerebro.
 - Problemas psicológicos (depresión, ansiedad, ataques de pánico, etc.).
 - Trastornos sexuales (impotencia, anorgasnia, falta de deseo, etc.).
 - Problemas hormonales, puesto que las glándulas sexuales se producen en el mismo sitio que el estrés.



¿Qué hacer ante el estrés?

- Es inevitable que ante determinadas situaciones aparezcan respuestas de estrés, si bien, el desafío consiste en aprender a hacer frente a tales situaciones de la forma más saludable posible.
- Para ello, algunas estrategias son:
 - Relájate.** Realiza actividades que te permitan renovarte física y psicológicamente: descanso, vacaciones, deportes y actividades de ocio, técnicas de relajación.
 - Haz ejercicio.** Las actividades físicas como caminar, nadar, o incluso limpiar el cuarto, reparan nuestras fuerzas y nos reaniman.
 - Mantén una dieta saludable.** Evita el abuso de caféina, alcohol y comidas poco saludables.

¿Qué hacer ante el estrés?



4. **Sé asertivo.** Establece límites y aprende a decir que «no». Suspendiendo todas aquellas actividades que son menos prioritarias.
5. **Organiza tu tiempo.** Prioriza y estructura tus actividades y expectativas.
6. **Intenta mantener expectativas realistas.** Esperar demasiado de uno mismo o de los demás, exigirse perfección o ser inflexible con las prioridades puede generar mucha frustración.
7. **Comparte tus emociones.** Busca alguien con quien conversar y expresar tus emociones, tanto la risa como la pena y la rabia.
8. **Anticipa las situaciones estresantes y prepárate.** Imagina la situación (una entrevista de trabajo, por ejemplo) y practica tus respuestas y reacciones para estar preparado.
9. **Ordena tu espacio personal.** Cambia tu ambiente físico de manera que te ayude a trabajar y descansar mejor.

La relajación.



- Las técnicas de relajación nos pueden ayudar a reducir los niveles de estrés, ya que la relajación **conduce a un estado en el que se reduce la activación general del organismo.**
- Esta reducción de la activación conlleva **beneficios** tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica.
- Si bien, aunque parece algo sencillo, la relajación es una técnica que se aprende con la práctica. Cuanto más se practique, mejores resultados se obtendrán.



La respiración.



- La respiración está relacionada con los niveles de estrés, de tal modo que **la forma en que respiramos puede conllevar una mayor o menor activación** del organismo (hiperventilación/ respiración profunda abdominal).
- En la mayoría de las ocasiones respiramos de forma automática y superficial y no tenemos en cuenta que los **malos hábitos de respiración pueden provocar consecuencias negativas** para la salud, ya que nuestro cuerpo no puede funcionar en todo su potencial sin la cantidad adecuada de oxígeno y la eliminación adecuada de dióxido de carbono.
- Podemos **aliviar muchas dolencias** simplemente haciendo un esfuerzo consciente de respirar lenta y profundamente. Concretamente, la práctica de la respiración consciente nos puede ayudar a mejorar el sueño, reducir el estrés y mejorar la salud en general.
- Si bien, aunque parece algo sencillo, aprender a respirar de una forma adecuada requiere de práctica.

AHORA VAMOS A PRACTICAR ESTO DE LA RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN.



Anexo XVI. Recomendaciones Sesión 6***¿Cómo podemos aprender a manejar el estrés?***

Es inevitable que ante determinadas situaciones aparezcan respuestas de estrés, si bien, el desafío consiste en aprender a hacer frente a tales situaciones de la forma más saludable posible.

