



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Máster Universitario en Psicología Positiva*

Trabajo Fin de Máster

# **FORTALEZAS Y CRECIMIENTO PERSONAL EN FIBROMIALGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Alumna: Raquel García Molinero**

Tutora: Ángeles Pulgar Buendía

**Junio, 2021**

# **ÍNDICE**

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	7
4. FUNDAMENTACIÓN TEORICA Y MARCO CONCEPTUAL.....	8
4.1. Definición de fibromialgia y principales características y síntomas.....	8
4.1.1. Antecedentes.....	10
4.1.2. Historia existente acerca de la fibromialgia.....	11
4.1.3. Modelos y tratamientos para la fibromialgia.....	13
4.2. Definición de fortalezas y relación con el tema.....	16
4.2.1. Clasificación de fortalezas.....	17
4.2.2. Fortalezas relacionadas con la fibromialgia.....	18
4.3. DEFINICIÓN DE CRECIMIENTO PERSONAL.....	20
4.3.1. Estudios sobre el crecimiento personal en fibromialgia.....	21
5. METODOLOGÍA.....	22
6. RESULTADOS.....	25
6.1. Fortaleza de perdón.....	33
6.2. Fortaleza de espiritualidad.....	35
6.3. Fortaleza de persistencia.....	36
6.4. Fortaleza de esperanza.....	37
6.5. Fortaleza de compasión.....	38
6.6. Fortaleza de humor.....	39
6.7. Fortaleza de gratitud.....	40
7. UTILIDAD, RELEVANCIA Y VINCULACIÓN CON LA DISCIPLINA DE PSICOLOGÍA POSITIVA.....	41

8. DISCUSIÓN.....	42
9. CONCLUSIÓN.....	45
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

# 1. RESUMEN/ABSTRACT

## RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad que padece un gran porcentaje de personas adultas, existiendo también en menores, y se caracteriza por un dolor crónico musculoesquelético generalizado en todo el cuerpo, un estado depresivo y fatiga, dificultando la conciliación del sueño y aumentando la rigidez. Esto ocasiona un obstáculo importante para una buena calidad de vida de los pacientes ya que incapacita la realización de muchas tareas cotidianas y genera un empeoramiento de las relaciones sociales y familiares.

En este trabajo se realiza una revisión sistemática acerca de la literatura existente sobre programas de intervención y estrategias que han mostrado una mejora en la salud y en la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia mediante la potenciación de las fortalezas personales y el estudio de los efectos positivos que causan. Se señala la importancia del tema y de la figura del psicólogo y la vinculación con la Psicología Positiva.

**Palabras clave:** *fibromialgia, adultos, intervenciones, estrategias y fortalezas personales*

## ABSTRACT

Fibromyalgia is a disease that affects a large percentage of adults, also existing in minors, and is characterized by chronic musculoskeletal pain throughout the body, a depressive state and fatigue, making it difficult to reconcile sleep and increasing rigidity. This creates a major obstacle to a good quality of life for patients as it incapacitates the performance of many daily tasks and leads to a worsening of social and family relations.

In this work a systematic review is made about the literature exists on intervention programs and strategies that have evidenced an improvement in the health and quality of life of fibromyalgia patients through the enhancement of personal strengths and the study of the positive effects that cause such strengths. In addition, the

importance of the topic and the figure of the psychologist and positive psychology in this area are pointed out.

**Keywords:** *fibromyalgia, adults, interventions, strategies and personal strengths*

## 2. INTRODUCCIÓN

El dolor es una de las causas más frecuentes por las que se acude a una consulta médica. El dolor se define como la vivencia sensitiva y emocional desagradable o molesta que se asocia a un daño tisular real o potencial. Hay diversos tipos de dolor. Centrándonos en la duración de este, se pueden distinguir entre dolor agudo (con límite de tiempo, aparición repentina y con escasa afectación psicológica en la persona) y dolor crónico (es ilimitado con respecto a su duración y si afecta de manera psicológica) (Díaz, 2005).

Los estudios han demostrado que el dolor limita a un gran porcentaje de quién lo sufre en las actividades cotidianas, puede causar ansiedad o depresión en la persona y puede provocar alteraciones en el sueño y un menor rendimiento en el trabajo (Cabo-Meseguer et al., 2017). Además afecta en la conducción, imposibilita a los individuos llevar una vida independiente, hay una mayor dificultad para mantener relaciones sociales, les provoca un peor funcionamiento en el ámbito familiar y puede causarles dificultades para mantener relaciones sexuales (Such, 2020).

Por ello, aunque no siempre se puede curar, se puede tratar de diversas maneras para reducir estas limitaciones. Dependiendo del origen que causa el dolor y del tipo que sea, puede ser tratado con medicamentos, como los analgésicos o mediante tratamientos no farmacológicos, como la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, el mindfulness (Moix y Casado, 2011) entre otros.

Se ha encontrado que cerca de un 20% de la población europea padecen dolor crónico, el cual provoca un empeoramiento de la calidad de vida como se ha descrito anteriormente. La prevalencia en España se sitúa en un 23,4%. Por lo tanto, se hace evidente que es un problema de gran prevalencia, que afecta tanto al paciente como a su entorno (Such, 2020).

Dentro del dolor crónico se puede situar a la fibromialgia. ¿Qué es la fibromialgia? Se trata de un síndrome del cual aún no se conoce totalmente su etiología. Este síndrome se caracteriza por causar un dolor musculoesquelético generalizado en todo el cuerpo. Esto genera un aumento en la rigidez y en la fatiga (los pacientes duermen pero tienen un sueño poco profundo y de mala calidad, es decir, un sueño no reparador provocando la sensación de no haber descansado) (Espino y Adán, 2008).

La fibromialgia (FM de aquí en adelante) aparece asociada con otro tipo de patologías. Las más comunes son la depresión y la ansiedad. También pueden aparecer anomalías en la personalidad en aquellas personas que son muy perfeccionistas (Espino y Adán, 2008).

La FM no solo tiene comorbilidad con los trastornos del estado del ánimo sino que los pacientes también sufren problemas en relación con el sueño, tal y como se ha mencionado previamente, como ocurre en el resto de síndromes que se encuentran en el dolor de tipo crónico. Al tener un sueño no reparador, de poca calidad o insomnio, provoca en los pacientes con fibromialgia falta de energía y fatiga desde el comienzo de su día (Hidalgo, 2013).

Por lo tanto, la FM no se trata solo del dolor crónico generalizado que sufre una persona, sino que afecta a muchos ámbitos de su vida, incapacitando a muchos de los pacientes que la sufren a la realización de diversas actividades cotidianas y empeorando así su calidad de vida.

Este síndrome tiene un alto número de casos entre los 40 y 49 años, siendo muy poco frecuente su aparición antes de los 40 años y en personas mayores de 80 años (Moioli y Merayo, 2005). La prevalencia de la fibromialgia se encuentra en un promedio del 2,1% de la población mundial, del 2,3% a nivel europeo y de un 2,4% de

la población española (Cabo-Meseguer et al., 2017) y afecta a un mayor porcentaje de mujeres que de hombres.

Resumiendo, la FM es un problema actual de gran importancia para el bienestar psicológico y físico de un gran número de personas en España y en el resto del mundo, pudiendo causar depresión y ansiedad en quienes la sufren y afectando al funcionamiento normal en actividades cotidianas. A ello se le suma la confusión que causan los síntomas de la fibromialgia con otras enfermedades que tienen síntomas similares o iguales. De hecho, hay ocasiones en las que los propios médicos o familiares dudan de la veracidad de los dolores o efectos adversos que causa la fibromialgia. Por ello, es importante conocer cómo se puede tratar este síndrome para reducir al menos los síntomas.

En esta revisión sistemática se realiza tanto una conceptualización de la FM, de las Fortalezas, destacando aquellas que son las más beneficiosas para la mejora de este síndrome, y del Crecimiento Personal así como una búsqueda de programas de intervención o estrategias que han resultado efectivas para potenciar dichas Fortalezas y del efecto positivo que causa en el paciente. Posteriormente se expondrán los resultados tras dicha revisión extrayendo una conclusión final.

### 3. OBJETIVOS

La realización de esta revisión sistemática tiene como objetivo principal revisar la literatura reciente acerca de los programas de intervención y estrategias en las que se han empleado la potenciación de las Fortalezas que más se relacionan con la enfermedad o en los que se estudie los efectos positivos que causa en la mejora de esta.

Además del objetivo principal, se quiere conseguir una serie de objetivos adicionales que son:

- Conocer los tratamientos que pueden emplearse ante la fibromialgia.

- Conocer que síntomas se asocian al dolor crónico en el paciente.
- Conocer cuáles son las Fortalezas existentes y cuáles son las que se relacionan con la fibromialgia.
- Conocer la relación del Crecimiento Personal con la fibromialgia
- Justificar la importancia del tema y la relevancia con la Psicología Positiva así como el papel del psicólogo.

## 4. FUNDAMENTACIÓN TEORICA Y MARCO CONCEPTUAL

### 4.1. DEFINICIÓN DE FIBROMIALGÍA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y SÍNTOMAS.

La FM es una enfermedad la cual es considera como una de las afecciones más características de dolor crónico en el mundo, siendo así un problema sanitario actual. En 1992 fue aceptada por la Organización Mundial de la Salud en el CIE-10 (código M79.0) (Collado, 1990). La FM se puede tratar como un síndrome ya que está formado por una serie de signos y síntomas que suceden de manera conjunta, caracterizándola así.

La FM comparte dolores parecidos a la artritis, pero a diferencia de esta enfermedad, en la FM no se produce una inflamación de las articulaciones. Existen mitos acerca de esta enfermedad tales como la creencia de que los pacientes de esta pueden sufrir graves problemas de movilidad llegando en ocasiones a necesitar sillas de ruedas. Así, aunque las personas que sufren FM sienten un dolor que les incapacita en múltiples áreas, no se manifiesta ningún daño en los tejidos o una deformidad de estos (Chávez, 2013). Por ello, es relevante señalar que la FM no es una enfermedad degenerativa.

