



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Programa para promover el Optimismo y la Capacidad funcional en personas con Fibromialgia

Alumno/a: Ana Cuberos Cáceres

Tutor/a: Ana García León

Dpto.: Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico

Junio, 2017

Índice

RESUMEN/ ABSTRAC	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 ¿ Qué se entiende por Fibromialgia?	4
1.2 Criterios Diagnósticos	6
1.3 Síntomas de la Fibromialgia	8
1.3.1 Síntomas Físicos	8
1.3.2 Síntomas emocionales	9
2. FIBROMIALGIA Y OPTIMISMO	10
3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LA FIBRMIALGIA ..	12
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	14
6. METODOLOGÍA	15
6.1 Participantes y contextos de aplicación	15
6.2 Instrumentos de medida	16
6.3 Procedimiento	17
6.4 Desarrollo de las actividades	19
6.4.1 Bloque 1: Conociendo nuestra patología	19
6.4.2 Bloque 2: Entrenando para un futuro mejor	20
6.4.3 Bloque 3: Creando sonrisas	22
7. RESULTADOS ESPERADOS Y CONCLUSIONES	26
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
9. ANEXOS	33

RESUMEN

El aumento actual de casos de personas diagnosticadas de Fibromialgia, y la escasa importancia que se le da al aumento de variables positivas como el optimismo en estas personas, ha llevado al diseño de un programa que pretende un aumento del optimismo, así como una disminución de sintomatología depresiva y ansiosa, sin olvidar una mejora a nivel funcional, dirigida a obtener un mayor bienestar emocional y un aumento en la calidad de vida en personas con Fibromialgia. La muestra comprende a mujeres con una edad acotada entre los 35 y 50 años, presentando moderado nivel de depresión, ansiedad y bajo optimismo. Para realizar este cambio, se ha diseñado un programa de diez sesiones divididos en tres bloques diferentes y con un total de dieciséis actividades. Se llevará a cabo una evaluación pre-posttest para demostrar la eficacia tras el desarrollo del programa, así como un seguimiento a los seis meses.

PALABRAS CLAVE: *Programa con personas con Fibromialgia; optimismo; sintomatología depresiva y ansiosa.*

ABSTRAC

The current increase in cases of people diagnosed with Fibromyalgia and the lack of importance given to the increase of the positive variables, such as optimism in these people. It has led to the design of a program that seeks to increase the optimism, as well as a decrease in depressive and anxious symptomatology, without forgetting an improvement at the functional level, in order to achieve a higher emotional welfare and an increase in the quality of life in people with Fibromyalgia. The sample patients includes women aged between 35 and 50 years, showing a moderate level of depression, anxiety and low optimism. To make this change, a ten sessions program has been designed, which is divided into three different blocks with a total of sixteen activities. An pre-posttest evaluation will be carried out to demonstrate effectiveness after the development of the program, as well as a follow-up within six months.

KEY WORDS: Program with people with Fibromyalgia; Optimism; depressive and anxious symptomatology.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.¿Qué se entiende por Fibromialgia?

Aunque hoy en día el término Fibromialgia (FM) se encuentre latente en nuestra sociedad, dotándole de una gran importancia e interés, años atrás este término se usaba para aludir a una mera afección médica, definiéndose como un trastorno calificado de raro y, por lo tanto, muy poco valorado en las enseñanzas sobre medicina. Se suele fijar el año 1843 como la fecha de inicio en el estudio de la Fibromialgia, resaltando a Froriep como el autor que inició la investigación del mismo. Desde entonces hasta la actualidad, se han registrado grandes cantidades de información en relación con esta patología.

Incluso la definición de dicho término ha constituido un desafío, produciéndose muchos cambios en el mismo desde el siglo pasado. Finalmente se escogió el nombre de FIBROMIALGIA porque describe dos rasgos fundamentales del síndrome. Por un lado - FIBRO- que hace referencia a la sensibilidad de dolor que se experimenta en el lugar donde el tejido muscular se une al hueso y - MIALGIA- el cual hace referencia a la extensión del dolor muscular. Aunque no sea una enfermedad conceptualizada como nueva, los verdaderos estudios relacionados con la fatiga crónica, como hoy en día la conocemos, se han llevado a cabo en las últimas décadas. Hasta mediados del Siglo XIX, no se realizó la distinción entre los síntomas del reumatismo articular (artritis) y el reumatismo muscular, en donde se incluiría la Fibromialgia, describiéndose éste reumatismo muscular como una sensación de tirantez, desgarró o de pinchazos, con agarrotamiento y falta de movilidad en las partes afectadas, y correspondiéndose dichas zonas con partes blandas del cuerpo que presentan una gran rigidez y dolor al tacto (Goldenberg, 2002). Cabe destacar el importante papel que desempeña François Valleix en este siglo, ya que en 1841 concluye que es muy probable encontrar puntos de dolor específicos alrededor del cuerpo, definiéndolos como una sucesión de puntos dolorosos localizados en diferentes ubicaciones del cuerpo de una persona y que son capaces de provocar graves dolores tras simplemente tocar la zona en donde se encuentren. Estos puntos considerados como blandos es lo que permite distinguir a la Fibromialgia de otros trastornos reumatoides (McCain, y Scudds, 1988).

Con el cambio de siglo, surgió una nueva teoría que sería una de las más alabadas durante todo el Siglo XX. Vendría de la mano de médicos reputados como Ralph Stockman y William Gowersen. Éstos demostraron en 1904 que se producían inflamaciones en las uniones fibrosas del músculo con el hueso. A partir de ahí, Gowers, en este mismo año, usó un nuevo término para la definición de lo que hasta ese momento era conocido como reumatismo muscular, calificándolo por aquel entonces como fibrositis. La fibrositis se definió como la inflamación del tejido fibroso de los músculos para explicar lo que hoy en día se denomina como Fibromialgia (Gowers, 1904). En 1975, sin embargo, se comprobó su escasa evidencia con respecto a este síndrome, debido a que en la Fibromialgia existe un dolor muscular sin presencia alguna de inflamaciones del tejido muscular, como sucede en la fibrositis, por lo que dicha terminología cayó en desuso provocando de esta forma su abandono en el mundo de la medicina. A partir del año 1980, se comenzaron a publicar estudios referentes a este síndrome, concediéndose una gran importancia al ámbito clínico, ya que la comprobación de los puntos de dolor era un requisito básico para el posterior diagnóstico de la Fibromialgia.

Viendo la necesidad de imponer unos criterios para poder definir este síndrome, en 1990, el Colegio Americano de Reumatología (CAR) implantó los criterios para la clasificación del mismo. Además, en la declaración de Copenhague, desarrollada en 1992, es reconocida por la Organización Mundial de la salud (OMS), tipificándola por primera vez en la décima revisión del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Por último, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la registró con el código X33.X8a (IASP, 1994).

No obstante lo anterior, al no poder establecerse un desencadenante específico para este síndrome debido a los múltiples y variados síntomas que presentan los pacientes que lo padecen, muchos profesionales no reconocen oficialmente la enfermedad, catalogándola como una patología fantasma protagonizada por seres débiles.

Una vez mencionados los antecedentes de la Fibromialgia, se incluye una definición más reciente para esta patología, en donde se conceptualiza como un síndrome doloroso crónico con manifestación en el sistema musculo-esquelético y caracterizado por la presencia de dolor generalizado, debilidad muscular, presencia de zonas dolorosas y diversos síntomas somáticos (Carrillo-Torres y Covarrubias-Gómez, 2016).

1.2.Criterios diagnósticos

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) describió unos criterios de clasificación utilizados para el diagnóstico de la FM, a la que caracterizan por la presencia conjunta de dos hechos:

-Historia de dolor generalizado con una duración de al menos tres meses. Se cumple este criterio si existe dolor generalizado en alguna región del esqueleto axial (columna cervical, columna dorsal, columna lumbar o pared torácica anterior) o si dividimos el cuerpo en cuatro cuadrantes corporales, fragmentándose por una línea longitudinal de derecha a izquierda, y otra línea transversal, que corte por la cintura y separe la parte superior y la parte inferior, y existe dolor en al menos tres de estas cuatro partes, o solo en dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

-Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos de palpación digital. La presión se debe efectuar de una manera gradual y con relativa fuerza (4 kg) durante varios segundos. La fuerza aplicada no puede ser excesiva, ya que una presión alta puede desencadenar un dolor fuerte en casi todos los individuos. Para que un punto sea calificado como positivo, la persona ha de referir que la presión en ese punto fue dolorosa, ya que la mera sensibilidad no es catalogada como dolor en sí.