Para ello, algunas estrategias son:

- 1. Relájate.** Realiza actividades que te permitan renovarte física y psicológicamente: descanso, vacaciones, deportes y actividades de ocio, técnicas de relajación.
- 2. Haz ejercicio.** Las actividades físicas como caminar, nadar, o incluso limpiar el cuarto, reparan nuestras fuerzas y nos reaniman.
- 3. Mantén una dieta saludable.** Evita el abuso de cafeína, alcohol y comidas poco saludables.
- 4. Sé asertivo.** Establece límites y aprende a decir que «no». Suspendiendo todas aquellas actividades que son menos prioritarias.
- 5. Organiza tu tiempo.** Prioriza y estructura tus actividades y expectativas.
- 6. Intenta mantener expectativas realistas.** Esperar demasiado de uno mismo o de los demás, exigirte perfección o ser inflexible con las prioridades puede generar mucha frustración.
- 7. Comparte tus emociones.** Busca alguien con quien conversar y expresar tus emociones, tanto la risa como la pena y la rabia.
- 8. Anticipa las situaciones estresantes y prepárate.** Imagina la situación (una entrevista de trabajo, por ejemplo) y practica tus respuestas y reacciones para estar preparado.
- 9. Ordena tu espacio personal.** Cambia tu ambiente físico de manera que te ayude a trabajar y descansar mejor.



Anexo XVII. Presentación Power Point Sesión 7



Apoyo Social Y Estilos De Comunicación.

Taller de Educación en Fibromialgia.



¿Qué es el apoyo social?



- El apoyo social puede definirse como todas aquellas **interacciones o relaciones sociales** que nos ofrecen **ayuda real y/o sentimientos de conexión**.
- Por tanto, el apoyo social incluye **dos aspectos** principales: **conexión** (con la otra persona o grupo de personas) y **ayuda mutua**.

¿Quién proporciona este apoyo?

- Las **fuentes de apoyo social** son **muy variadas**: familia, amigos, jefes, compañeros de trabajo, vecinos, profesionales de la salud, miembros de una comunidad (por ejemplo miembros de una asociación), etc.



¿Qué funciones desempeña el apoyo social?

El apoyo social desempeña 3 funciones principales




- Proporcionar apoyo emocional:** Este tipo de apoyo es el que más beneficios tiene para la salud y está relacionado principalmente con el área afectiva y la expresión de emociones.

Un ejemplo de apoyo emocional sería el proporcionado por tu marido cuando en los días en que te sientes peor te escucha, te comprende, te cuida y hace todo lo posible por ayudarte.

El apoyo social desempeña 3 funciones principales



- Proporcionar apoyo informacional:** Las personas que están a nuestro alrededor pueden proporcionarnos información y darnos pistas sobre cómo interpretar un problema o cómo afrontarlo.

Un ejemplo de este apoyo sería el que proporciona el médico cuando acudimos a su consulta porque nos sentimos mal y él nos explica exactamente qué nos pasa y qué debemos tomar.



El apoyo social desempeña 3 funciones principales



- Proporcionar apoyo material, tangible o instrumental:** Relacionado con la prestación de ayuda material o la prestación de servicios.

Un ejemplo de este apoyo sería el que proporciona el estado con sus ayudas económicas para las personas con un % de discapacidad.



Otro ejemplo de este apoyo sería el que presta esta asociación a todas las personas con fibromialgia de Jaén, ya que ofrece multitud de servicios tales como ayuda psicológica, programas destinados a diferentes ámbitos o actividades físicas.



¿Por qué es importante el apoyo social?

El apoyo social es importante dado que *puede influir en nuestra salud de tres formas*:

1. Puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar ya que **contribuye a satisfacer necesidades humanas** como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto...
2. Puede **reducir directamente los niveles de estrés laboral**. Por ejemplo, las tareas en el trabajo se pueden repartir entre los diferentes compañeros.
3. Puede **ayudar a la persona a mantener un estilo de vida más saludable**. Por ejemplo, un amigo que nos acompañe a hacer ejercicio de manera regular.

Como puedes ver, el apoyo social es fundamental en la vida de toda persona. Si bien, para establecer relaciones sociales lo más importante es la **comunicación**.