El cuello, el glúteo, la espalda o el pecho son algunas de las partes del cuerpo en las que más se manifiesta el dolor. Existen una serie de “puntos sensibles” en los cuales

se provocan espasmos musculares y dolor generalizado al tocarlos. Para clasificar el dolor crónico en FM, los pacientes tienen que sentir dolor en 11 de los 18 puntos en ambos lados del cuerpo. Estos puntos son el occipucio, el cervical, los trapecios, los supraespinosos, la segunda costilla, los epicóndilos laterales, el glúteo, el trocánter mayor y las rodillas (Chávez, 2013).

El conjunto de síntomas que acompañan al padecimiento de la FM no solo está compuesto por el dolor, sino que hay otros que también son muy frecuentes. Ejemplo de ello es la fatiga persistente. Otros son menos frecuentes, pero también pueden darse y pueden clasificarse en síntomas sensoriales, síntomas motores, síntomas vegetativos, síntomas cognitivos y síntomas afectivos. En adición a estos síntomas, se pueda dar una comorbilidad con otras patologías tales como las migrañas, el síndrome de colon irritable o síndrome de apnea del sueño entre otras (Fernández, 2017).

La FM tiene una alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y con trastornos del sueño. En un estudio realizado por Roizenblatt et al. (s.f, como se citó en Chávez, 2013) se comprobó que quienes sufren esta enfermedad, tienen una calidad del sueño menor que el grupo control y a consecuencia de ello, se produce un empeoramiento de los síntomas.

La FM puede limitar a la persona en diferentes áreas, afectando así a su calidad de vida. La calidad y cantidad de sueño, el trabajo, la actividad sexual o conducir, son solo algunos ejemplos de las limitaciones sufridas por estos pacientes (Fernández, 2017). El cansancio es otra característica que sufren los pacientes de FM y puede llegar a ser muy severo. Se puede especificar como fatiga mental (López y Mingote, 2008).

Frecuentemente, la FM se diagnostica de manera errónea ya que muchos de los síntomas son comunes a otras enfermedades y no tienen una causa orgánica conocida a día de hoy. Además, las personas que la sufren, tiene que lidiar con otros problemas determinados por las dudas que los propios familiares tienen sobre la FM así como la creencia sobre la veracidad de esta. Incluso existen médicos que también dudan sobre si es real esta enfermedad. Esto puede ocasionar una falta de apoyo socioprofesional que puede afectar al bienestar personal del paciente (López y Mingote, 2008).

Un empeoramiento en del dolor sufrido puede ser ocasionado por la tensión o por estados emocionales de irritación, depresión y/o ansiedad (Moioli y Merayo, 2005). Datos extraídos de numerosos estudios señalan que los pacientes con FM tienen mucho más riesgo a sufrir una Depresión Mayor y que en el 30% de los casos se pueden presentar ansiedad y depresión de manera conjunta. (González et al., 2010). Por ello, es esencial un buen equilibrio emocional que se puede conseguir a partir de técnicas de relajación o de expresión emocional (Moioli y Merayo, 2005).

Una psicoeducación acerca del proceso y limitaciones que produce la FM puede hacer que los pacientes de dicha enfermedad hagan los cambios necesarios para sobrellevarla mejor y comprender así la naturaleza de esta. Este proceso de afrontamiento va a estar en relación con el impacto de la FM en la calidad de vida del paciente (López y Mingote, 2008). Es importante que dichos pacientes regulen de manera adecuada su ritmo de actividad y el descanso. En relación con esto último, es también muy útil que aprendan a no ser tan exigentes con ellos mismos cuando no consigan todos los objetivos previstos ya que esto puede aumentar el malestar de sus síntomas (Fabregat, 2017).

#### 4.1.1. POSIBLES ANTECEDENTES.

A día de hoy, no se conoce la causa exacta de la aparición de la FM, pero si los posibles orígenes y factores implicados. El origen puede ser multifactorial en el que estarían implicados factores psicosociales y biológicos. Estos factores podrían predisponer la aparición de los síntomas y mantener la gravedad de estos (Fernández, 2017).

Existen casos en los que se ha comprobado que la FM ha comenzado tras una crisis física o un evento psicosocial traumático tales como un accidente de coche o un divorcio. En otros casos ha aparecido a raíz de otra enfermedad como la artritis o el lupus eritematoso. Todos estos acontecimientos no se tratan de los causantes de la FM como tal, sino que funcionan como desencadenantes en personas que ya tienen una predisposición a sufrirla (López y Mingote, 2008).

Con lo que respecta al estrés que se produce en los pacientes con FM, algunos autores indican que se debe a un desequilibrio en el Sistema Nervioso Autónomo que se conoce como “disautonomía”. Los síntomas físicos y psicológicos pueden corresponderse a este problema (Fernández, 2017). Desde los años 90, el estrés se ha estudiado en profundidad ya que se considera un factor clave con respecto a la predisposición, como desencadenante y como cronificador de la FM (Arizmendiarieta et al., 2006).

Por otro lado, se ha establecido la “Teoría de la Compuerta”. Esta teoría señala que hay situaciones en las que se pueden “abrir” las compuertas al dolor o “cerrar”, es decir, situaciones en las que se puede sentir más dolor y otras en las que este dolor descende. Estar relajados con amigos y familiares hará que el dolor cese, al contrario de lo que ocurre, por ejemplo, al estar tenso o estresado después de trabajar. Aquellos pacientes que reconocen las situaciones que aumentan o disminuyen el dolor pueden incrementar las actividades que van a ser beneficiosas y gratificantes para ellos (Fabregat, 2017).

#### 4.1.2. HISTORIA EXISTENTE ACERCA DE LA FIBROMIALGIA.

Bailou, un médico del S. XVI, definió en 1592 al dolor musculoesquelético crónico como «reumatismo muscular». Posteriormente, Richard Manningham, otro médico inglés, en 1750 observó en sus pacientes una serie de síntomas tales como cansancio o dolor que no se relacionaban con ninguna enfermedad. En este momento, la FM es conocida por “febrícula” o “pequeña fiebre” (Arizmendiarieta et al., 2006).

Es en 1815 cuando William Balfour, cirujano en la Universidad de Edimburgo, señala que la FM se trata de una serie de nódulos en el músculo reumático. Estos nódulos o abultamientos se podían tocar al contraer el músculo. Luego, Floriep en 1843 describe en su tratado de “Patología y terapia de los reumatismos” algunas características al comprobar también que se producía dolor al presionar algunas partes del cuerpo (ASAFa, 2018).

Más tarde, en 1880, se identificaron síntomas parecidos a la FM y se utilizó el término “neurastenia” para nombrar a la enfermedad. No es hasta 1904 cuando William

R. Gowers describe por primera vez a la FM con el término “fibrositis”. La fibrositis señalaba una enfermedad caracterizada por una inflamación o reumatismo en las que se encontraba una serie de puntos dolorosos en los músculos. (Arizmendiarieta et al., 2006).

Steindler (1939, como se citó en Gutiérrez y Ballina, 2001) nombró a la FM como “dolor miofascial” y a partir de 1950 se clasifican una serie de características que acompañan a esta enfermedad siendo estas la fatiga, rigidez, trastornos del sueño y dolores difusos. En 1970 pasa a llamarse “Síndrome miofascial”.

Finalmente, Hench (1975, como se citó en Arizmendiarieta et al., 2006) denominó a la enfermedad con el término de FM, con el que se conoce actualmente. A raíz de esto, la FM se consideró un síndrome caracterizado por un dolor crónico con origen músculo-esquelético en el cual no había certeza de inflamación.

La FM fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud en 1992 y clasificada en el CIE-10 como patología reumatológica diferenciada crónica (Carrasco et al., 2010). Fue un paso muy importante ya que al ser reconocida se valoró la gravedad de esta enfermedad y provocó que los pacientes hiciesen frente de una mejor manera a la enfermedad (Fabregat, 2017).

El Colegio Americano de Reumatología estableció los siguientes criterios para diagnosticar la FM (Arizmendiarieta et al., 2006):

1. Existencia de más de 3 meses de dolor crónico musculoesquelético generalizado.
2. Sensación del dolor aumentada en 11 de los 18 puntos establecidos para el diagnóstico, llamados “tender points”.
3. No hay existencia de otra enfermedad sistemática que sea la causante del dolor (lupus, artritis, etc.).

#### 4.1.3. MODELOS Y TRATAMIENTOS PARA LA FIBRMIALGIA

Durante los años 70 y 80, la psicología se adentró en la investigación de la FM. Los primeros estudios consistían en buscar la psicopatología que explicase la enfermedad. A partir de los años 90, siguiendo una corriente cognitivo-conductual, se destaca la importancia de la interacción entre factores psicológicos y sociales con los factores biomédicos en el origen, desarrollo y gravedad de la FM (González et al., 2010).

Dentro de este contexto, se puede destacar los modelos bio-psicosociales del dolor. Este modelo se ha creado para explicar el dolor crónico más allá de una perspectiva biomédica. Sus bases señalan la importancia de la relación entre los factores psicológicos y sociales con el dolor crónico (Iddon et al., 2016). Así, para entender la percepción y las respuestas que dan las personas que sufren esta enfermedad, se tienen que considerar la interrelación entre los factores biológicos, el contexto sociocultural de la persona y su estado psicológico. A raíz de ello han surgido numerosas intervenciones en esta área.