El diagnóstico para la FM se basa, exclusivamente, en el síntoma que manifiesta el paciente, de existencia de dolor desencadenado por la presión suministrada en los puntos específicos, ya que, hasta ahora, se carece de datos objetivos analíticos, de imagen o anatomopatológicos, específicos para el diagnóstico de la Fibromialgia.

Parte de la comunidad científica que se dedica al estudio de la FM ha planteado la necesidad de una revisión de los criterios presentados por el ACR en 1990, al observar que muchos sujetos que padecen de dolor crónico extenso no cumplen los criterios diagnósticos actualmente vigentes, porque pueden presentar dolor ante la presión en otras áreas diferentes a las exigidas para el diagnóstico.

En respuesta a las limitaciones señaladas, recientemente en 2010, un grupo de expertos de la ACR han investigado otros criterios compatibles para el buen diagnóstico de este síndrome.

Tras varios estudios realizados para esclarecer este tema (Collado et al.,2011; Arqués et al.,2014), se ha abandonado la necesidad de la palpación de los puntos dolorosos como elemento fundamental para el diagnóstico de la Fibromialgia y se contemplan otras síntomas de gran relevancia que no se habían tenido en cuenta hasta el momento: como el dolor generalizado, el cansancio, los trastornos del sueño o los síntomas cognitivos negativos, entre otros. Estos puntos se evalúan mediante el empleo de dos escalas: el Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index-WPI-) y el Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score -SS-). Por lo tanto, resulta necesario la implantación de estos dos instrumentos para el diagnóstico de la Fibromialgia. En esta primera escala (WPI), se muestran 19 áreas del cuerpo, incluyendo el abdomen, así como ambos brazos y piernas. En esta prueba, se pregunta al paciente si ha padecido dolor durante la última semana en las zonas señaladas. Por cada zona que se presente como dolorosa, se le adjudicará un punto, obteniéndose una puntuación máxima de 19 puntos.

Pueden verse estos puntos en la figura 1:

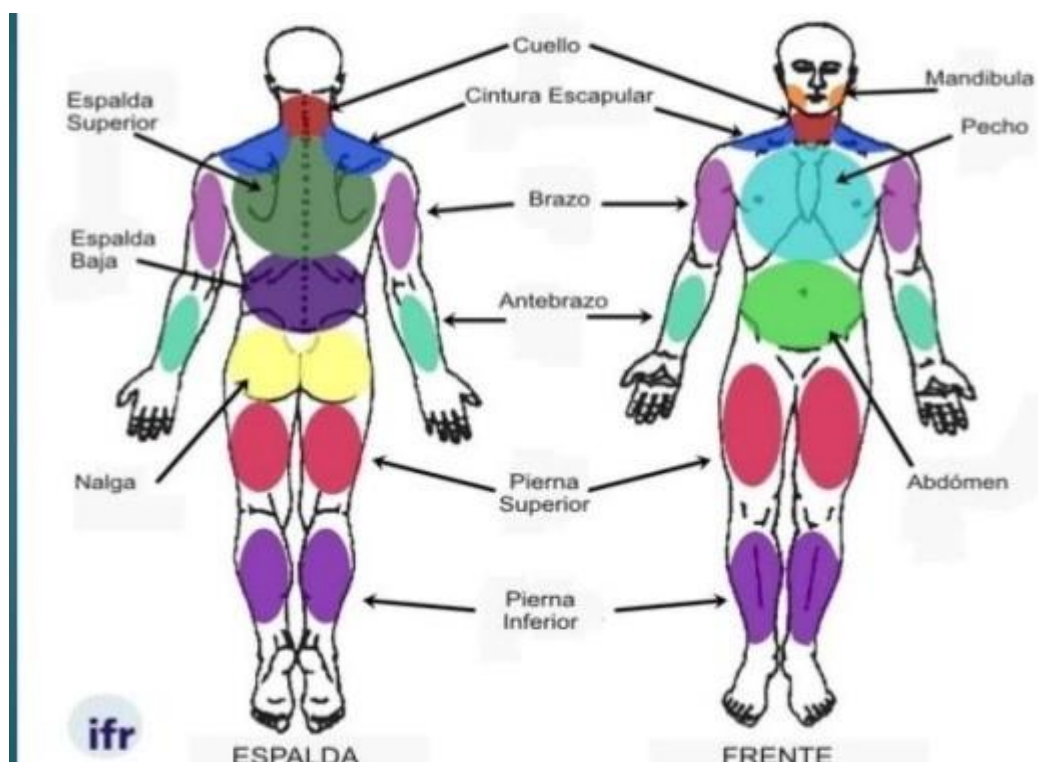


Figura 1. Puntos de diagnóstico para la Fibromialgia

El Índice de Severidad de síntomas se divide en dos partes distintas. En la primera de ellas, se muestran una serie de síntomas generales, como son fatiga, problemas de sueño y síntomas cognitivos, que los enfermos deben señalar si se padecen durante la última semana en una escala de 0 a 3. La segunda parte de la prueba consta de síntomas más concretos, como son mareos, cansancio, dolores de cabeza y pérdida de cabello, entre otros, ante los cuales los pacientes deben marcar las casillas que se correspondan con los que se han padecido en esa última semana. En función de la cantidad de síntomas marcados, se puntuará en un rango de 0 a 3, siendo 0 la manifestación de ningún síntoma y 3 la manifestación de 25 o más síntomas en la última semana.

Para que haya un diagnóstico concluyente de Fibromialgia es necesario obtener un valor de al menos 7 en la escala WPI y un valor de al menos 5 en la escala SS, o, alternativamente, una puntuación de entre 3 y 6 en el WPI y de al menos 9 en el SS.

1.3.Síntomas de la Fibromialgia

1.3.1.Síntomas clínicos

Como no hay ninguna prueba biológica o hallazgo radiológico específico que nos permita realizar un diagnóstico claro de la Fibromialgia, es imprescindible realizar exploraciones individualizadas suplementarias que nos posibiliten descartar otras enfermedades asociadas con las que esta patología puede confundirse.

Según un estudio realizado en la Universidad de Granada, los síntomas clínicos más frecuentes son el dolor osteoarticular y el cansancio o sensación de fatiga (Bermejo- Pérez, De Labry, Plazaola, Ruiz-Pérez y Ubago-Linares, 2005). El dolor osteoarticular se describe como una disfunción del sistema óseo y articular, lo que implica una incapacidad funcional en el aparato locomotor. La segunda alteración más característica es la sensación de fatiga, que se mantiene prácticamente durante todo el día. Este síntoma se entiende como una debilidad o fatiga general que dificulta la realización de actividades de la vida diaria debido a los bajos niveles de tolerancia al esfuerzo físico (Virumbrales,2009).

Además de la anterior, existe otra sintomatología física relacionada. Una de las más importantes es el dolor generalizado. Este dolor es calificado como intenso, protagonizado por todo el cuerpo, de duración prolongada y en muchas ocasiones difícil de describir. Asimismo, es muy ocasional la rigidez de los músculos, sobre todo por las mañanas(Villanueva et al.,

2004). Otro de los síntomas característicos de esta enfermedad sería la carencia de un sueño reparador, ya que aproximadamente el 70-80% de los sujetos con Fibromialgia padecen trastornos del sueño (Caballero, Gelman, Lera y López, 2002), empeorando así los síntomas presentados durante el día. Las parestesias también suelen presentar un papel muy importante en este síndrome ya que, según diversos estudios realizados, la sensación de cosquilleo u hormigueo exteriorizados es habitual en estos pacientes, sobre todo en las manos (Ernesto, 2010; Gelman et al., 2002). Por último, en un estudio realizado por Villanueva et al. (2004), se han encontrado también otros síntomas menos frecuentes, como inflamaciones subjetivas con frecuencia bilateral, cefaleas, síntomas genitourinarios, intestino irritable, cefaleas tensionales.

Debido al alto impacto que la enfermedad produce en estos pacientes a nivel emocional, resulta importante tener en cuenta una consideración multidimensional del problema, en la que se consideren tanto aspectos funcionales, como factores ambientales, cognitivos y emocionales. En estos últimos nos centraremos a continuación.

1.3.2.Síntomas emocionales

Como hemos comprobado, la Fibromialgia puede ocasionar importantes consecuencias en el estado de salud y la calidad de vida de la persona que la padece. Aunque estado de salud y calidad de vida son conceptualmente diferentes, la mayoría de las veces se utilizan como sinónimos o se hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud.