Existen diferentes estilos de comunicación:



AGRESIVO



PASIVO



ASERTIVO

Estilo Comunicativo	Pasivo	Agresivo	Asertivo
Lenguaje verbal	Se disculpa constantemente, habla poco para no interrumpir.	Autoritario, habla en exceso y no escucha.	Expresa el contenido, habla lo que necesita hablar, incluye sentimientos y pensamientos.
Proceder general	Actúa con la esperanza de que otros adivinen sus deseos.	Exagera para demostrar superioridad. Amenazante, dedo acusador.	Actúa con naturalidad, apariencia de seguridad y fortaleza.
Tono de voz	Débil, tembloroso, volumen bajo y monótono.	Fuerte, frío, imperioso.	Firme, cálido, bien modulado, relajado.
Ojos	Bajos, caldos, llorosos. Evita contacto visual.	Fijos y desorbitados, penetrantes.	Franco, abiertos, expresivos. Contacto visual.
Postura	Busca apoyo, permanece con la cabeza gacha.	Rígida, dura, alzada.	Balanceda, derecha, relajada, tranquila.
Manos, brazos y piernas	Sudorosas, temblorosas. Movimiento inseguro.	Puños cerrados, movimientos excesivos.	Movimientos naturales, relajados, acogedores.
Utiliza expresiones como	"Tú..."	"Yo tengo derecho/ Tú debes..."	"Tú tienes derecho, yo tengo derecho".
Actitud	Vacilante, cortada.	Impone, interrumpe.	Directa y firme.

Estilo Comunicativo	Pasivo	Agresivo	Asertivo
CONSECUENCIAS	No consigue sus objetivos. Pierde oportunidades. Conflictos personales.	Viola derechos. Crea tensión y mala relación con los demás.	Relaciones positivas. Resuelve problemas. Beneficios para la salud.
	¿Cuál de estos estilos consideras que es el más adecuado?		

El estilo asertivo conlleva una serie de beneficios tanto a nivel personal como a nivel social:

- La persona asertiva tiene una **mayor sensación de control** sobre su entorno y sobre sí misma.
- La persona asertiva **no busca el conflicto** sino que tiene por objetivo la **búsqueda de soluciones**.
- La persona asertiva se siente **satisfecha consigo misma** pues normalmente es capaz de expresar aquello que desea y no se guarda nada para sí misma.
- El estilo asertivo favorece una **imagen positiva** de la persona.
- Todo ello genera, una **mayor sensación de satisfacción** tanto con uno mismo como con las relaciones personales.

DOCUMENTO RECOMENDACIONES PARA MANTENER UN ESTILO COMUNICATIVO ASERTIVO.

Anexo XVIII. Actividad Situaciones Sesión 7

LEE ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES SITUACIONES Y PLANTEA CÓMO PODRÍAN RESOLVERSE DE MANERA ASERTIVA.

Si lo deseas puedes ayudarte del resumen de la sesión.

Situación 1: Estás en una cafetería con tus amigas y al regresar del baño escuchas a éstas hablando de la fibromialgia como un problema mental.

Situación 2: Acudes al médico dado que últimamente tus dolores son más fuertes, pero el médico no te hace mucho caso y te manda a casa sin ni siquiera preguntarte acerca de cómo te encuentras.

Situación 3: Hoy te has levantado con un dolor muy fuerte y no puedes ir a trabajar, sin embargo tu jefe te llama muy enfadado alegando que solo es una excusa para no trabajar.