El surgimiento de nuevos modelos ha ocasionado que la Psicología Positiva tenga un papel protagonista en relación con el tratamiento y estudio de la FM. Desde la Psicología Positiva se miden los constructos de felicidad, calidad de vida y bienestar. Seligman (2002, como se citó en Iddon et al., 2016) presenta un marco teórico compuesto por tres pautas para ser feliz. Consistía en que al potenciar la emociones positivas (placer), encontrar actividades en las que se destaquen nuestras Fortalezas (compromiso) y usar dichas Fortalezas más allá que el uso para uno mismo (significado) va a ayudar al desarrollo general de la persona, creando así un mejor bienestar. Posteriormente añadió a estos constructos la importancia de la sensación de logro (realización) y encontrar relaciones significativas para la persona (relaciones).

Así, el objetivo de la Psicología Positiva es hacer surgir y elaborar emociones placenteras para así poder prevenir enfermedades, disminuir la intensidad de estas y poder conseguir un buen bienestar subjetivo. Las emociones positivas tienen gran relevancia a la hora de mantener una buena salud y en el logro de un estado de bienestar en personas que sufren dolor crónico ya que modelan el tono emocional hacia un tono más positivo y se suprimen los efectos que pueden generar las emociones negativas (Arizmendiarieta et al., 2006).

Con lo que respecta al tratamiento, a día de hoy no hay una cura total para la FM. Los pasos que se siguen para saber que tratamiento será el mejor para cada paciente son los siguientes: un sólido diagnóstico, una explicación sobre el carácter de la FM, una psicoeducación, el tratamiento de factores psicológicos relacionados con el origen, un cambio comportamental para evitar que se agrave la enfermedad, el ejercicio físico y el uso de tratamientos farmacológicos como los analgésicos que disminuyen el dolor y ayudan a sobrellevarlo. Es importante destacar que la preocupación de los pacientes ante un problema por muy pequeño que sea, hará que se agrave o se origine la enfermedad. Por ello, en el tratamiento se encuentra un cambio de mentalidad, una reestructuración cognitiva, tanto en el paciente como en los familiares (López y Mingote, 2008).

Por ello, el modelo bio-psicosocial es el que más se aproxima a esta meta ya que sin eliminar la importancia de los factores físicos que causa la FM, busca un buen estado de bienestar personal teniendo en cuenta la relación que existe entre los diferentes factores involucrados. Así, para el tratamiento se sigue una perspectiva multidisciplinar (Fernández, 2017).

Los tratamientos se pueden clasificar en tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico. Los tratamientos farmacológicos hacen uso de anticonvulsivantes (gabapentina), antidepresivos (tricíclicos) y analgésicos (como el paracetamol). Por otro lado, los tratamientos no farmacológicos se basan en realizar una psicoeducación en los pacientes acerca de la enfermedad, el ejercicio físico y una terapia psicológica. Así, lo más beneficioso es un tratamiento en el que se combinen ambos tipos (Fernández, 2017).

Se ha comprobado que el tratamiento farmacológico no proporciona resultados tan beneficiosos cuando se emplea sin tratamiento psicológico ya que al haber diferentes síntomas que afectan de manera diferente a la salud y múltiples factores que predisponen a la aparición de la enfermedad, se necesita un tratamiento integral que influya en los diferentes sistemas (Peñacoba, 2009).

Tratar a la enfermedad de manera interdisciplinar es necesario para que las intervenciones sean efectivas en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y para prevenir en caso de ser una persona de riesgo (González et al., 2010).

El tratamiento en FM no es curativo, no acaba con la enfermedad, sino que actúa aliviando los síntomas o previniendo la aparición de otros. El tratamiento psicológico se realiza para moderar aspectos emocionales tales como la ansiedad y la depresión, aspectos cognitivos ayudándoles a percibir su propia eficacia, aspectos conductuales relacionado por ejemplo con actividades que se han visto reducidas y aspectos sociales ya que la enfermedad tiene un gran impacto en el ámbito sociofamiliar del paciente con FM (González et al., 2010).

Incluir en el tratamiento el trabajo de la asertividad es beneficioso ya que muchos pacientes tienen problemas a la hora de decir “no” y de no ser comprendidas por el resto. Así, las intervenciones que lo incluyan puede mejorar el sentimiento de eficacia del paciente (Moioli y Merayo, 2005).

Las principales áreas en las que se debe actuar es ante el estrés y los síntomas que produce la enfermedad, controlar el dolor y sobre la ansiedad y la depresión, regular las actividades de los pacientes, asegurar una buena adaptación social y actuar sobre las funciones cognitivas y las ideas irracionales que puedan surgir (Peñacoba, 2009).

En conclusión, la investigación psicológica se centra en el estudio del impacto de algunos factores psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad, las conductas de dolor o la hipervigilancia entre otros (Maurel, 2018). Esto a su vez repercute en el incremento del sufrimiento físico. Este dolor incrementado va a elevar las emociones negativas del paciente, creando así un círculo vicioso de dolor y tristeza.

Desde la Psicología Positiva se trabaja para acabar con ese círculo. Al promover emociones positivas, el sufrimiento de los síntomas físicos va a disminuir, que a su vez las emociones negativas también disminuirán. Esto ayudará a que los estados de bienestar se fomenten (Arizmendiarieta et al., 2006). La terapia de aceptación y compromiso es una de las terapias más completas dentro de la Tercera Generación de Terapias de Conducta y que muchos de los docentes de intervención psicológica la

emplean. Esta consiste en generar en el paciente un registro flexible y amplio de acciones dirigidas a una meta, teniendo el objetivo así de generar en el paciente conducta no evitativa de las situaciones (Luciano y Valdivia, 2006).

#### 4.2. DEFINICIÓN DE FORTALEZAS Y RELACIÓN CON EL TEMA

Las Fortalezas son las características psicológicas en las que destaca una persona y que aparecen en diferentes situaciones a lo largo del tiempo. Se puede definir también como aquellos comportamientos en los que la persona se distingue por su excelencia. Estas Fortalezas pueden aparecer en los pensamientos, las emociones y en la conducta, favoreciendo una vida más plena y facilitando los recursos psicológicos necesarios para ello (Ovejero y Cardenal, 2015).

El estudio de estas Fortalezas se sitúan dentro de la rama de la Psicología Positiva, comprendida esta como el análisis empírico del correcto funcionamiento de las personas (Herrera et al, 2019). De esta manera, las Fortalezas, las experiencias positivas vividas por las personas y la satisfacción vital son los conceptos clave en Psicología Positiva. Desde esta rama de la Psicología, se pretende promover y comprender las cualidades y Fortalezas de las personas. No solo se va a centrar en la enfermedad mental y en los problemas psicopatológicos (Ovejero y Cardenal, 2015).

Antonovsky, un sociólogo estadounidense, introdujo el término de “Salutogénesis” en 1980 siendo lo contrario al “sistema de atención de enfermedades”. La “Salutogénesis” no se centra en los factores que causan la enfermedad, sino que factores causan la salud y el bienestar de las personas (Lindström y Eriksson, 2006).

Utilizar un enfoque basado en Fortalezas pertenecería al enfoque salutogénico. Desde este se pretende que las personas utilicen sus Fortalezas para conseguir el bienestar, destacando Fortalezas tales como la Esperanza, la Gratitud o el Humor. Así, se basa en identificar primeramente las Fortalezas de la persona y luego aplicar dichas Fortalezas en su día a día. Por lo tanto, se hace necesario conocer qué Fortalezas son las que destacan en la persona para poder utilizarlas como parte de una intervención (Slatman, 2019).

Las investigaciones con respecto a este tema, han demostrado que las intervenciones en las que se emplean las Fortalezas de una persona generan un mayor número de emociones positivas y reducen a su vez las emociones negativas. Al aumentar las emociones positivas, se aumenta la cantidad de pensamientos-acción de las personas que hace que tengan formas de pensar y actuar más flexibles y con mayor creatividad. Las emociones negativas generan el efecto contrario (Slatman, 2019).

Además, las emociones positivas están relacionadas con la intensidad del dolor crónico. A través de las intervenciones realizadas desde la Psicología Positiva se puede disminuir tanto la intensidad como la interferencia que causa el dolor en la vida de los pacientes. El afecto positivo se ha visto que ejerce como un medio que aumenta la Resiliencia del paciente en momentos de mayor intensidad de dolor. Este efecto resiliente se debe a cambios evaluativos en la cognición de autoeficacia de la persona o una reestructuración cognitiva acerca del dolor (Slatman, 2019).

#### 4.2.1. CLASIFICACIÓN DE FORTALEZAS

Peterson y Seligman clasifican en un total de 24 las Fortalezas que una persona puede tener, agrupándolas en 6 Virtudes diferentes (Couñago, 2020), que son las siguientes:

- La Virtud de Sabiduría y Conocimiento que engloba las Fortalezas de Creatividad, Curiosidad, Apertura Mental, Pasión por aprender y Perspectiva.

- La Virtud de Coraje que recoge las Fortalezas de Valentía, Persistencia, Integridad y Vitalidad.

- La Virtud de la Humanidad que engloba las Fortalezas de Amor, Generosidad, Inteligencia social.

- La Virtud de Justicia que recoge tres Fortalezas, Civismo, Imparcialidad y Liderazgo.

- La Virtud de Templanza que engloba las Fortalezas de Misericordia, Humildad, Prudencia y Autocontrol.

- Por último, la Virtud de Trascendencia. Las Fortalezas vinculadas a esta son la Apreciación de la belleza y la excelencia, la Gratitud, la Esperanza, el sentido del Humor y la Espiritualidad.

Clasificar las Fortalezas y las Virtudes se hace con el fin de centrar el trabajo en la mejora del bienestar y en el éxito, no se hace para modificar las debilidades (Ovejero y Cardenal, 2015).

#### 4.2.2. FORTALEZAS RELACIONADAS CON LA FIBROMIALGIA

La dificultad de identificar la FM, ya que comparte síntomas con muchas enfermedades tal y como se ha ido indicando a lo largo del trabajo, ocasiona que los pacientes necesiten acudir a varios servicios médicos hasta que les diagnostiquen la enfermedad, ocasionando así mayores problemas psicológicos en relación con pacientes que tienen otra enfermedad diferente. De esta manera, se ha examinado que hay una serie de Fortalezas en las personas que amortiguan los efectos psicológicos negativos que pueden desembocar en dolencias físicas. Estas Fortalezas son el Optimismo, la Esperanza, la Perseverancia o el Coraje entre otras (Fernández, 2017).