La cuestión de la calidad de vida es un punto importante que hay que considerar en las enfermedades que presentan un patrón crónico, como es el caso de la Fibromialgia. Esto es debido a que las dolencias con esta característica se infunden en un marco de continuas adversidades en donde los sujetos deben de combatirlas asiduamente para poder obtener una mejora en la calidad de sus vidas.

Debido a lo presentado anteriormente, se puede apuntar que esta enfermedad tiene claramente un fuerte componente emocional, ya que se trata de una enfermedad crónica incapacitante en la que se ve afectada gran parte del curso de la vida de un individuo, produciéndose cambios en sus estilos de vidas y por consecuente en sus estados emocionales (Martin, 2003; Pérez-Pareja et al., 2004). Además, en diversas investigaciones, se ha comprobado la relación de esta enfermedad crónica con diversas enfermedades psicológicas en las que destacan

especialmente los síntomas de tipo emocional, como pueden ser fobia, depresión, u otros cuadros de estrés postraumático y ansiedad (Merayo y Moioli , 2005; Pérez-Pareja et al., 2004). No obstante, los resultados no siempre apoyan estos hallazgos. Por ejemplo, en un estudio realizado por Pastor, López, Rodríguez y Juan (1995) no se pudo demostrar que los sujetos diagnosticados de FM revelaran mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa frente a otros tipos de enfermedades.

En relación con el trastorno depresivo, en el trabajo de Pérez-Pareja et al. (2004) se muestran datos que señalan que la Fibromialgia puede ir acompañada por una profunda tristeza, pérdida de interés y disminución del estado de ánimo positivo, entre otros síntomas. En otras investigaciones también se encuentran síntomas depresivos de nivel moderado en pacientes con Fibromialgia (Collado et al., 2011; Davis, Johnson, Reich, y Zautra, 2006).

Por otra parte, los pacientes diagnosticados de Fibromialgia muestran una fuerte incidencia de trastornos de ansiedad, ya que esta variable afectiva se encuentra fuertemente vinculada con el dolor en este tipo de patología. Muestra de esto sería el artículo realizado por Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese, Moliner-Urdiales y Reverter-Masía (2008), así como el presentado por Aparicio, Ortega, Carbonell-Baeza, Delgado-Fernández, Ruiz y Cuevas (2013), en los que muestran que la ansiedad catalogada como estado o rasgo tiene mayor probabilidad de estar presente en personas diagnosticadas de Fibromialgia frente a personas que no padecen de esta patología.

También es de gran importancia destacar que, tras la exploración de gran variedad de estudios, se observan diferencias entre los síntomas emocionales y afectivos de pacientes que sufren de FM en comparación con otros pacientes que son diagnosticados de artritis reumatoide, ya que los pacientes con FM expresan mayores sentimientos negativos hacia ellos mismos, una elevada preocupación por síntomas físicos, además de una mayor limitación personal ante actividades que pueden realizar en su vida cotidiana.

2.FIBROMIALGIA Y OPTIMISMO

El optimismo y, de manera general los pensamientos positivos, se encuentran fuertemente conectados con un mejor afrontamiento ante diversas situaciones catalogadas de estresantes, como es en este caso del padecimiento de una enfermedad crónica (Alejo, Hernández, Londoño y Pulido,2011).

Aunque hay muchas definiciones de optimismo, son dos de ellas las que han suscitado más interés entre los investigadores y más apoyo empírico han recibido en relación con la salud: optimismo-pesimismo disposicional y estilo explicativo optimista-pesimista. Por una parte, Carver y Scheier (2001) establecen que el optimismo disposicional hace referencia a la predisposición del individuo para esperar de modo general resultados positivos futuros, creyendo en la posibilidad de obtener más victorias que fracasos. Los pesimistas disposicionales, por el contrario, suelen esperar desenlaces negativos ante la mayoría de los acontecimientos vitales. Por otra parte, Seligman (1998) propone que el optimismo-pesimismo son fundamentalmente dos estilos explicativos distintos para afrontar los acontecimientos positivos, pero sobre todo los negativos. Desde esta perspectiva, los individuos optimistas interpretan los eventos negativos que se presentan en función de causas externas, no permanentes en el tiempo y específicas de la situación, lo que implica que lo ocurrido, por muy negativo que sea, así como sus consecuencias, no se generalizan a otras situaciones ni se espera que se prolonguen en el tiempo. En cambio, los individuos pesimistas interpretan los acontecimientos negativos en función de motivos internos, estables y globales, por lo que se espera que lo acontecido, así como sus consecuencias, se generalicen a otros aspectos de la vida y se mantengan en el tiempo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Se ha comprobado que las personas que se caracterizan por tener un buen equilibrio emocional y altos niveles de sensaciones positivas, tienen tendencia a una menor incidencia de enfermedades, además de una mayor longevidad. Por tanto, podría afirmarse que la actitud optimista parece actuar como una defensa frente a la enfermedad (Flores-Lozano, 2006).

También se ha encontrado que el optimismo refuerza el sistema inmune y disminuye la aparición de síntomas de ansiedad (De la Vega, Gonsálvez-Botella y Ortín-Montero, 2013; Mena, Pávez y Vera-Vallaruel, 2012). Igualmente, otros estudios muestran su relación con la disminución de síntomas depresivos y el aumento de la satisfacción vital (Corbalán, Limiñara, Martín-Brufan, Méndez y Sánchez, 2010; Cuadra-Peralta, Peralta-Montecinos, Puddu-Gallardo, Salgado-García y Veloso-Besio, 2012).

En enfermedades graves, se ha comprobado que las personas con niveles elevados de optimismo se enfrentan a las adversidades con mayor fuerza y espíritu de superación, además de presentar menores niveles de angustia, menor porcentaje de recaídas y mayor proporción de supervivencia que en personas pesimistas, ya que las emociones positivas que genera el optimismo protegen a la persona contra la enfermedad, el dolor y el estrés (Flores-Lozano,

2006).Según este estudio, el optimismo predice una mejor adherencia terapéutica, un mayor bienestar subjetivo, un estado de ánimo más positivo, un sistema inmunológico más fuerte y la realización de métodos más eficaces de afrontamiento y de conductas más saludables.

A pesar de la múltiple investigación aportada sobre el optimismo y la salud, no existe una cuantiosa investigación sobre los efectos del optimismo en el ajuste de pacientes con dolor crónico, como es el caso de la Fibromialgia. Sin embargo, en la escasa investigación realizada se ha mostrado que los pacientes con estas características logran un mejor ajuste tanto físico como emocional durante su enfermedad (Esteve, López y Ramírez-Maestre, 2012).Además, parece que las personas con una mayor propensión a lo positivo, tienen menos tendencia a mostrar un efecto negativo cuando se produce el dolor; esto quiere decir que tienen más probabilidades de afrontar un aumento de dolor corporal (Davis, Johnson y Zautra, 2005). Por otra parte, en otro estudio realizado con personas diagnosticadas de diversas enfermedades reumáticas, entre ellas la Fibromialgia, se encuentra que los altos niveles de emociones positivas experimentados por los enfermos optimistas se asocian con menores niveles de dolor físico (Quiceno y Vinaccia, 2011). Por último, los resultados de otros trabajos realizados con pacientes que padecen de Fibromialgia, permiten concluir que los pacientes optimistas son menos propensos a enfocarse en sus síntomas negativos cuando experimentan sucesos desagradables(Viana, 2008).

En definitiva, podría decirse que el optimismo es un predictor de buena salud en enfermedades crónicas y que su presencia influye directa o indirectamente en la aparición de alteraciones en la enfermedad, minimizando su gravedad y acelerando su recuperación. El optimismo en este sentido actuaría como un escudo frente a los efectos psicológicos perjudiciales efectuados por las dolencias físicas presentadas, mostrándose como un pilar esencial en la mejora de la salud y en la consecución de estados subjetivos de bienestar (Arizmediarrieta, Bilbao, Landeta y Pérez,2006).

3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LA FIBROMIALGIA

A lo largo de los años, se han abordado diferentes tratamientos farmacológicos para la disminución de los síntomas de esta dolencia, tales como: antidepresivos, analgésicos, opioides, agonistas de la dopamina y terapias anticonvulsivantes, entre otros (Manlin y Sumpton, 2008). Sin embargo, se ha comprobado que muchas de las personas crean

intolerancia a estos medicamentos, por lo que al final acaban renunciando a los mismos sin que éstos hayan llegado a producirle ningún tipo de mejora (Buriel, Casanueva, García-Campayo y Rodero, 2009); además, estos tratamientos pueden producir múltiples efectos adversos, como: somnolencia, ansiedad, mareos y cefaleas, entre otros muchos (Valera y Valera, 2010).