Anexo XIX. Recomendaciones Sesión 7**RECOMENDACIONES PARA MANTENER UN ESTILO COMUNICATIVO ASERTIVO.**

- **Evalúa tu estilo:** Es importante que entiendas qué estilo de comunicación tienes antes de empezar a cambiarlo.
- **Usa frases con “yo”:** Usar frases con “yo” reafirma tus opiniones, deseos y derechos. Además, harás saber a los demás lo que piensas sin sonar como si estuvieras acusando; “yo no estoy de acuerdo” en lugar de “estas equivocado”.
- **Aprende a escuchar con interés.**
- **Busca acuerdos:** Es una habilidad que se relaciona con la negociación. Se trata de que llegues a acuerdos ganar-ganar, evitando las posturas extremas en las que solo gane o pierda alguien.
- **Identifica tus necesidades y busca satisfacerlas:** No esperes que alguien reconozca lo que necesitas, podrías esperar para siempre. Encuentra forma de satisfacer tus necesidades sin sacrificar las de los demás.
- **Oponte de forma asertiva o lo que es lo mismo Aprende a decir no:** Si alguien te está insistiendo para que hagas algo que no desees, puedes dar directamente un “no” sin sentirte culpable, dar excusas o explicaciones.
- **Usa el lenguaje no verbal:** Más del 80% de la comunicación es no verbal. Mantén contacto ocular (sin mirar fijamente), posición recta, usa las manos y habla con claridad.
- **Controla las emociones:** Aunque es positivo expresar tus sentimientos de forma asertiva, en ciertas situaciones es conveniente que controles emociones como la ira. Por ejemplo, si estás muy enfadado, no te conviene discutir con tu pareja o acudir a una reunión. En ese caso podrías decir cosas de las que te arrepientas.
- **Afronta las críticas:** Afronta las críticas de forma constructiva. Lo puedes hacer pidiendo detalles sobre la crítica (cómo, qué, quién) e información. De esta forma, podrás conocer bien lo que quiere transmitir el interlocutor. Es conveniente que te muestres en parte de acuerdo con la crítica en caso de que sea verdadera o pueda serlo, respetar a la otra persona, y dar las gracias.
- **Afirma o pregunta claramente:** Las personas agresivas o pasivas tienden a comunicar lo que les molesta dando rodeos. Comunica claramente lo que quieres, si algo te molesta dilo de forma asertiva y evita los ataques personales encubiertos o sarcásticos.



AGRESIVO



PASIVO



ASERTIVO

Anexo XX. Presentación Power Point Sesión 8

ME VOY A QUERER más que ayer, PERO MENOS QUE mañana



Autoestima

Taller de Educación en Fibromialgia.



¿Qué es la autoestima?

"Tu vida es un reflejo de cómo te ves a ti mismo"

- La **autoestima** puede definirse como la **valoración que hacemos de nosotros mismos** (auto→estima).
- Y está formada por los siguientes **componentes**:
 - Autoconocimiento** (lo que sé de mí mismo).
 - Autoconcepto** (la imagen o concepto que tengo de mí mismo).
 - Autovaloración** (el valor que me atribuyo a mí mismo).
 - Autoaceptación** (reconocer nuestras cualidades y defectos).
 - Autorespeto** (proteger los propios intereses y sentirse digno y merecedor de amor y respeto).

¿Qué es la autoestima?



Cuando nos conocemos bien, tenemos una buena imagen de nosotros mismos, nos valoramos de forma positiva, aceptamos nuestras cualidades y defectos respetándonos a nosotros mismos y protegiendo nuestros intereses

↓

Hablamos de una autoestima positiva, o lo que es lo mismo, una alta autoestima.

Si bien, cuando uno o más de estos componentes falla, nuestra autoestima se ve dañada.

¿De qué depende nuestra autoestima?

La valoración que hacemos de nosotros mismos depende de:

- Las **sensaciones y experiencias** que hemos ido incorporando a lo largo de nuestra vida, es decir, nuestros **éxitos y fracasos** en diferentes ámbitos y la forma en que los interpretamos;
- Las **creencias** que tenemos **acerca de nosotros mismos, y nuestras cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar**;
- La **opinión** que las **personas significativas** tienen sobre nosotros;
- La **forma en que nos relacionamos** con los demás ...

¿De qué depende nuestra autoestima?

En definitiva, la autoestima se va formando y adquiriendo a lo largo de nuestras vidas en función de las situaciones y acontecimientos que vamos viviendo y de la actitud que tomamos ante éstos.