El Optimismo, el Humor o las Emociones Positivas no solo se ha visto que ayudan a solventar problemas relacionados con la salud mental, sino que también ayudan a conseguir una mejor calidad de vida y de bienestar en los pacientes con dolor crónico (Arizmendiarieta et al, 2006).

El Optimismo ayuda a sobrellevar el dolor aunque este no se reduzca, mejorando así la calidad de vida y ayudando a que el paciente note un progreso en su estado físico. Además, el Optimismo ayuda a tener menos episodios de indefensión aprendida que hará que su sistema inmune se encuentre mejor (Arizmendiarieta et al, 2006). Los pacientes más optimistas aunque no indiquen un dolor diario menor, tienen más estados de ánimo positivos cada día, una mayor confianza en ellos mismos y menos días en los que el dolor les hubiera limitado a realizar una actividad.

El Humor es otra de las Fortalezas que más se destacan a la hora de sobrellevar mejor la enfermedad. Aporta múltiples beneficios a nivel físico (mejor tolerancia al dolor), a nivel social (se acentúa la motivación por ejemplo) y a nivel psicológico (como por ejemplo aumentando las buenas sensaciones y los estados de alegría, reduciendo así el estrés) (Arizmendiarieta et al, 2006). El estilo de Humor Positivo fomenta una

respuesta psicológica más flexible que permite no estancarse en un pensamiento negativo y regular mejor las emociones en pacientes con FM (Pérez-Aranda et al., 2021).

La Fortaleza de Perdón también se ha visto a través de la investigación que puede reducir el estrés, la rumiación, eliminar los comportamientos negativos de afrontamiento de la enfermedad y elevar por otro lado las emociones positivas que da como resultado una mejora en la salud mental y en la física (Lee y Enright, 2014).

La Espiritualidad es otra de las Fortalezas que ayudan a los pacientes con FM o con enfermedades relacionadas con el dolor crónico a afrontar dicho dolor. Este dolor ocasiona en la persona consecuencias muy graves, incapacitándola en muchas áreas. El dolor, al tener una dimensión emocional, puede ser graduado por la ansiedad, miedo o angustia. Por ello, puede ser positivo apoyar desde la Espiritualidad a los pacientes ya que esta Fortaleza tiene un componente social, pues favorece el encuentro con otras personas. Esto tiene influencias beneficiosas para no caer en depresión (Moreira-Almeida y Koenig, 2008).

Hay ocasiones en las que las personas no solo han combatido con éxito una enfermedad grave por ejemplo, sino que esta experiencia ha ocasionado cambios positivos, que se conoce como “Crecimiento Postraumático” del cual se hablará en el siguiente apartado. El Crecimiento Personal implica al autoconcepto, a las relaciones interpersonales y a la filosofía de vida de la persona. Mediante investigación se ha obtenido que la Fortaleza de afrontamiento religioso o Espiritual Positivo se relaciona con el crecimiento postraumático (Moreira-Almeida y Koenig, 2008).

Por último, en relación con la Fortaleza de Espiritualidad, en el estudio realizado por Wahner-Roedler et al. (2005) se halló que dentro de los diez tratamientos complementarios y alternativos a la medicina, el uso de la Espiritualidad y las oraciones se usaban en un 45% de los pacientes.

La Esperanza que tienen las personas que sufren FM también es considerada otra de las Fortalezas que más ayudan en el afrontamiento de la enfermedad.

Una última Fortaleza que se puede destacar es la Persistencia. La Persistencia es una estrategia de afrontamiento activo. A pesar de las posibilidades que existen de fracasar, aumentan los esfuerzos para enfrentarse a los obstáculos. Por ello, una buena estrategia a seguir por los pacientes de FM es la perseverancia y la Persistencia en sus tareas, intentando que no las eviten ya que va a ayudarles a verse más competentes para sobrellevar la enfermedad.

### 4.3. DEFINICIÓN DE CRECIMIENTO PERSONAL

El “Crecimiento Personal” es el término que define la facultad que tienen las personas para aprender de una situación adversa y de nosotros mismos, teniendo una actitud de apertura a nuevas experiencias (Martínez, 2018). Hay personas que a pesar de haber sufrido un suceso muy grave o traumático, consiguen obtener beneficios de esa situación. Gracias al Crecimiento Personal, la persona no sufre ningún trastorno psicopatológico ya que cuando una persona le hace frente a la experiencia negativa, van a aparecer procesos de adaptación hacia esa situación (Maurel, 2018).

Por lo tanto, el Crecimiento Personal puede conceptualizarse como el grupo de acciones que definen la identidad de una persona y ayudan a potenciar las propias acciones hacia el desarrollo de las habilidades personales e interpersonales del paciente (Osorio, 2020). Las personas aumentan así sus Fortalezas que hará que les sea más fácil alcanzar objetivos o deseos, aprendiendo de la experiencia.

El Crecimiento Personal se relaciona con el desarrollo humano y hay diferentes maneras y modelos de entenderlo. Uno de estos modelos es el modelo de Carol Ryff, en el que se postula que un alto nivel de Crecimiento Personal genera una sensación de desarrollo continuo, la apertura a experiencias como se ha mencionado previamente y percibir las mejoras personales (Martínez, 2018).

#### 4.3.1. ESTUDIOS SOBRE EL CRECIMIENTO PERSONAL EN FIBROMIALGIA

Tal y como se ha señalado en el apartado anterior, el Crecimiento Personal tras una situación adversa o traumática va a hacer que la persona sea resiliente, manteniendo

un buen funcionamiento psicológico. En personas que sufren dolor crónico, la Resiliencia se caracteriza por la baja alteración en la vida cotidiana y el corto malestar a nivel emocional a pesar de los altos niveles de intensidad de dolor (Ruiz y López, 2012).

En un estudio realizado por Karoly y Ruehlman (2006), se observa en los resultados que el 13% de una muestra de 2407 pacientes con diversas enfermedades que conllevan dolor crónico, se identificaron como personas resilientes. Estos pacientes tenían un menor número de conductas de protección, su autodiálogo era positivo, mostraban una mayor Persistencia en las tareas y un menor catastrofismo entre otras.

Ong et al. (2010), realizaron un estudio con 95 pacientes que sufrían dolor crónico y se encontró que había relación entre altas puntuaciones en Resiliencia y un mayor número de emociones positivas y menor nivel de dolor.

En otro estudio realizado con 208 pacientes de FM por Trillo et al. (2013), se puede observar que aquellos que tienen puntuaciones altas de Resiliencia presentan un menor catastrofismo, mejor afrontamiento al dolor, niveles inferiores de ansiedad y una menor inflexibilidad psicológica

Por lo tanto, se puede concluir que la Resiliencia tiene un papel muy importante en la adaptación al dolor crónico de quienes lo sufren, afectando a diferentes áreas como la aceptación del dolor, el afrontamiento activo de la enfermedad o en un buen funcionamiento autónomo de la persona (Ríos-Velasco, 2011 citado por Ruiz y López, 2012).

## 5. METODOLOGÍA

En este trabajo se va a llevar a cabo una revisión sistemática. Se trata de una metodología de investigación rigurosa que tiene como objetivo resumir la información existente acerca de un tema, en este caso sobre programas o estrategias de intervención sobre la potenciación de las Fortalezas en pacientes con FM, para posteriormente

analizar y comparar las evidencias y datos que aportan cada una de las intervenciones (Manterola et al., 2013).

Para realizar la búsqueda de los documentos y elaborar la revisión, se han empleado cuatro bases de datos electrónicas: Scopus, PROQUEST, PudMed y Google Académico.

Se establecieron unos términos clave para poder empezar la búsqueda de los documentos. Estos fueron *fibromialgia, adultos, intervenciones, estrategias y fortalezas*. Se emplearon tanto en español como en inglés para ir seleccionando artículos en base al título y resumen que pudieran ser útiles. Para una búsqueda más exhaustiva, se establecieron unos criterios de inclusión y de exclusión y así escoger documentos válidos con respecto a los objetivos señalados.

Cómo criterios de inclusión se establecieron los siguientes:

- Intervenciones o estrategias sobre la potenciación de las Fortalezas.
- Intervenciones o estrategias sobre el efecto positivo de las Fortalezas en pacientes de FM
- Textos completos y gratuitos.
- Artículos de intervenciones dirigidos a pacientes mayores de edad.
- Artículos en inglés o en español.
- Artículos desde 1995 en adelante.
- Programas de intervención que hayan sido implementados.

Los criterios de exclusión eran:

- Intervenciones dirigidas a menores de edad.
- Publicaciones de pago.
- Artículos en un idioma diferente al inglés o en español.
- Artículos con una antigüedad superior a 35 años.
- Programas que únicamente sean de prevención.
- Intervenciones dirigidas a otro tipo de enfermedades.

Tras implantar estos filtros, se realizó la primera búsqueda para seleccionar los documentos mediante las bases de datos que se han señalado anteriormente. Los artículos duplicados encontrados se descartaron. Del resto de documentos se leyó el resumen para comprobar si las intervenciones o estrategias eran útiles para conseguir los objetivos establecidos previamente. Se excluyeron los documentos que no cumplían las propiedades que se buscaban para la elaboración de la revisión.

De los seleccionados a partir del resumen, se continuó leyendo el texto completo. En este paso se hallaron múltiples estudios en los que el resultado no indicaba diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, en los que se utilizaba finalmente un tratamiento farmacológico o no se incluían las Fortalezas en el tratamiento psicológico o algunos en los que se hablaba de dolor crónico en general. Todos ellos fueron excluidos de la revisión. También se descartaron los documentos que no tenían la fiabilidad o veracidad apta.