Por otra parte, se han encontrado múltiples beneficios con la aplicación de tratamientos rehabilitadores o físicos. Según el estudio de Betina, Rivera, Alegre y Pereda (2006), la realización de ejercicios produce una mejoría en los síntomas de dolor, ansiedad, y en general, en la calidad de vida de estas personas. La realización de ejercicios aeróbicos es la técnica más utilizada. Los ejercicios aeróbicos se suelen realizar en seco o en piscina, pero es en ésta última donde presenta mejores resultados con estos pacientes (Castro- Sánchez, Del Mar, Fernández- Martínez, Matarán-Peñarrocha y Rodríguez-Ferrer, 2012).

Por último, también hay tratamientos psicológicos encaminados a reducir el dolor y la fatiga, a mejorar el nivel de actividad y de sueño y la capacidad de los sujetos para afrontar la enfermedad, así como a controlar los aspectos emocionales negativos de la enfermedad, fundamentalmente la sintomatología depresiva y ansiosa (Collado et al., 2011). La intervención psicológica que produce una mayor mejora en los pacientes de FM, reduciendo el impacto y la severidad de los distintos síntomas presentados, es la terapia cognitivo-conductual (Arcas, 2014).

Dentro de éstas últimas, se distinguen fundamentalmente los programas básicos de psicoeducación y las técnicas de relajación (Rodero et al., 2009), cuyo objetivo es reducir la tensión muscular e interrumpir el ciclo tensión/dolor. En relación con la primera estrategia, según la investigación previa, ésta ha mostrado los beneficios de una buena intervención psicoeducativa como intervención primaria, mostrándose más eficaz cuando se realiza grupalmente. Esto es debido a que cuando un sujeto obtiene información sobre su diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, dispondrá de mayores herramientas para poder afrontarlo desde un mayor conocimiento en la materia (García-Campayo et al., 2005). En cuanto a las técnicas de relajación, parece ser que técnicas concretas de entrenamiento como pueden ser el yoga, la relajación progresiva y la relajación pasiva, entre otras (Ruiz et al., 2007), ayudan a disminuir la percepción y la intensidad de los síntomas físicos además del estrés emocional.

Cuando se combinan las técnicas psicológicas con la realización de programas de ejercicio físico parece que la eficacia es mayor, al menos para la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos (Bonillo, González y Ortín, 2011) y del dolor (Merayo y Moiola, 2005).

Como se ha dicho en el apartado anterior, sería de gran interés introducir en el tratamiento de estos pacientes algunas técnicas que generen actitudes optimistas y emociones positivas, ya que se ha visto que ambos son elementos poderosos para promover el bienestar psicológico y las fortalezas personales, disminuir la sintomatología física y psicológica, así como mejorar la respuesta ante el dolor (Arizmendiarieta et al., 2006; Viana, 2008).

4. JUSTIFICACIÓN

Tras lo expuesto en párrafos anteriores con respecto a los pacientes diagnosticados de Fibromialgia, y haciendo una comparación con los programas de intervención realizados en personas con esta patología, se constata la importancia de prestar atención a cada una de las áreas implicadas en la enfermedad, aspecto que no se ha tenido en cuenta hasta recientemente.

Desde la implantación del término Fibromialgia como una patología diagnóstica, la mayoría de los tratamientos se han centrado en el alivio momentáneo de la sintomatología producida por la enfermedad mediante intervenciones farmacológicas. Sin embargo, este tipo de tratamiento no produce una mejora destacable en la mayoría de los casos, al no contemplar el impacto emocional que sufren dichas personas, y produciendo además otros efectos secundarios no deseados.

Para tener en cuenta las múltiples áreas que resultan afectadas en esta patología se considera que puede ser más eficaz la implantación de un programa de intervención en donde se introduzcan otros componentes de intervención. En esta línea, se presenta una propuesta de intervención donde se tienen en cuenta los aspectos físicos y emocionales negativos que incita este síndrome y se les pretende poner fin con dinámicas no farmacológicas, promoviendo aspectos positivos u optimistas como base para una mejora de la calidad de vida en general.

5.OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo

Instaurar y probar la eficacia de un programa de intervención encaminado a una mayor potenciación del optimismo y de la movilidad física, así como de una disminución de sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de pacientes con Fibromialgia.

Hipótesis

1. Se espera que el programa aumente los conocimientos sobre la patología en los participantes.
2. Se espera que la aplicación del programa consiga aumentar los niveles de optimismo en los sujetos.
3. Se espera que la implantación del programa produzca una mejoría en el nivel físico de los sujetos a través de la realización de actividades aeróbicas.
4. Se espera que tras el programa establecido se reduzcan los síntomas depresivos y de ansiedad en los participantes.

6.METODOLOGÍA

6.1 Participantes y contexto de aplicación

El presente programa de intervención se encuentra dirigido a un conjunto de 20 mujeres residentes en la localidad de Loja (Granada), con una edad comprendida entre los 35 y los 50 años. Dichas personas proceden de diferentes niveles económicos y socioculturales, y son integrantes de la Asociación de Fibromialgia de Loja (AFIMLOJA). Esta entidad lleva poco más de 10 años trabajando para ayudar a aquellas personas que sufren y padecen de esta enfermedad de carácter crónico, ya que según evidencias existe un alto porcentaje de afectados en este municipio.

Los participantes que integrarán el programa serán personas diagnosticadas de Fibromialgia, que presenten un pobre conocimiento sobre su dolencia y hábitos para su afrontamiento, además de síntomas moderados de depresión y ansiedad. También deberán presentar bajos niveles de optimismo y poco nivel de movilidad física.

El modo de inscripción y participación en este programa se realizará de una forma totalmente voluntaria. Previamente a su participación en el mismo deberán firmar un consentimiento de participación (ANEXO I), después de haberles explicado en cuanto tiempo se va a desarrollar el programa, así como la duración de cada una de las sesiones y actividades programadas. Además, se contará con la autorización expresa del director de la Asociación.

6.2. Instrumentos de medida

A continuación se exponen todos los instrumentos que se utilizarán en el estudio:

- *Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R)*. Este test fue diseñado por Scheier et al., en 1994, con el objetivo de evaluar la variable optimismo disposicional. En dicho cuestionario constan un total de 10 ítems, ante los que los sujetos deberán responder mediante una escala tipo likert de 4 puntos, que va desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Seis de los ítems constituyen una medida de optimismo disposicional (3 en sentido positivo y 3 en sentido negativo) y los otros 4 ítems sirven para hacer menos evidente el contenido de la escala en estos sujetos, siendo de relleno.

Este cuestionario apunta unas adecuadas propiedades psicométricas (González y Landero, 2009), ya que el coeficiente alfa de Cronbach presenta una fiabilidad entre 0,74 y 0,78. En cuanto a la versión española, también se encuentra una alta consistencia interna, con un valor de alrededor de 0,75 (García-León, González-Jareño, Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2006).

- *Examen físico*. Consistirá en la realización una serie de ejercicios sencillos. En primer lugar se le pedirá al paciente que se levante y se siente de una silla lo más rápido posible en un tiempo máximo de 1 min. En esta actividad se contabilizará el ciclo levantarse-sentarse. En el segundo ejercicio deberán de caminar en una cinta mecánica (con una velocidad moderada) durante 5 min, contando los kilómetros que han andado en este periodo. Y, por último, se les pedirá que suban cinco escalones lo más rápidamente que puedan y se contabilizará el tiempo que tardan en hacerlo. Para valorar estos ejercicios la psicóloga encargada de la observación recabará la información y con una media general se ponderará el deterioro de cada individuo, teniendo en cuenta las limitaciones que presentan y la variabilidad de edad en ellas. Estos ejercicios sirven para comprobar el deterioro a nivel funcional de los pacientes y ver si al concluir este programa son capaces de mejorar estas marcas.
- *¿Qué es lo que sabes?:* Es una prueba diseñada especialmente para valorar los conocimientos adquiridos por las participantes tras la implantación del módulo psicoeducativo del programa.. Este cuestionario englobaría un total de 10 ítems a los que hay que responder de acuerdo con una escala de respuesta estilo Likert, que va desde 1 (Totalmente de acuerdo) a 5 (Totalmente en desacuerdo), en función de las

creencias y conocimientos que los participantes tengan sobre su patología. Las preguntas van encaminadas a verificar el conocimiento sobre los distintos hábitos que ayudan a disminuir los síntomas de esta enfermedad, así como los tratamientos más efectivos hoy en día, entre otros ítems.