¿Por qué es importante tener una autoestima positiva?

Lo mejor para la autoestima es el té.

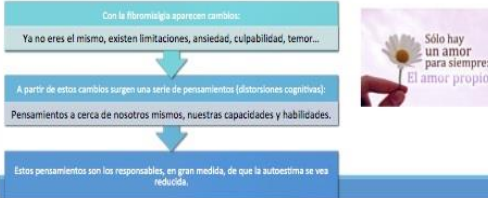
- Aumenta la capacidad de superar dificultades personales.
- Potencia la creatividad.
- Aumenta la autonomía personal.
- Favorece la creación de relaciones sociales más satisfactorias.
- Fomenta la capacidad de adquirir compromisos y la capacidad de emprender nuevos proyectos.

I ♥ ME



¿Cómo afecta la fibromialgia a nuestra autoestima?

Las personas diagnosticadas con fibromialgia suelen experimentar un descenso en su autoestima debido a las limitaciones de la enfermedad y a la incapacidad que ésta genera.



¿Qué podemos hacer para construir una autoestima positiva?



- **PIENSA EN TUS CUALIDADES PERSONALES**, resáltalas, acepta los elogios y deshecha la autocrítica.
- **CAMBIA TU COMPORTAMIENTO**. Aprender a ser tolerante contigo mismo. Es preciso encontrar la forma de ser una persona más compasiva, tolerante y alentadora contigo mismo.
- **CUIDATE**. Si estás cuidando constantemente a otras personas y olvidando tus propias necesidades, te estarás rompiendo por dentro, llegará un momento que sin quererlo esperes que los demás te correspondan en la misma medida de tu sacrificio y cuando esto no ocurra te sentirás vacío y sin rumbo, tu autoestima bajará y padecerás estrés, frustración y bajo estado de ánimo.
- **APRENDE A CONOCERTE**. Dedica tiempo a pensar, como te gustaría que fueran las cosas de tu entorno, elimina de tu vocabulario las frases negativas, resalta lo que te gustaría cambiar pero en positivo.
- **APRENDE A ACEPTARTE SIN CONDICIONES**, trabaja para ti mismo, liberándote de las autocríticas que no te aportan nada positivo.

¿Qué podemos hacer para construir una autoestima positiva?

- **APRENDE A VALORARTE**. Fíjate y confía más en ti, en tus virtudes y potenciales no quitándole importancia y haciendo que pasen desapercibidas.
- **QUIERETE**. Haz aquellas cosas que te gustan, practica tu hobby favorito, date un capricho o un premio de vez en cuando, rodeate de personas que te aporten riqueza y alejate de las personas tóxicas.
- **PERDONATE TUS ERRORES**. Cada vez que te azote el sentimiento de culpa, debes recordar que eres un ser humano, que es normal que te equivoques y cometes errores.
- **EVITA LAS COMPARACIONES**. Todas las personas somos diferentes, tenemos cualidades negativas y positivas, por tanto no tiene sentido que nos comparemos ni que nos sintamos "inferiores" a otras personas.



La autoestima no es invariable, las personas podemos trabajar en ella y cambiarla.

Debemos recordar siempre que somos seres únicos e irrepetibles y no necesitamos parecernos a nadie.