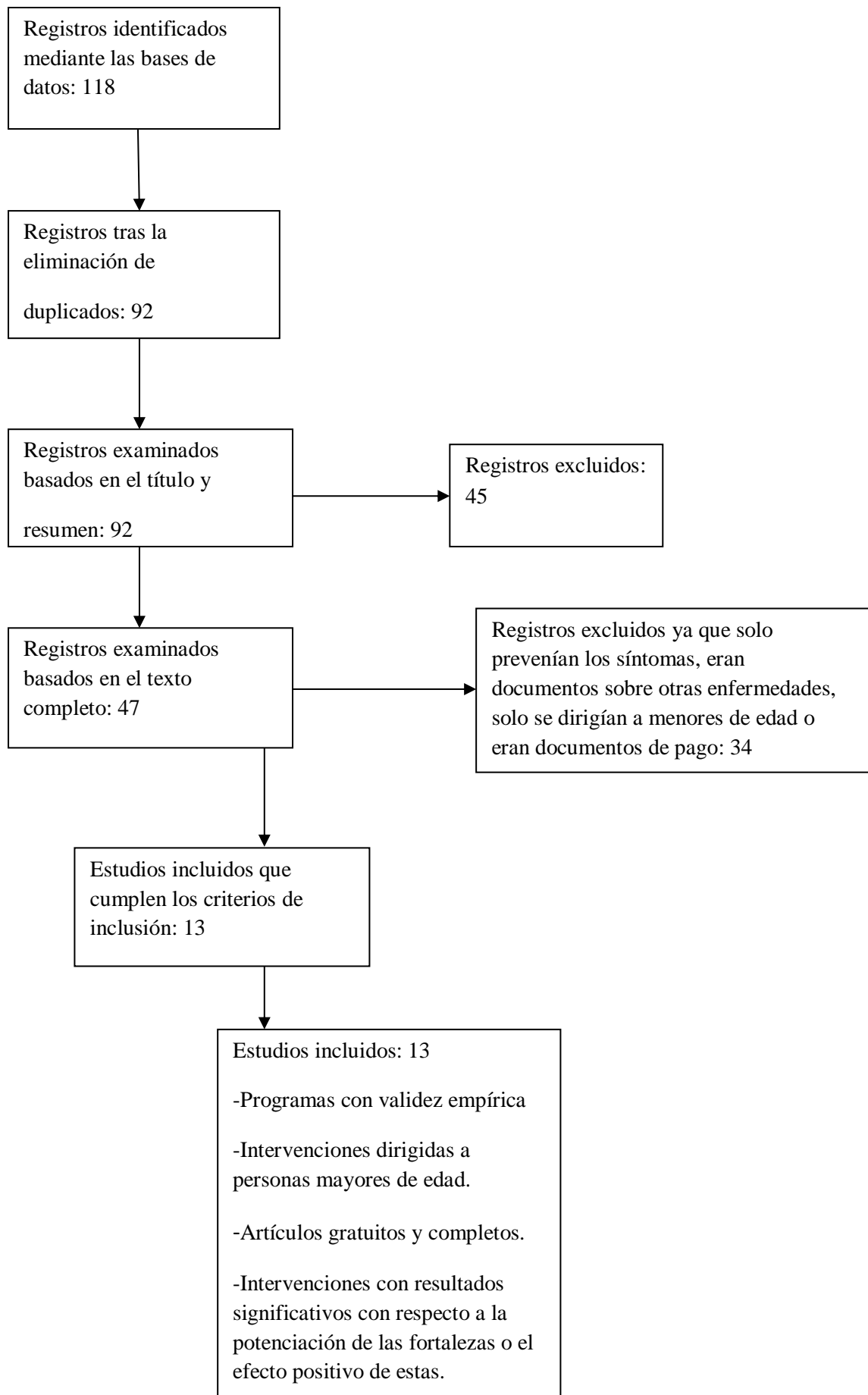
Después se seleccionaron los artículos o documentos que cumplían los criterios de inclusión, tanto intervenciones como estrategias, se comenzó a analizar y realizar los resultados de la revisión sistemática.

Para finalizar, tras la confección de los resultados, se elabora la discusión en la que se hace una interpretación y un contraste de los resultados elaborados previamente, finalizando así la revisión al haber conseguido realizar los objetivos de la revisión.

Todo el proceso que se ha llevado a cabo hasta llegar a los documentos seleccionados para la elaboración de este trabajo queda plasmado en el Diagrama de Flujo de Prisma (Figura 1).

**Figura 1.**

*Diagrama del Flujo de Prisma.*



*Nota.* Proceso seguido para la inclusión final de 13 documentos que resultan útiles para la elaboración de esta revisión sistemática tras cumplir todos los criterios de inclusión.

## 6. RESULTADOS

La revisión sistemática se ha realizado a partir de la selección de 13 artículos tras descartar 105 que no cumplían los criterios de inclusión señalados para conseguir los objetivos. En estos 13 artículos, se pueden hallar tanto programas de intervención en los que una Fortaleza haya sido potenciada en pacientes con FM comprobándose empíricamente su efectividad en la salud de dichos pacientes como estrategias en las que se compruebe el efecto positivo de las Fortalezas Personales.

Tras la lectura detallada de estos artículos, se ha conseguido realizar los objetivos fijados al comienzo de la revisión ya que se han encontrado los programas de intervención y las estrategias que han sido útiles para potenciar las Fortalezas y comprobar el efecto positivo de estas en pacientes adultos.

Los documentos seleccionados cumplen con los criterios de fiabilidad y validez requeridos para generalizar los resultados obtenidos a una mayor población. Además se basan en el método científico y utilizan instrumentos de medida validados empíricamente. Estos documentos hacen referencia a intervenciones o estrategias realizadas en asociaciones con pacientes de FM o en hospitales con muestras representativas. Las intervenciones de caso único fueron excluidas ya que tenían escasa representación en la población en general.

En la Tabla 1 quedan agrupados los resultados de los programas de intervención y las intervenciones que se han escogido para realizar este trabajo.

**Tabla 1**

*Resultados encontrados acerca de programas de intervención y estrategias efectivos.*

Autor /es y año	Estrategia de intervención	Tamaño y edad de la muestra	Instrumentos de medida	Resultados de la intervención
Lee y Enright, (2014)	Intervención de perdón basada en el modelo de proceso de perdón de <u>Enright (2001)</u> . La intervención se centra en una definición del perdón y la ira, a trabajar el perdón, en que situaciones es apropiado pedirlo, etc.	N: 5 Edad: 21- 68	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de trauma infantil (CTQ).</li> <li>- Medidas de cribado</li> <li>- Inventario de Perdón Enright (EFI)</li> <li>- Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ)</li> <li>- Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)</li> <li>- Inventario de expresión de ira de rasgo estatal-II (STAXI-II)</li> <li>- Inventario estatal de ansiedad por rasgos (STAI)</li> <li>- Formulario para adultos del inventario de autoestima de Coopersmith (CSEI)</li> <li>- Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ)</li> <li>- Prueba final de intervención de perdón</li> <li>- Prueba final de intervención de salud para la fibromialgia</li> </ul>	Los resultados indican que la intervención de perdón fue potencialmente útil para mejorar el perdón y la salud general de la FM, y para disminuir el estado de ira de la muestra.
	Participación en un	N: 79	- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado	-Cambios favorables en la calidad de

<b>León, S. (2018).</b>	taller grupal con técnicas de psicología positiva, en que se hace una identificación de las propias fortalezas y se incrementa la creatividad, gratitud, el amor, el perdón y la esperanza.	Edad: Mayor de edad	(STAI) - Escala de Felicidad de Lima (EFL) -Escala de Satisfacción con la Vida (ISV) - Escala Analógica Visual (EAV) - Inventario de Depresión de Beck (IDB)	vida al desarrollar el sentido positivo y la satisfacción vital, la realización personal y la alegría de vivir y disminución de la intensidad del dolor y los niveles de profundidad de la depresión.
<b>Pérez-Aranda et al., (2021).</b>	Diferentes tipos de humor como estrategia de afrontamiento efectiva para afrontar enfermedades crónicas a través de una intervención multi-componente en el la que se incluye el mindfulness	N: 35 Edad: Mayor de edad	-Cuestionario de estilos de humor (HSQ). -Cuestionario de Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ-15) -Impresión global del cambio del paciente (PGIC) -Cuestionario revisado de impacto de la fibromialgia (FIQR)	-El humor afiliativo y la proporción de estilos de humor son predictores de cambios autoinformados después de la intervención utilizando sesiones con mindfulness áreas que son relevantes para los pacientes con FM (dolor, trabajo, estado de ánimo).
<b>Lumley et al., (2017).</b>	Terapia de expresión y conciencia emocional (EAET). Se ayuda a los pacientes a atribuir su dolor y otros	N: 79 Edad: Mayor de edad	- Inventario Breve de Dolor (BPI). -American College of Rheumatology (escala de síntomas de fibromialgia). - Índice de calidad del sueño de Pittsburgh	En la condición de EAET hubo una mayor reducción en los síntomas de FM, del dolor generalizado, de la depresión, de la ansiedad y de las dificultades cognitivas. También mayores mejoras en el