- *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Este inventario fue desarrollado en 1996 por Beck, Steer y Brown, para medir la sintomatología depresiva. En 2003 fue adaptado y traducido al español por Sanz, Navarro y Vázquez. Este cuestionario consta de 21 ítems, con una escala de tipo likert con 4 puntos, en donde el sujeto debe marcar según la expresión que mejor interprete la situación emocional del momento en esas situaciones. La puntuación oscila en un rango de 0 a 63.

El rango de consistencia interna del instrumento está entre 0,85 y 0,95, por lo que se puede decir que tiene una buena consistencia interna tanto en estudios originales como con la versión española (Beck, Steer y Garbin, 1998; Sanz y Vázquez, 1998).

- *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Con este cuestionario desarrollado por Beck y Steel en 1988, se pretende medir el constructo de la ansiedad, específicamente la sintomatología ansiosa relacionada con los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. En una escala tipo Likert de 4 puntos que va desde “nada en absoluto” hasta “gravemente”. Consta de 21 ítems que exponen situaciones que suelen ocurrirle a personas con sintomatología ansiosa.

En 2011, Sanz, Vallar, De la Guía y Hernández lo adaptaron al español. Las prueba ha demostrado tener una alta consistencia interna, aproximadamente de 0,90 (Galindo et al., 2015), así como una validez excelente del constructo evaluado.

6.3.Procedimiento

Antes de comenzar con el programa de intervención en sí se realizará una reunión con todas las personas que participarán, para proceder a la administración de todas las pruebas que se han explicado en el apartado previo (ANEXO IV,IX,X y XI). Esta aplicación constituirá la medida pre que se realizará a las participantes antes del comienzo del programa. Una vez aplicada toda la intervención a las participantes, se volverán a administrar las mismas pruebas, constituyendo esta medida la evaluación post-test. Por último, transcurridos seis meses desde

la finalización del programa de intervención, las participantes volverán a realizar todas las pruebas de evaluación, constituyendo esta última evaluación la fase de seguimiento.

La mayoría de las actividades del programa se llevarán a cabo en una sala habilitada y acomodada para reuniones grupales en el mismo centro de la Asociación. Las actividades programadas de ejercicio físico se realizarán en el polideportivo de la ciudad de Loja, que cuenta con grandes espacios para actividades grupales dinámicas y una piscina cubierta. Se llevará a cabo entre los meses de septiembre, octubre y las dos primeras semanas de noviembre, con una duración de entre una y dos horas por sesión, dependiendo de cuantas actividades estén programadas para la sesión y la duración de éstas. Se realizará una sesión semanal, cada miércoles. El programa será impartido por una psicóloga titulada y tendrá lugar en horario de mañana, sobre las 11 de la mañana (aunque puede ser flexible en función de las demandas de las mujeres).

La intervención está prevista para 10 sesiones, con un total de 18 horas y 16 actividades. Dichas sesiones y actividades se encuentran divididas en tres bloques distintos y con diferentes objetivos. El primer bloque llamado “Conociendo nuestra patología” comprende las dos primeras sesiones y las tres primeras actividades. En estas sesiones se pretende el mejor conocimiento de aspectos de la enfermedad de las participantes, las consecuencias que produce en la calidad de vida, así como el desarrollo de sencillos hábitos que pueden poner en práctica para el mejor afrontamiento de los aspectos negativos. El segundo bloque se denomina “Entrenando para un futuro mejor” y en él el protagonista es el ejercicio físico y la relajación. Con el ejercicio se pretende el fomento de la vida sana y la reducción del dolor articular y muscular, mientras que con la relajación se pretende disminuir la tensión en músculos y repercutir así en menores niveles de ansiedad. Este bloque comprende dos sesiones, constando cada una de ellas con dos actividades. En el último bloque, llamado “Creando sonrisas” se plantean un total de 6 sesiones y 9 actividades. En este bloque se pretende la promoción de emociones positivas, así como el optimismo. También se trabajará con la respiración profunda, además de realizarse una actividad encomendada a la auto-observación de su evolución en el programa y la valoración personal de éste.

Es necesario hacerles ver a todas las mujeres desde un principio la necesidad de ser fieles al programa que se han comprometido a realizar. También, sobre la importancia de practicar en casa los ejercicios planteados y llevarlos a la práctica como una rutina.

6.4.Desarrollo de las actividades

6.4.1. Bloque 1. Conociendo nuestra patología

✓ Sesión 1

Actividad 1. Para esta actividad los participantes se reunirán en una sala espaciosa y habilitada del centro y con la ayuda de una proyección en powerpoint la psicóloga encargada de dirigir la sesión impartirá una charla a modo de psicoeducación acerca de los mejores hábitos para el mejor afrontamiento de la Fibromialgia (cómo poder tener buenos hábitos de sueño, conseguir una mayor relajación de los músculos e influir en una mejora en la calidad de vida). Se les dará un folleto con una información más detallada sobre los aspectos tratados, para la lectura en casa, en cualquier momento que estimen oportuno. Además, la terapeuta les dará una serie de pautas que deberán de seguir hasta la próxima sesión. A la par que se les motiva a hablar y contar sus experiencias con respecto a su enfermedad, así como una primera toma de contacto.

Con esta actividad se pretende hacerles ver distintos atajos para una mejor calidad en sus vidas, además de informar de aspectos básicos para una mayor comprensión del problema.

Temporalización: 90 minutos.

✓ Sesión 2

Actividad 2. En esta actividad comprobaremos si los sujetos han realizado durante la anterior semana los objetivos planteados por la psicóloga. Se debatirá si han experimentado alguna mejora tras esos cambios de rutina, aunque sea mínima, y también se debatirá cómo se han sentido.

El objetivo de esta actividad es comprobar si han realizado estos pequeños cambios y ver si ellos serian capaces de llevarlos a su día a día.

Temporalización: 30 minutos.

Actividad 3. Para esta actividad se contará con la ayuda de dos invitados (un hombre y una mujer) de la Asociación Granadina de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple (AGRAFIM) para la realización

de una charla informal. Durante la sesión, los invitados expondrán sus vivencias, cómo han sufrido durante el desarrollo de la enfermedad y su lucha constante para hacer frente a sus miedos y finalmente a la enfermedad.

El objetivo de esta actividad es concienciar a los participantes de que con esfuerzo, constancia y unas pequeñas ayudas son capaces de hacer una vida totalmente normal. Los participantes podrán comprobar que no están solos ante este problema, que se encuentran muchos casos a nivel nacional e internacional, y podrán identificarse con muchas vivencias que cuenten los invitados. Esto les ayudará a hacer frente a la enfermedad ya que visualizan que aunque la Fibromialgia sea una patología dura y con restricciones que a veces hacen que no puedas más, es posible enfrentarse a más cosas de las que ellos mismos creen que podrían. Les dará otra visión para prevenir futuras recaídas posibles y para el afrontamiento de los problemas. Se les expondrá que con este programa no acaba el aprendizaje, siendo solo una mera forma de empezar comprendiendo mejor el proceso de la enfermedad. Al final de la charla se dejarán unos minutos para las posibles dudas o preguntas que puedan acontecer con respecto a lo presentado por los invitados y podrán expresar si se sienten identificados con ellos.

El fin de esta actividad es hacerles ver que no están solos, que como ellos hay muchos casos y que con pequeñas herramientas y cambios en el estilo de vida y actitud se puede afrontar.

Temporalización: 60 minutos.

6.4.2. Bloque 2. Entrenando para un futuro mejor

✓ Sesión 3

Actividad 4. En esta actividad se realizarán ejercicios aeróbicos para el fomento del movimiento de músculos y articulaciones. Esto se realiza mediante clase de baile y aerobio; en ésta la profesora se localizará en un punto céntrico en donde todas las mujeres puedan observarla e imitar todos sus movimientos. Los ejercicios se ajustarán al nivel de movilidad y tolerancia de las mujeres, con paradas entre los distintos bailes para evitar el agotamiento.

El objetivo de esta actividad es conseguir una mejora a nivel físico de las participantes, a la vez que mejorar el estado de ánimo e influir en la calidad de vida.

Temporalización: 30 minutos.