Anexo XXI. Recomendaciones para Aprender a Convivir con la FM

- **Aprende a vivir con el dolor:** Dado que no hay medicamentos que curen la fibromialgia, el primer paso es asumir que el dolor puede persistir para siempre y que va a formar parte de nuestras vidas. Cuando se asume el dolor, se aprende a reconocerlo y a saber qué lo mejora y qué lo empeora, lo cual puede ayudarnos.
- **Controla los factores que empeoran la enfermedad:** Como los cambios de temperatura, los cambios hormonales, la falta de sueño, el sedentarismo, el sobreesfuerzo, el estrés...
- **Conoce tu cuerpo:** Saber interpretar las señales del cuerpo es fundamental para poder convivir mejor con la enfermedad. Esto es; si tu cuerpo te dice que descanses, hazlo. Si te dice que duermas, hazlo. Si te ves con ganas de hacer cosas, ponte a ello. No desoigas sus señales.
- **Trata de identificar cómo te sientes:** Cuanto más consciente seas de cómo te sientes y de cómo tú mismo eres el responsable de tu ánimo, más sencillo será controlarlo, intentar animarte, hacer un esfuerzo por ser positivo...
- **Transmite a las personas de tu alrededor lo que te pasa:** Cuanto más sepan de la fibromialgia, de cómo te sientes y de lo que necesitas, más te comprenderán y te ayudarán. Y eso mejorará tu vida.
- **Relaciónate con los demás:** Las conversaciones con amigos y compañeros alivian mucho nuestras preocupaciones. Si bien, trata de no hablar continuamente de tu dolor, buscando otros temas de conversación.
- **Haz ejercicio:** Al menos de forma moderada. Ayudará a tus músculos y articulaciones a estar más fuertes y a soportar mejor las molestias y el dolor. Además favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión.
- **Cuídate:** Que tengas fibromialgia no es excusa para hacer lo que te parezca conveniente y para convertirte en una víctima. Cuanto más ayudes a tu cuerpo a vivir con salud, mejor. Mantén una alimentación adecuada, vigila tu peso y evita el consumo de tabaco, cafeína y/o exceso de alcohol.
- **Organiza tu tiempo:** Intenta mantener un día equilibrado en el que realices tareas laborales (dentro y/o fuera de casa) y tareas lúdicas (de cuidado personal y sociales). Dedicar todo un día a la enfermedad no solo la empeora sino que además puede resultar frustrante y aburrido.
- **Realiza actividades que faciliten la distracción y la alegría:** Aunque sea en pequeños ratos, lee, escucha música, sal a pasear, dibuja, viaja... en definitiva, haz todo aquello con lo que te sientas bien y que te permita distraerte.
- **Usa de forma racional los medicamentos:** Evitando la automedicación.
- **Sé constante:** Conseguir resultados puede tardar algún tiempo, no lo eches todo a perder porque tengas un mal día. Mantener con regularidad los consejos anteriores es la mejor forma de conseguir controlar la enfermedad.
- **Sé constante:** Conseguir resultados puede tardar algún tiempo, no lo eches todo a perder porque tengas un mal día. Mantener con regularidad los consejos anteriores es la mejor forma de conseguir controlar la enfermedad.



Anexo XXII. Presentación Power Point Sesión Seguimiento


Repaso:
Taller De Educación En Fibromialgia.


Sesión 1: ¿Qué es la fibromialgia y cuáles son sus tratamientos?

La fibromialgia se define como:

- Un tipo de dolor crónico.
- Un tipo de dolor generalizado que suele localizarse en: *músculos, tendones, articulaciones, ligamentos, huesos y/o cartílagos.*
- Un dolor con una causa desconocida, *donde no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen.*

Sesión 1: ¿Qué es la fibromialgia y cuáles son sus tratamientos?

El tratamiento multidisciplinar es el que ha mostrado mejores resultados.

Tratamiento farmacológico.

Educación Sanitaria.

Terapias cognitivo-conductuales.

Ejercicio físico.

Sesión 2: Alimentación e Higiene del Sueño.

- Cualquier persona debe preocuparse por su alimentación, si bien, en fibromialgia esto se hace especialmente importante debido a que:

"Una alimentación equilibrada aportará la energía, las vitaminas y los minerales imprescindibles para:

mejorar la calidad de vida del enfermo".

evitar la aparición de complicaciones por carencias o excesos".