	<p>síntomas a los mecanismos del SNC activados por las emociones, y a tomar conciencia y expresar de manera adaptativa las emociones derivadas de la enfermedad y el trauma. Se incluye en la intervención la expresión del perdón y la gratitud</p>		<p>-Cuestionario de Autoinforme de Habilidades Múltiples - PROMIS Fatigue - Encuesta de salud abreviada - Escala de Satisfacción con la Vida -PANAS</p>	<p>funcionamiento físico, el afecto positivo y la satisfacción con la vida.</p>
<p><b>Bush et al., (1999)</b></p>	<p>Se examina la relación entre las estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales religiosas y no religiosas y las variables de resultado para las personas con dolor crónico.</p>	<p>N: 61 Edad: 22-72 años</p>	<p>-Información demográfica. -Escala de valoración específica del dolor -Cuestionario de estrategias de afrontamiento - Encuesta de evaluación y afrontamiento religioso -Escala de Afecto Positivo y Negativo -La escala de resultado específico del dolor</p>	<p>-Las estrategias de afrontamiento religiosas positivas se correlacionaron con el afecto positivo. La intervención permite que la persona con dolor crónico experimente una gama más amplia o una mayor intensidad de emociones positivas.</p>
<p><b>Biccheri et al. (2016)</b></p>	<p>Se estudia la espiritualidad en las estrategias de</p>	<p>N: 590 Edad: Mayor de edad</p>	<p>- WCC-R - ESL ( Evaluation de La Spiritualité: Spirituality Assessment</p>	<p>Se observa que un mayor nivel de espiritualidad favorece el uso de afrontamiento centrado en el problema, lo que tendrá un impacto más positivo en la</p>

	<p>adaptación a la enfermedad de los pacientes con fibromialgia, así como en su calidad de vida.</p>		<p>- cuestionario de satisfacción con la vida de (Diener et al., <u>1985</u> )</p>	<p>satisfacción con la vida a largo plazo que cualquier otra forma de afrontamiento.</p> <p>Además los pacientes con un mayor nivel de espiritualidad implementan prácticas que reducen el impacto negativo de estos síntomas en su calidad de vida.</p>
<p><b>Montero-Marín et al., (2018).</b></p>	<p>Se evalúa la eficacia de ABCT (terapia de compasión basada en el apego) en el tratamiento de la FM en la que se busca fomentar virtudes interpersonales, como la compasión, el perdón y la gratitud. El ABCT fomenta una reorientación de la vida de la persona por la aceptación de su situación específica, mejorando la activación y funcionamiento en cada contexto específico.</p>	<p>N: 20 Edad: Mayor de edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)</li> <li>- Escala Visual Analógica (EVA)</li> <li>- Escala de gravedad de impresión clínica global (CGI-S)</li> <li>- Escala de Catastrofización del Dolor (PCS)</li> <li>- La Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- VAS del EuroQol (EQ-5D)</li> </ul> </li> <li>- Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)</li> <li>-</li> </ul>	<p>Se observaron mejoras significativas adicionales en el grupo ABCT en la gravedad clínica, ansiedad, depresión, calidad de vida y flexibilidad psicológica.</p>

<b>Torrijos (2019)</b>	Intervención de Mindfulness y Compasión (MSC). Se centra principalmente en ayudar a los participantes a desarrollar autocompasión, e incluye Mindfulness como un componente secundario.	N: 84 Edad: Mayor de edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario inicial de variables sociodemográficas y clínicas</li> <li>- Cuestionario breve de dolor o Brief Pain Inventory (BPI)</li> <li>- Escala Visual Analógica (EVA)</li> <li>- Self-Compassion Scale (SCS).</li> <li>- Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)</li> <li>- Pain Catastrophizing Scale (PCS)</li> <li>- Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)</li> <li>- Cuestionario de calidad de vida SF-36</li> <li>- Satisfacción con el tratamiento y adherencia al mismo: IMMPACT</li> </ul>	Se mejora la autocompasión y el autocuidado, se mejoran también ciertos aspectos de la calidad de vida, y se reduce el malestar emocional en pacientes con dolor crónico de larga y tórpida evolución. Un 20% de los participantes del grupo MSC mejoraron significativamente su capacidad de autocompasión global.
<b>Díaz-García et al. (2018)</b>	Tratamiento psicológico que integra técnicas de la TCC junto con herramientas de psicología positiva, aceptación, mindfulness e hipnosis. En las sesiones de intervención se incluye la auto-compasión, la perspectiva y la aceptación.	N: 5 Edad: 39- 67 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Medida de la Autocompasión (Self-Compassion Scale, SCS)</li> <li>- Cuestionario de Aceptación del Dolor (Chronic Pain Acceptance Questionnaire, CPA)</li> <li>- Índice de Calidad de Vida (Quality of LifeIndex, QLI)</li> <li>- Inventario de Depresión de Beck (Inventory on Beck's depression, BDI-II)</li> <li>- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ).</li> </ul>	Los pacientes aumentaron de manera significativa sus niveles de aceptación del dolor, auto-compasión y calidad de vida. Se observa también una mejora en el estado de ánimo acompañado de una reducción en la interferencia del dolor.

---

<b>Howell et al. (2015)</b>	Intervención de asesoramiento basada en el grupo y centrada en la esperanza para determinar si existen cambios con respecto a su esperanza, bienestar, aceptación del dolor y catastrofización del dolor.	N:10 Edad: 27- 67 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Esperanza del Estado</li> <li>- Inventario de Psicoterapia Positiva</li> <li>- Cuestionario de aceptación del dolor crónico revisado</li> <li>- Escala de catastrofización del dolor</li> </ul>	El resultado del estudio muestra un mayor bienestar y una mayor aceptación del dolor entre los participantes después del tratamiento con respecto al pre-tratamiento. Reflejan compromiso y mayores sentimientos de placer.
<b>Howell et al. (2015)</b>	Intervención de asesoramiento basada en el grupo y centrada en la esperanza para determinar si existen cambios con respecto a su esperanza, bienestar, aceptación del dolor y catastrofización del dolor.	N: 24 Edad. 20-70 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Esperanza del Estado</li> <li>- Inventario de Psicoterapia Positiva</li> <li>- Cuestionario de aceptación del dolor crónico revisado</li> <li>- Escala de catastrofización del dolor</li> <li>- Escala Integral de Esperanza del Estado</li> </ul>	Cambios significativos en niveles mayores de esperanza, un mayor bienestar y un menor dolor catastrófico entre los participantes en la post intervención.

---

<b>Slatman, (2019)</b>	Intervención de identificación de fortalezas para aumentar conocimiento de las propias fortalezas completando el buscador de fortalezas. Dos grupos con pacientes con diferentes enfermedades de dolor crónico incluida la fibromialgia. B recibió la intervención de identificación de fortalezas y D tanto la de identificación como la de uso de estas.	N: 12 Edad: Mayor de edad	-PANAS - NPRS -MPI-DLV (pain interference) -Informed consent - Demographic information -QBF (extraversion)	-Fortalezas mayormente identificadas: Soy persistente (persistencia), trato de ayudar a otros (generosidad) estoy agradecido por lo bueno en mi vida (gratitud), tengo un sentido del humor (humor), me gusta probar o aprender cosas nuevas (pasión por aprender). -La intervención de identificación de fortalezas disminuyó la interferencia que causa el dolor, Este estudio apoyó la hipótesis de que la intervención de identificación de fortalezas disminuye efecto negativo.
<b>Vallejo et al. (2009)</b>	Estudio de las relaciones entre las expectativas de autoeficacia, las reacciones emocionales (ansiedad y depresión) y las estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia.	N: 100 Edad: 23-77 años	- Escala de ansiedad y depresión en hospital (HADS) - Inventario de estrategias de afrontamiento del dolor crónico (CPCI) - Escala de autoeficacia de dolor crónico (CPSS)	Se comprueba que una de las estrategias ante el dolor es la persistencia en la tarea (estrategia activa). Persistir en la tarea mejoraría la percepción de autoeficacia, sin embargo utilizar la evitación como estrategia de afrontamiento estaría relacionada con una disminución en la percepción de autoeficacia. Además se ve que a mayor persistencia en la actividad que se realice menor tendencia a padecer depresión

A continuación se explican los resultados encontrados a partir de la búsqueda realizada de la literatura acerca del tema. Tras reunir los datos, se han dividido en apartados las intervenciones y estrategias según la Fortaleza a la que hacen referencia.

## 6.1. FORTALEZA DE PERDÓN

El estudio sobre la Fortaleza de Perdón por parte de la rama de Psicología no lleva mucho tiempo en proceso pero son muchas las investigaciones que se han realizado acerca de los determinantes, las consecuencias y los modos de fomentar el Perdón (Pallares, 2016).

Perdonar no es una acción que consiste en olvidar o ignorar algo, sino que se trata de un proceso de sanación interna con una perspectiva interpersonal. En dicho proceso se pretende una reconciliación en el que la empatía y la compasión son necesarias para evitar que aparezcan sentimientos de venganza, ira o resentimiento. (Pallares, 2016).

El Perdón es una Fortaleza ligada a la Gratitud y a la Humildad. Los estudios realizados en relación a esta Fortaleza han mostrado que el perdón genera un resultado positivo para la salud mental y física de la persona. En concreto, el Perdón puede aumentar nuestro bienestar y reducir la posibilidad de sufrir depresión, puede mejorar las relaciones personales, puede aumentar la amabilidad y mejorar nuestra autoestima y autoconcepto. Además, según Seligman, investigador en Psicología Positiva, el Perdón puede producir mejoras en el interior de la persona, siendo el Perdón un proceso que ayuda al Crecimiento Personal. (Pascual, 2019).

Tras la revisión de la literatura, se ha encontrado un programa de intervención realizado por Lee y Enright (2014) que trabaja el Perdón con pacientes de FM que han sufrido abuso emocional, físico o sexual por parte de uno de sus padres. Se utiliza el Perdón como estrategia de intervención ya que perdonar tiene relación en el proceso neurofisiológico de la FM. Gracias al Perdón se puede reducir la ira, el resentimiento y el estrés y puede hacer mejorar el sistema inmunológico y el Sistema Nervioso Central

que han sido dañados en estos pacientes al actuar mejorando el sistema endocrino de estos que se encuentra afectado.

Una intervención consistente en una psicoeducación sobre el Perdón, el compromiso de perdonar y su trabajo y saber cuándo perdonar y cómo saber que los pacientes han perdonado de manera genuina genera como resultado una mejora en la propia Fortaleza de Perdón y de los estados de ira (Lee y Enright, 2014).