Actividad 5. Esta actividad va encaminada a la relajación de las participantes después de la realización de ejercicios físicos. Para ello se trabajará la relajación utilizándose la evocación de sensación. Para esta actividad es imprescindible que la terapeuta controle su nivel de voz a pausada y el ambiente debe de invitar a la armonía y la concentración. La Psicóloga proporcionará toda la información antes de empezar con la actividad, así como la resolución de posibles dudas. Se trata de tensar y luego relajar los distintos grupos musculares del cuerpo, de manera que se aprenda a notar distintas sensaciones en diferentes áreas del cuerpo. Para ello será necesario una postura sentada y relajada. Se les pedirá que se concentren en un movimiento concreto (levantar brazo, extender pierna, etc.), siempre han de hacerlo lentamente y con tensión en los músculos para finalmente relajarlo, todo esto acompañado de una música que invite a la relajación. El objetivo de esta actividad es reducir los niveles de ansiedad entre las mujeres, disminuyendo la tensión muscular.

Temporalización: 30 minutos.

✓ Sesión 4

Actividad 6. En esta actividad se realizarán también ejercicios aeróbicos para potenciar la disminución de dolor en músculos y articulaciones, pero esta vez se realizarán dentro del agua. Los ejercicios planteados en esta actividad son juegos con diferentes utensilios de agua, como churros, pelotas y tablas, entre otros. Se realizarán dinámicas como encestar pelotas dentro de aros, competiciones de natación con la ayuda de churros, etc.

El objetivo de esta actividad es el disfrute de los sujetos mientras que ejercitan el cuerpo mediante la realización de actividades acuáticas.

Temporalización: 30 minutos.

Actividad 7. En esta actividad se va a trabajar el entrenamiento de relajación rápida, llamada "tapping". Esta técnica se basa en contrarrestar emociones negativas a través de golpecitos que cada uno se proporciona hacia sí mismo durante unos 10 segundos con sus dedos índice-corazón o con el puño en distintos puntos del cuerpo (12 puntos). Dicha actividad sirve para la eliminación de tensiones.

Para la obtención de mejores resultados el sujeto ha de permanecer concentrado y con una respiración profunda. Cuando se ha conseguido dicho objetivo en un ambiente apropiado para esto, la persona por turnos ha de formular una frase sencilla y que se entienda de algo que le preocupe o le fatigue en ese mismo momento, y es en ese instante cuando debe golpear suavemente una serie de puntos en el cuerpo como previamente se ha mencionado.

El objetivo de esta actividad es la reducción de la ansiedad así como la disminución de la tensión muscular.

Temporalización: 30 minutos.

6.4.3. Bloque 3: Creando sonrisas

✓ Sesión 5

Actividad 8. La primera actividad planteada para esta sesión sería informar de las múltiples ventajas que las emociones positivas y las actitudes optimistas suponen para la mejora general del estado de ánimo y físico de las personas. Para ello, se proporcionará una explicación general de los estilos explicativos optimista y pesimista y sus diferentes características, las distintas formas de afrontamiento que se realizan en cada uno de los estilos, etc.

El objetivo es obtener un conocimiento que sirva para saber cómo mejorar el estado de ánimo y reducir la sintomatología depresiva.

Temporalización: 60 minutos.

Actividad 9. En esta actividad se administrará a las mujeres un autorregistro(ANEXO II) donde queden reflejadas las instrucciones para su realización. Una vez repartido el autorregistro a cada una de las participantes, se comenzará a explicar lo que deben hacer. Durante una semana (hasta la siguiente sesión) las participantes deben exponer en él los acontecimientos negativos que les sucedan durante este periodo de tiempo. Además, tendrán que hacer una valoración de cada una de estas situaciones, expresando los sentimientos negativos que sienten y expresan en esos momentos, es decir, si piensan si el acontecimiento es interno o externo, específico o global y estable o temporal. Por último, deben anotar la consecuencias de tal acontecimiento negativo y de esos pensamientos. La terapeuta les comunicará que esta actividad se ha de realizar en casa y que para la siguiente sesión es imprescindible que la traigan complementada porque se debatirá en grupo más adelante.

El objetivo de la realización de este autorregistro es llevar un control sobre los acontecimientos negativos y la forma que tienen las mujeres de interpretarlos, para así poder trabajar en función de estos.

Temporalización: 30 minutos.

✓ Sesión 6

Actividad 10. Para esta actividad será imprescindible que las participantes se lleven el autorregistro que la psicóloga les pidió que realizaran en casa la pasada sesión, porque se trabajará con éste. Se recogerán los autorregistros de cada participante. Se leerán algunos acontecimientos negativos de las participantes al azar sin decir el nombre de quien lo ha escrito. Después de esto se pedirá a diferentes compañeras, también al azar, que expresen cómo actuarían en esa situación intentando aportar un estilo optimista; es decir, buscar una solución sin recurrir a los pensamientos negativos. Además deberán mencionar las consecuencias positivas que generaría ese estilo optimista. Éste será el procedimiento para todos los acontecimientos negativos (de ser muchos, la terapeuta elegirá las situaciones más representativas de cada autorregistro).

Esta actividad tiene como fin instaurar en los sujetos formas de afrontamiento más optimistas ante un problema cotidiano. Con esto se pretende crear una visión más optimista a la par que se reduce la sintomatología depresiva.

Temporalización: 120 minutos.

✓ Sesión 7

Actividad 11. La dinámica que se va a trabajar en este día consiste en el "bombardeo" por parte de todas las compañeras de características positivas. Para dicha actividad es necesario que todas las mujeres se pongan en círculo con una de ellas en el centro. En ese mismo momento, las compañeras que se encuentren formando el círculo empezarán a elogiar y piroppear a la mujer del centro; es decir, empezarán un bombardeo de características en positivo, ya sea de ámbito físico o personal. La mujer que se encuentre en el centro del círculo deberá mirar a los ojos de las personas elogiadoras y sentarse cuando haya acabado su bombardeo. Se realizará la misma actividad con cada una de ellas.

Con esta actividad se pretende el aumento de las emociones positivas hacia sí mismas ya que se ve realzada su imagen personal.

Temporalización: 45 minutos.

Actividad 12. Para esta actividad la psicoterapeuta repartirá a las mujeres un folio con distintas situaciones futuras (ANEXO III), en las que se interpretan los acontecimientos con un estilo predominantemente negativo. Se les pedirá que complementen el papel en función de las instrucciones que vendrán descritas en el mismo. En él, deben poner la emoción que creen que tendrían en ese momento futuro durante el desarrollo de esa situación, su manera de afrontarlo en ese momento y las consecuencias asociadas que creen que tendrían tras esas acciones que se presentarían en un futuro. Este papel deberán rellenarlo en casa y traerlo para la siguiente sesión planteada, como ya se realizó anteriormente con el autorregistro.

El objetivo planteado con esta actividad es hacerles pensar sobre posibles acontecimientos futuros y debatir la forma en que se sentirían o lo afrontarían.

Temporalización: 30 minutos.

✓ Sesión 8

Actividad 13. En esta actividad se analizarán los distintos acontecimientos futuros planteados por la psicóloga en la sesión anterior. Para ello la terapeuta recogerá cada uno de los papeles realizados por las participantes en el domicilio, para posteriormente analizarlos. Una vez recogidos todos, se irán leyendo algunas de las respuestas dadas por las participantes, de forma totalmente azarosa y nuevamente sin hacer referencia a la persona concreta. Se realizará un debate general de sus emociones y miedos acerca de los posibles situaciones negativas que pueden ocurrir en un futuro.

El fin de esta actividad es potenciar los recursos de estas mujeres para el afrontamiento de los problemas presentados en el momento apropiado y no antes, ya que esto solo crea ansiedad y preocupación anticipada y el pensamiento irracional de consecuencias negativas asociadas.

Temporalización: 120 minutos.

✓ Sesión 9

Actividad 14. Para esta actividad la terapeuta administrará un papel llamado "El principal objetivo" (ANEXO V). En primer lugar la psicóloga explicará la dinámica. En el papel administrado, cada participante debe exponer un objetivo que hayan llegado a cumplir en sus vidas y que, por lo tanto, sea importante para ellas. Además, han de mencionar el modo de lograr este objetivo, es decir, las herramientas o recursos que creen que han usado para la consecución del objetivo, la motivación que les ha impulsado y, para finalizar, la meta final para la que querían conseguir dicho objetivo. Este papel deberán complementarlo en la misma sesión, por lo que se les dejará un tiempo para pensarlo detenidamente. Cuando todas hayan terminado, se hará una puesta en común junto con la terapeuta en el orden que ellas deseen exponer. En la puesta en común se debatirán las distintas herramientas que utilizan las mujeres cuando se proponen conseguir sus objetivos y las emociones positivas que les ha generado haber podido conseguirlos.