**Sesión 2: Alimentación e Higiene del Sueño.**

- Para llevar una dieta equilibrada es necesario comer todos los grupos alimentarios ya que cada uno aporta algo esencial a nuestro organismo.
- En fibromialgia consumir determinados tipos de alimentos puede ayudar al alivio y mejora de determinados síntomas.



RECOMENDACIONES

Sesión 2: Alimentación e Higiene del Sueño.

- Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos de sueño y, de este modo, hacer frente a uno de los síntomas más frecuentes en fibromialgia.

RECOMENDACIONES



Sesión 3: Identificación y Expresión de Emociones.

- Una **emoción** es un sentimiento que aparece como reacción ante una situación o ante un pensamiento.
- **Conciencia emocional** es la capacidad de reconocer nuestras propias emociones. Si bien, no basta con reconocerlas ya que debemos expresarlas.
- El concepto de **Inteligencia Emocional** abarca tres grandes capacidades:



Sesión 4: Sexualidad.

- El paciente de fibromialgia tiene que enfrentarse, día a día, a diferentes dificultades. Entre éstas, se suelen encontrar dificultades en el ámbito sexual.
- Las consecuencias de las dificultades sexuales no son solamente individuales, sino que **afectan a todo el área de la relación de pareja**. Es muy **frustrante para ambos**, tener que asumir una reducción en la frecuencia de las relaciones, así como una disminución en la respuesta sexual en cuanto a satisfacción, a consecuencia de una enfermedad.

RECOMENDACIONES



Sesión 5: Pensamientos Irracionales y Distorsiones Cognitivas.

"La perturbación emocional no se origina por las situaciones como por las interpretaciones que le damos a esas situaciones"

Albert Ellis

Muchas veces son **nuestros propios pensamientos los responsables de que nos sintamos mal**.

- Un **pensamiento irracional** es aquel que se basa en opiniones, deseos y creencias en lugar de en hechos.
- Una **distorsión cognitiva** es una forma de pensamiento irracional que aparece cuando interpretamos la realidad de manera errónea. Existen diferentes formas de distorsiones cognitivas (documento distorsiones cognitivas).

El aprender qué son los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas es el **primer paso para reconocerlos y de este modo tratar de corregirlos**.

Sesión 6: Manejo del estrés.

- El **estrés** es la **respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes**.
- En general, tendemos a considerar el estrés como algo negativo, sin embargo, es necesario en cierta medida, ya que nos prepara para actuar ante situaciones difíciles.
- Si bien, cuando el estrés se presenta de forma muy **intensa y durante largos periodos de tiempo**, éste se convierte en **patológico**, pudiendo ocasionar problemas físicos y psicológicos.



Sesión 6: Manejo del estrés.

- Es inevitable que ante determinadas situaciones aparezcan respuestas de estrés, si bien, el desafío consiste en aprender a hacer frente a tales situaciones de la forma más saludable posible.
- DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES

- **Técnicas relajación y respiración.**



Sesión 7: Apoyo Social y Estilos de Comunicación.

- El concepto de apoyo social incluye **dos aspectos** principales: **conexión** (con la otra persona o grupo de personas) y **ayuda mutua**.
- El apoyo social desempeña 3 funciones principales: Apoyo **Emocional**; Apoyo **Informacional**; Apoyo **Material** (tangible o instrumental).



IMPORTANCIA APOYO SOCIAL.

Sesión 7: Apoyo Social y Estilos de Comunicación.

El apoyo social es fundamental en la vida de toda persona. Si bien, para establecer relaciones sociales lo más importante es la comunicación.

3 estilos de comunicación: Pasivo, Agresivo, Asertivo.



BENEFICIOS ESTILO ASERTIVO

Sesión 8: Autoestima.

- La **autoestima** puede definirse como la **valoración que hacemos de nosotros mismos (auto→estima)**.
- Importancia de tener una autoestima positiva.

RECOMENDACIONES PARA CONSTRUIR UNA AUTOESTIMA POSITIVA.



¿Tienes una duda?

¡PREGUNTA LO QUE QUIERAS!