En otra investigación se ha encontrado que también es significativa la potenciación del Perdón dentro de las sesiones de la intervención junto con las Fortalezas de Gratitud y Esperanza. Talleres grupales en los que se trabaja con técnicas de Psicología Positiva producen cambios positivos en la calidad de vida de personas que sufren FM ya que se consigue desarrollar el sentido positivo y la satisfacción vital así como la realización personal y una mayor alegría por vivir. En concreto, en el este estudio realizado por León (2018), se trabaja la identificación de las propias Fortalezas, la capacidad de desarrollar esas Fortalezas y trabajar con las Fortalezas de Gratitud, el Perdón, la expresión del Amor, la Esperanza a los largo de las diferentes sesiones. Se comprueba que el trabajo con estas Fortalezas disminuye en los pacientes la intensidad del dolor y los niveles de depresión (León, 2018).

Por último, en relación a la Fortaleza de Perdón, en el estudio de Lumley et al. (2017) se utiliza la terapia de expresión y conciencia emocional (EAET) consistente en sesiones en las que se trabajan varios temas. Se trabaja reconociendo que factores son los que les causan estrés a los pacientes y se identifica y se expresan emociones combinando las sesiones con la expresión del Perdón y la Gratitud como Fortalezas beneficiosas en el tratamiento de la FM. Al igual que en los estudios previamente mencionados, se obtienen resultados significativos ya que hay una reducción de los síntomas de la enfermedad así como un menor dolor generalizado, una reducción de la posibilidad de sufrir depresión, ansiedad o dificultades cognitivas y una mejora en el funcionamiento físico, en el afecto positivo y en la satisfacción con la vida. (Lumley et al., 2017).

## 6.2. LA FORTALEZA DE ESPIRITUALIDAD

La Fortaleza de Espiritualidad es la capacidad de una persona de tener creencias congruentes relacionadas con el propósito más alto, el significado de la vida y el lugar que ocupamos en esta. Pertenece a la Virtud de la Trascendencia en la que las personas tienen ciertas creencias sobre la existencia de una dimensión trascendental de la vida. En relación con la Psicología, estas creencias van a influir en la construcción del sentido vital ya que actúa ayudando a los individuos a tener más consciencia y en la manera que tienen estos de establecer relaciones interpersonales con el entorno en general (Vargas y Moya, 2018).

En relación a la Fortaleza de Espiritualidad, se ha encontrado el estudio realizado por Bush et al. (1999) en el que se examina la relación que hay entre las funciones cognitivas religiosas y no religiosas. Los pacientes de FM tienen una capacidad limitada para realizar actividades cotidianas, problemas en sus relaciones sociales y familiares o dificultades en el trabajo tal y como se habló en las características previamente. Por ello, estrategias de afrontamiento como la religión o la Espiritualidad ayudan a cambiar sus perspectivas y se ha comprobado que permiten que estas personas sientan una mayor intensidad de emociones positivas.

En un segundo estudio se examina la relación que hay entre Espiritualidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas que sufren FM. Se comprueba en dicho estudio que la Fortaleza de Espiritualidad aporta beneficios en los pacientes ya que se favorece el uso de afrontamiento basado en el problema que hace que se obtenga un efecto positivo mayor en comparación a otras formas de afrontamiento (Biccheri et al., 2016).

Además, los pacientes van a tener un afrontamiento basado en la búsqueda de apoyo social que va a influir de manera positiva en la satisfacción con la vida del paciente (Biccheri et al., 2016).

### 6.3. FORTALEZA DE PERSISTENCIA

La Persistencia es la Fortaleza Personal que se refiere al comportamiento activo y continuado realizado de manera voluntaria que se dirige a la consecución de un objetivo. Se hace con la meta de acabar lo que se empezó a pesar de las dificultades u obstáculos que se puedan encontrar, todo ello acompañado de una sensación de satisfacción cuando se finaliza la meta a conseguir (Muñoz et al., 2018).

Mediante la investigación en dolor crónico, se ha comprobado que las estrategias de afrontamiento tienen un papel muy importante en la adaptación, en el manejo y en el control del estrés que se produce en los pacientes. No todas las estrategias tienen la misma eficacia ya que las más activas y centradas en el problema son las que tienen mejores resultados en el manejo del dolor. En relación a esto, en el estudio de Vallejo et al. (2019) se estudia la relación que hay entre las expectativas de autoeficacia, de las estrategias que pueden utilizar los pacientes y el malestar emocional. Se observa que la Persistencia en la tarea es la estrategia más usada y que se correlaciona de manera negativa con la depresión.

La Fortaleza de Persistencia ocasiona en la persona que, ante una situación en la que hay probabilidad de fracasar, un aumento de los esfuerzos. La autoeficacia percibida tiene un papel relevante ya que un buen nivel de autoeficacia genera en el paciente más seguridad, una menor evitación de situaciones y una mayor Persistencia en la tarea (Vallejo et al., 2019).

Por otro lado, identificar las Fortalezas que uno mismo tiene puede tener efectos beneficiosos en la FM ya que se disminuye la interferencia en la vida diaria que causa el dolor así como el afecto negativo. En el estudio de Slatman (2019) incluido en esta revisión se realiza un programa de intervención en el que uno de los grupos trabaja identificando sus Fortalezas. Como resultado se obtiene que una de las más utilizadas es la Persistencia. La Gratitud, el Humor y la Generosidad son otras de las Fortalezas que más se emplea. Todas ellas generan efectos positivos en el afrontamiento de la enfermedad.

## 6.4. FORTALEZA DE ESPERANZA

La Esperanza es una Fortaleza Personal que faculta a las personas a proyectar un mejor futuro tanto para él mismo como para los demás y trabajar para su consecución. Los individuos que poseen esta Fortaleza se destacan por saber disfrutar de las cosas aunque sean insignificantes para otros y por saber afrontar grandes dificultades, pudiéndose llamar así personas resilientes (Bañón, 2011).

El dolor bloquea e incapacita a la persona en la consecución de sus metas y reducir la motivación de estos. Se ha hallado a partir de las investigaciones que un alto nivel de Esperanza aumenta la predisposición de los pacientes a buscar diferentes objetivos y caminos para conseguir dichos objetivos y elevar la motivación. Por ello, en el trabajo de Howell et al. (2015) se realiza una intervención basada en el asesoramiento centrado en la Esperanza para comprobar como la Esperanza y el bienestar se potencian en pacientes de FM.

Se realizan dos investigaciones en las cuales se utiliza la misma intervención, utilizando estrategias de Esperanza y herramientas de la rama de Psicología Positiva para mejorar los problemas que suelen dificultar la vida de dichos pacientes. Así, una intervención en la que se incluye la elaboración de un poema grupal sobre la Esperanza, la realización de una hoja de trabajo completando la frase “Espero...”, la construcción de un collage de Esperanza mediante imágenes que los pacientes pueden cortar de revistas, identificar las Fortalezas de cada uno, la enseñanza de recursos para potenciar la Esperanza y una actividad lúdica con el objetivo de fomentar la Esperanza en futuras ocasiones puede mostrar en los pacientes un mayor bienestar y aceptación del dolor. Además se comprueba que también se puede conseguir un mayor compromiso con los objetivos a realizar y mayores sentimientos de placer.

En el segundo estudio también se demuestra que el trabajo de la Esperanza mediante esta intervención aumenta los niveles de Esperanza, genera un mayor bienestar y reduce el dolor catastrófico de los pacientes.

En el trabajo de León (2018), previamente mencionado, también se muestra como la Esperanza se puede mejorar o potenciar a través de la intervención propuesta.

## 6.5. FORTALEZA DE COMPASIÓN

La Compasión es la Fortaleza que permite a la persona que la posee el coraje imprescindible para hacer frente a situaciones difíciles. Están implicados dos procesos. Uno de ellos es el coraje de relacionarse y tener contacto con el dolor en vez de ignorar la situación y el otro es la decisión o actitud de alcanzar la sabiduría que se necesita para hacer frente de manera adecuada al sufrimiento (Brito, 2015).

Una Terapia de Compasión basada en el apego (ABCT) como tratamiento de la enfermedad de FM, ha demostrado ser beneficiosa ya que reduce la gravedad clínica de esta y la probabilidad de sufrir ansiedad o depresión y se mejora la calidad de vida y la flexibilidad psicológica. Por lo tanto, una intervención en la que se incluye sesiones de entrenamiento en atención plena y Compasión, y un aprendizaje acerca de cómo recibir y ofrecer Compasión a amigos, desconocidos o a uno mismo es significativa para tratar la FM. En esta intervención también se incluye la práctica de mindfulness y la proyección de videos acerca de la Autocompasión y el apego generado en el entorno familiar (Montero-Marín et al., 2018).

La Autocompasión es una estrategia para regular las emociones en las que los sentimientos que causa el dolor no son evitados sino que se comprenden y se toma consciencia de la situación. Esta Fortaleza está formada por los siguientes componentes que se relacionan: la amabilidad con uno mismo vs auto-juicio y el sentido de humanidad compartida vs aislamiento o soledad (Torrijos, 2019).

En relación con este concepto, se ha encontrado un segundo estudio incluido en esta revisión en la que se realiza una intervención MSC basada en desarrollar la Autocompasión y que también incluye la práctica de mindfulness como componente secundario. Se puede implementar para que los pacientes dejen de comportarse de manera negativa con ellos mismos, para aumentar su motivación, para mejorar el manejo y regulación de las emociones, gestionar mejor las relaciones sociales complicadas y entender que es el la Autocompasión e incluirla en la vida diaria (Torrijos, 2019).

Los pacientes que muestran ser autocompasivos tienen una mejor salud psicológica y se relaciona con un menor miedo a fallar, a ser menos perfeccionista y tener menos rumiaciones. El estudio muestra que los pacientes que han seguido la intervención obtienen un aumento en el bienestar físico y emocional, beneficios en relación a la Autocompasión y en las relaciones interpersonales, la ansiedad, el estrés y la depresión, una mejora en la Compasión por los demás y en la satisfacción vital y nivel menor de evitación de las tareas (Torrijos, 2019).