El fin de esta dinámica es hacerles ver que con constancia y motivación son capaces de llegar a sus objetivos más deseados, atravesando barreras y limitaciones.

Temporalización: 100 minutos.

Actividad 15. En esta actividad se realizará un ejercicio de respiración profunda para finalizar la sesión de una manera más relajada. Las mujeres han de sentarse cómodamente en sus asientos y, mediante las instrucciones de la terapeuta, empezaran a coger y expulsar aire profundamente. Esta actividad vendrá acompañada de una música relajante que incite a la armonía y la concentración de las participantes.

El objetivo de esta actividad es reducir los niveles de ansiedad y tensión.

Temporalización: 20 minutos.

✓ Sesión 10

Actividad 16. Con esta actividad se analiza el programa de intervención. La terapeuta y las participantes comentarán cuáles han sido los mejores momentos pasados durante el transcurso del programa. En este día, las mujeres tendrán la oportunidad de exponer, si tienen, cualquier duda que tengan referente al programa. También podrán valorar su experiencia en el programa abiertamente y sin censura; cómo se han sentido realizando el programa, la evolución que creen tener o si, por el contrario, creen que les ha servido de poco, etc.

Para finalizar, se les hará entrega de un pequeño diploma en donde se muestre que han superado con éxito el programa que se habían comprometido a realizar (ANEXO VII).

El objetivo de esta actividad es ver la observación que han experimentado tras el transcurso del programa, además de la valoración personal de éste.

Temporalización: 60 minutos.

7. RESULTADOS ESPERADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados que se espera conseguir, tras el desarrollo del programa de intervención descrito con anterioridad, es que se cumpla tanto el objetivo principal previsto como todas y cada una de las hipótesis planteadas. Esta evolución se observará administrándoles de nuevo los instrumentos que ya se realizaron antes del programa, para poder ver así las diferencias

que éstos nos aportan. Si se cumplen las expectativas planteadas para el programa se debería observar una menor sintomatología depresiva y ansiosa, una mayor capacidad funcional, mayores niveles de optimismo, además de un mayor conocimiento sobre su patología, imprescindibles para un mejor afrontamiento de ésta, e influyendo todo ello en una mejor calidad de vida de estas mujeres.

Este programa se cataloga como una intervención realmente necesaria actualmente. Esto es debido a la amplia población afectada con este síndrome y a la escasa investigación de variables como las mencionadas en este trabajo en personas diagnosticadas de Fibromialgia. En este sentido, la implantación de programas de este tipo es extremadamente necesaria para este tipo de enfermedades; aunque no sólo podrían ser útiles solo para esta patología, sino también para todas aquellas que cursan un patrón crónico. Del mismo modo, deberán probarse más programas que pretendan tales fines tomando medidas con instrumentos más objetivos. Por otra parte, la realización de programas de este tipo, que aumenten la emocionalidad positiva, el bienestar, la capacidad funcional y la calidad de vida podría producir una mejor adaptación de las personas con Fibromialgia a sus vidas cotidianas y familiares, lo que también repercutirá a nivel laboral y social.

Se puede aprender de las limitaciones que se observen tras el trascurso del programa. Esto nos ayudará a reconocerlas y no cometer los mismos errores en los próximos programas que se planteen. Del mismo modo, sería aconsejable aplicar un grupo control en futuras intervenciones para mostrar más detenidamente la eficacia del programa, así como comparar este tipo de intervenciones con otras que también han demostrado ser eficaces para mejorar los síntomas de la Fibromialgia. Han de tenerse en cuenta por último las distintas limitaciones asociadas con las personas que participan en el programa, ya que esto dificulta la generalización de los resultados; en este sentido, sería recomendable hacer estudios con personas de distintas edades y procedencias, así como incluir a hombres.

Para finalizar el trabajo comentar que es de especial relevancia incluir en la sociedad más programas que inciten a las personas con algún tipo de enfermedad, sin importar cual, una motivación para luchar contra sus limitaciones y sentirse útiles.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, D.C. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Aparicio, V.A., Ortega, F.B., Carbonell-Baeza, A., Cuevas, A.M., Delgado-Fernández, M., y Ruiz, J. (2013). Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. *Psicología Conductual*, 21 (2), 381-392.
- Arcas, M.(2014). Abordaje cognitivo conductual en mujeres afectadas por Fibromialgia. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(4), 296-301.
- Arques, S., Calvo, J., Giner, V., Martín, A., Martínez, I., Palop, V., Peñarrocha, J., Ruiz, L., Soriano, F., Cuevas, D., y Belda, V.J. (2014). *Atención a pacientes con Fibromialgia*. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat.
- Arizmendiarieta, E., Bilbao, N., Pérez, N., y Landeta, O. (2006). El papel de las emociones positivas en el síndrome de fibromialgia. *Revista de Psicología de la salud*, 18(1), 77-95.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Betina, M., Rivera, J., Alegre, C., y Pereda, C.A. (2006). Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 127 (8), 295-299.
- Collado, A., Cuevas, M.D., Estrada, M.D., Flórez, M.T., Giner, V., Martín, J., Pastor, M.A., Rodríguez, B., y Sanz, R.(2011). *Fibromialgia*. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Covarrubias-Gómez, A., y Carrillo-Torres, O.(2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1) , 58-63.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., y Peralta-Montecinos, J.(2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexao e Crítica*, 25 (4), 644-652.
- Del Mar, M.M., Castro-Sánchez, A.M., Fernández- Martínez, M., Matarán- Peñarrocha, G.A., y Rodríguez- Ferrer, M.E. (2012). Comparación entre biodanza en medio acuático y stretching en la mejora de la calidad de vida y dolor en los pacientes con fibromialgia. *Atención Primaria*, 44(1), 641,650.

- Ernesto, F.(2010). Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 23 (1), 10-16.
- Flórez- Lozano, J.A. (2006). Optimismo y salud. *Jano*, 1616 , 59-61.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J.L., Álvarez, M.A., y Alvarado, S. (2015). Propiedades Psicométricas de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51,58.
- García- Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., Mínguez, C., Romeo, A., y Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 73, 32-41.
- Gelman, S.M., Lera, S., Caballero, F., y López, M.J. (2002). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 29(7), 323-329.
- Goldenber, D.L. (2002). *Fibromialgia: una guía completa para comprender y aliviar el dolor*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- González, J., Ortín, F.J., y Bonillo, J.A. (2011). Actividad física, asistencia psicológica y niveles de ansiedad y depresión en mujeres con fibromialgia: un estudio descriptivo. *Cuadernos de psicología del deporte*, 11(1), 59-66.
- IASP Task Force on Taxonomy (1994). *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP press.
- Landero, R., y González, M.T. (2009). Propiedades psicométricas de la versión Española del Test de Optimismo Revisado (LOT-R) en una muestra de personas con Fibromialgia. *Ansiedad y Estrés, Volumen 15(1)*, 111-117.
- Londoño, C., Hernández, L.M., Alejo, I.E., y Pulido, D.(2011). Diseño y validación de la escala Optimismo Disposicional/ Pesimismo -EOP. *Universitat Psicochogica*, 12(1), 139-155.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803-855.
- Martín, L.(2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3), 275-281.

- 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(1), 66-72.
- McCain, G.A., y Scudds, R.A. (1988). The concept of primary fibromyalgia (fibrositis): clinical value, relation and significance to other chronic musculoskeletal pain syndromes. *Pain*, 33(3) , 273-287.
- Moioli, B., y Merayo, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 476-484.
- Munguía- Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A., Moliner-Urdiales, D., y Reverter- Masía, J. (2008). Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: relación con dolor y ansiedad. *Psicothema*, 20(3), 427-431.
- Ortín-Montero, F. J., De-la-Vega, R., y Gonsálvez-Botella, J.(2013). Optimismo, ansiedad- estado y autoconfianza en jóvenes jugadores de balonmano. *Anales de psicología*, 29 (3), 637-641.
- Ortíz, J., Ramos, N., y Vera-Virrarroel, P. (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*, 10(1), 119-134.
- Pastor, M.A., López, S., Rodríguez, J., y Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7(3), 627-639.
- Pavez, P., Mena, L., y Vera- Villarroel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11 (2), 369-380.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16 (3), 415-420.
- Quiceno, J.M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: Una persceptiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82.
- Ramírez- Maestre, C., Esteve, R., y López, A.E. (2012). The role of the optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of psychology*, 15(1) , 286-294.
- Reich, J.W., Johnson, L. M., Zautra, A.J., y Davis, M.C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4) , 307-316.

- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M-A., y Vidal, J.(2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(1), 55-66.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia: Una revisión actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(3), 137-151.
- Rojas, M., y Ramos, N. (2013). Salud, optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 149-157.
- Ruiz, M., Nadador, V., Fernández- Alcantud, J., Hernández- Salván, J., Riquelme, I., y Benito, G. (2007). Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 36-44.
- Sánchez, O., Martín- Brufau, R., Méndez, F.X., Corbalán, F.J., y Limiñara, R.M. (2010). Relación entre optimismo, creatividad y síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1151-1178.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sumpton, J.E., y Moulin, D.E. (2008). Fibromyalgia : Presentation and Management with a focus on pharmacological treatment. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 13 (6), 477-483.
- Tirado, M., Pastor-Mira, M.A., y López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de psicología*, 30(1), 104-113.
- Ubago, M.C., Ruiz, I., Bermejo, M.J., De Labry, A.O., y Plazaola, J.(2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (6), 683-695.
- Varela, S., y Varela, M. (2010). Tratamiento farmacológico de la Fibromialgia. En C.L Ayán (ed), *Fibromialgia: diagnostico y estrategias para su rehabilitación* (pp.24-44). Madrid: Médica Panamericana.
- Vecina, M.L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 9-17.

- Viana, A.L.(2008). *O papel do optimismo no ajustamento psicossocial do doente fibromiálgico. Tesis doctoral no publicada*, Universidad de Lisboa, Lisboa.
- Villanueva, V.L., Valía, J.C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M.J., y De Andrés, J.D. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 , 430- 443.
- Virrumbrales, M.(2009).*Descripción del rendimiento cognitivo y rasgos de personalidad de pacientes con fibromialgia: relación del rendimiento cognitivo con la percepción del dolor, sintomatología depresiva e impacto de la enfermedad*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona.
- Zautra, A.J., Johnson, L.M., y Davis, M.C.(2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (2), 212-220.

9. ANEXOS

ANEXO I: Autorización del participante necesaria para la realización del programa

Autorización del participante

Yo, con D.N.I.....

participo en el programa “**libera tu dolor**” de forma totalmente voluntaria y sin ningún tipo de coacción. Se me ha informado tanto de la duración total del programa (aproximadamente **18 horas**) tanto como en los meses en los que se comprenderá (**Septiembre, Octubre** y las dos primeras semanas de **Noviembre**). También he sido informada de las distintas actividades que se realizarán en el desarrollo del programa y de la realización de diferentes instrumentos antes y después de dicho programa, cuyos resultados serán totalmente confidenciales.

A día de..... del.....

Fdo:

ANEXO II: Autorregistro de optimismo a realizar por las participantes

Autorregistro de optimismo

Nombre completo: _____

Instrucciones:

En el presente autorregistro se deberán anotar las diferentes situaciones negativas que se presenten durante una semana. Se deberá anotar también el día y la hora en donde ocurren estas situaciones, la valoración personal del problema, es decir, si en ese momento la percepción del problema es interno o externo, específico o global y estable o espontáneo. Además deben expresar las emociones que sienten en esos momentos y la consecuencia de esas emociones. Es necesario que se escriba en el autorregistro cada vez que le ocurra alguna experiencia negativa.

Hora	Día	Situación negativa	Valoración personal	Emociones vividas	Consecuencia/s

ANEXO III: Autorregistro de situaciones futuras negativas a realizar por las participantes

Situaciones futuras negativas

Nombre completo: _____

Instrucciones:

En la presente prueba se muestran diferentes situaciones negativas que se podrían dar en un futuro. La función de esta prueba es pensar que vives estas experiencias negativas y anotes como crees que te sentirías en ese momento, la manera en la que pensarías afrontar esa situación y la consecuencia o consecuencias obtenida de dicha forma de afrontamiento futuro. Es necesario complementar esta prueba durante la semana, hasta la siguiente sesión programada.

Situación negativa	Emoción	Afrontamiento	Consecuencia/s
Dolor muy fuerte durante la noche			
Problemas de salud de un familiar			
Un cambio desagradable en el trabajo			
Disputa con un buen amigo			
Problemas económicos			

ANEXO IV: Cuestionario ¿Qué es lo que sabes?, a realizar por las participantes

Cuestionario: ¿Qué es lo que sabes?

Nombre completo: _____

Instrucciones:

En el presente cuestionario, se muestran 10 preguntas que hacen referencia al Síndrome de Fibromialgia. Este cuestionario consta con un estilo de respuesta de tipo Likert, y se ha de marcar al número que refleje el acuerdo con el que se está con la pregunta presentada.

Totalmente de acuerdo 1	De acuerdo 2	Indiferente 3	En desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
--	-------------------------	--------------------------	--------------------------------	---

1. Conozco suficientemente información acerca de la Fibromialgia

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

2. La Fibromialgia es una enfermedad relativamente reciente

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

3. La Fibromialgia afecta al ámbito emocional

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

4. Aplico algún hábito en mi rutina para obtener una mejora en la calidad del sueño

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

5. Aplico algún habito en mi rutina para obtener una menor rigidez en los músculos

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

6. Me enfrento cotidianamente con limitaciones físicas y emocionales que podrían ser paliados con ayuda de un profesional

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

7. Conozco de los tratamientos reconocidos actualmente para paliar los principales síntomas de la Fibromialgia

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

8. Solo con la administración de tratamientos farmacológicos se paliarían los síntomas de la Fibromialgia

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

9. Cuando me encuentro con más ánimo, siento que soy capaz de afrontar mejor las limitaciones de la enfermedad

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

10. Si realizo algún tipo de ejercicio físico moderado, siento como se calman algunos síntomas físicos

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

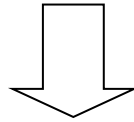
ANEXO V: Actividad “el principal objetivo” a realizar por las participantes

El principal objetivo

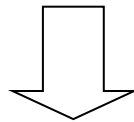
Instrucciones:

Para la siguiente actividad, se ha de especificar un objetivo importante que se haya cumplido en tu vida. Además, se ha de especificar las herramienta o recursos que piensas que han sido necesarios para haber conseguido este objetivo, el motor impulsor, es decir, la motivación y la meta final para cual se quería conseguir este objetivo.

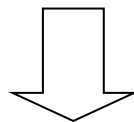
PRINCIPAL OBJETIVO



MODO DE CONQUISTA



MOTOR IMPULSOR



META FINAL

ANEXO VI: Cronograma del programa

Cronograma del programa

Meses	SEPTIEMBRE							OCTUBRE						NOVIEMBRE		
Sesiones	1°	2°		3°		4°		5°	6°	7°		8°	9°		10°	
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
BLOQUE 1				BLOQUE 2				BLOQUE 3								

ANEXO VII: Diploma certificado al finalizar el programa

Diploma por la realización del programa:

Desde la Asociación de Fibromialgia de Loja (AFIMLOJA), se le otorga a:

_____ con D.N.I: _____

el presente diploma por la realización con éxito del programa promovido desde esta Asociación. Dicho programa se ha realizado en un total de 18 horas comprendido entre los meses de Septiembre, Octubre y primeros de Noviembre.

Firma del director del centro:

A día..... de del.....

ANEXO VIII: Recursos materiales y humanos necesarios para el programa

Recursos necesarios para el programa de intervención

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
- 1 sala espaciosa y habilitada como sala de reuniones con sillas y mesas - Un ordenador con conexión a un proyector - Folletos - 20 bolígrafos - Diferentes instrumentos de evaluación utilizados - Esterillas - Pelotas, churros y tablas para la piscina	- Una psicóloga

ANEXO IX: Instrumento de medida utilizado en el programa

Test de Orientación Vital (LOT-R):

A continuación te presentamos a una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leer cada una de estas frases da tu opinión. Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuesta correctas o incorrectas; sólo queremos conocer tu opinión. Cumplimenta este inventario con tus propios sentimientos, no en función de cómo tú crees que la "mayoría de la gente" lo haría.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2	Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3	Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	4	3	2	1	0
4	Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5	Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6	Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	4	3	2	1	0
8	No me disgusta fácilmente	0	1	2	3	4
9	Como un cuento con que me sucedan cosas buenas	4	3	2	1	0
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

ANEXO X: Instrumento de medida utilizado en el programa

Inventario de Depresión de Beck:

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

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

2) .

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

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

6) .

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8) .

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ Ahora lloro más que antes.
- ☐ Lloro continuamente.
- ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13).

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

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

18).

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19).

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO XI: Instrumento de medida utilizado en el programa

Inventario de Depresión de Beck:

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	☐	☐	☐	☐