Por último, Díaz-García et al. (2018) implementan en pacientes de FM una intervención que incluye temas tales como la Autocompasión, la Perspectiva y la aceptación integrando técnicas de terapias cognitivo-conductuales. Se puede trabajar sesiones de Autocompasión en las que se enseñe la necesidad de tener que cuidarnos y de ser amables con nosotros mismos para mejorar el bienestar y aliviar el sufrimiento que los síntomas generan en los pacientes. Además a través de esta intervención se pueden producir aumentos significativos en la aceptación del dolor, en la calidad de la vida y una potenciación de la Autocompasión ya que no solo se orienta a reducir el dolor sino a que el paciente aprenda herramientas para conseguir una mayor aceptación de él mismo, un aumento de sus emociones positivas y de la calidad de vida resultado así más fácil el afrontamiento del dolor.

## 6.6. FORTALEZA DE HUMOR

El Humor puede ser un camino factible para la comunicación interpersonal y útil para reducir la ansiedad, tensiones o inseguridades que surgen en las personas así como un mecanismo de defensa en situaciones desfavorables. En este contexto, el sentido del Humor corresponde a una Fortaleza Personal que hace referencia a la capacidad para experimentar la reacción de la “risa” y de esta forma poder mantener un estado de ánimo positivo. (Losada y Lacasta, 2019).

Existen cuatro tipos de Humor que son: el Humor Afiliativo, en el que no existe un enfrentamiento o enemistad con el otro; el Humor de Mejoramiento Personal en el que se usa el Humor como Estrategia para afrontar las adversidades; el Humor Agresivo que se emplea para criticar al otro utilizando el sarcasmo; y el Humor de

Descalificación Personal que se trata de un Humor auto descalificativo (Losada y Lacasta, 2019).

Se pueden emplear distintos tipos de Humor como estrategia de afrontamiento en enfermedades crónicas, centrándose la investigación en este caso en la FM. En concreto, se ha comprobado a través de la revisión de la literatura que los estilos de Humor Positivo presentan en las personas rasgos de la personalidad relacionado con la apertura a nuevas experiencias, a una mayor autoeficacia o a un aumento de la flexibilidad psicológica que ayuda a que se quieran seguir las sugerencias y consejos enseñados en las sesiones (Pérez- Aranda et al., 2021).

Ocurre lo contrario con estilos de Humor Negativo ya que genera un mayor número de síntomas depresivos, una menor autoeficiencia y un locus de control enfocado externamente. Esto ocasiona mayor dificultad en el aprendizaje y el seguimiento de las prácticas enfocadas a reducir el dolor (Pérez- Aranda et al., 2021).

En el estudio de Pérez- Aranda et al., (2021) demuestra que el Humor Afiliativo y la adquisición de la Fortaleza del Humor en los pacientes de FM van a predecir cambios autoinformados tras el uso de sesiones en las que se incluye el mindfulness en diferentes áreas.

## 6.7. FORTALEZA DE GRATITUD

La Gratitude es una de las Fortalezas que va a proteger a las personas de trastornos mentales tales como la depresión o la ansiedad y va a producir mayor resistencia a sufrir estrés. La Gratitude reduce la comparación social que va a generar a su vez una reducción de las emociones negativas y un aumento de la satisfacción vital y de la autoestima (Romero, 2015).

Además, la potenciación de esta Fortaleza es muy útil para tener un buen estado psicológico ya que se relaciona de forma positiva con el optimismo, la alegría y el entusiasmo y aporta experiencias positivas tales como el bienestar, el afecto positivo y las conductas prosociales. (Emmons y Stern, 2013).

A lo largo de la exposición de los resultados obtenidos en esta revisión sistemática, se ha podido comprobar como la Fortaleza de Gratitud se emplea en múltiples intervenciones o investigaciones.

En el estudio de León (2018) se realiza una intervención consistente en el desarrollo y trabajo de Fortalezas en las que se encuentra la Fortaleza de Gratitud.

También se incluye en el estudio realizado por Lumley et al., (2017) al incluir el trabajo de la Gratitud en las sesiones del programa ya que se comprueba que es una de las Fortalezas que resultan beneficiosas para el tratamiento de la FM.

Destacar también el estudio de Slatman (2019) en que previamente se ha señalado que se realiza una intervención con un grupo consistente en identificar Fortalezas. En los resultados se obtiene que la Gratitud es una de las Fortalezas que más se emplea.

Por último, en el estudio de Montero-Marín (2018) se quiere fomentar las Fortalezas Personales a través de una intervención basada en Compasión en la que se incluye la Gratitud como objetivo de potenciación.

## 7. UTILIDAD, RELEVANCIA Y VINCULACIÓN CON LA DISCIPLINA DE PSICOLOGÍA POSITIVA

La rama de la Psicología conocida como “Psicología Positiva” comenzó su desarrollo por el psicólogo Martin Seligman. Esta rama tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir el surgimiento de trastornos mentales o patologías. Es decir, la Psicología Positiva se centra en la construcción de competencias en los individuos y en la prevención (Vera, 2006).

En tal aspecto, se ha evidenciado que hay una serie de Fortalezas Personales que pueden ejercer efectos amortiguadores contra los trastornos mentales y que pueden actuar como barrera contra dichos trastornos. Estas Fortalezas pueden ser la Esperanza, la Perseverancia o el Optimismo entre otras muchas (Vera, 2006).

A lo largo de este trabajo se ha realizado una revisión sobre las intervenciones y estrategia que hay para potenciar las Fortalezas Humanas y estudiar sus efectos positivos en relación a los síntomas aversivos y dificultades que causa la FM, por lo que esta temática se encuentra dentro de la Psicología Positiva.

La FM es un grave problema para la vida de quienes la sufren ya que está ligada a otros trastornos tales como la depresión, la ansiedad, trastornos del sueño o estrés. Así, se hace necesario actuar para prevenir la aparición de dichos trastornos y reducir la sintomatología asociada dicha enfermedad ya que hasta la fecha no se ha encontrado una cura permanente.

El papel del psicólogo en el tratamiento de la FM es relevante puesto que va a ser él quien evalúe el grado de gravedad que la FM causa en el paciente y si existen otros trastornos asociados mediante el uso de escalas y test estandarizados. Además será quien implemente los programas de intervención o los talleres donde se aprendan estrategias para fomentar las propias Fortalezas que ayudarán a los pacientes a llevar una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, el estudio acerca de las intervenciones y estrategias potenciar las Fortalezas personales y el efecto positivo que estas causan en los pacientes de FM es de gran utilidad para la Psicología Positiva ya que de esta manera se pueden atenuar los síntomas negativos que causa esta enfermedad y evitar que se originen otros trastornos más graves, teniendo el psicólogo un papel importante para que los pacientes saquen provecho a sus Fortalezas Personales.

## 8. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática acerca de la literatura existe sobre los programas de intervención o estrategias que empleen la potenciación de las Fortalezas y que han conseguido resultados beneficiosos y significativos en adultos con FM o que estudien los efectos positivos de estas en el paciente. Además, como un objetivo adicional se hace una búsqueda de documentos que muestren estudios en los que se relacione el Crecimiento Personal con la FM.

Tras la búsqueda en las bases de datos aplicando los criterios de inclusión y de exclusión, se seleccionaron 13 documentos. Tras su detallada lectura, se recogen los resultados hallados.

Se encuentra que hay numerosas Fortalezas que pueden ser potenciadas a través de la intervención en los pacientes con FM así como estudios en los que se demuestren los efectos positivos que causan dichas Fortalezas en la mejora de la enfermedad. Por lo tanto, se hace posible reducir los efectos negativos de la sintomatología que acompaña al sufrimiento de la FM.

Una cuestión relevante es la necesidad de adaptar las intervenciones en relación a la Fortaleza que quiere ser potenciada o estudiada así como a las dificultades que presenta el paciente.

Tras la realización de los resultados, se puede conocer la importancia que tienen las Fortalezas tanto en el efecto positivo con respecto al tratamiento de los síntomas que produce la FM como la potenciación de estas en la mejora del bienestar y la salud.

En el trabajo del Perdón se ha visto que es necesaria una actitud de empatía y compasión para evitar sentimientos negativos. Está estrechamente relacionado con las Fortalezas de Gratitud y Humildad. Se ha comprobado que el Perdón tiene un papel importante en el proceso neurofisiológico de la FM por lo que trabajar esta Fortaleza puede reducir la ira, el resentimiento y el estrés. Además, perdonar aporta cambios positivos en la calidad de vida de los pacientes, sienten estos una mayor realización personal y una mayor alegría por vivir. Una de las terapias más destacables es la Terapia de Expresión y Conciencia Emocional (EAET) puesta a prueba por Lumley et al., (2017), consistente en reconocer los factores que causan estrés a los pacientes de la

intervención, identificando y expresando sus emociones en combinación con sesiones de expresión del Perdón y la Gratitud. Se puede obtener un resultado positivo ya que se reduce la intensidad del dolor y los niveles de depresión.

Otra Fortaleza que aporta grandes beneficios en estos pacientes es la Espiritualidad. El uso de la Espiritualidad o la religión como estrategia para afrontar el dolor, junto con el apoyo en la fe, se relaciona de manera positiva con una menor tendencia a sufrir ansiedad, depresión o pérdida de control (Soucase et al. 2004). Resumiendo, a través de la Fortaleza de Espiritualidad se puede encontrar sentido a la vida, dando buenos resultados en pacientes con una enfermedad crónica como es la FM en este caso.

Por otra parte, la Persistencia es la estrategia más usada por los pacientes según el estudio realizado por Slatman (2019), correlacionando esta Fortaleza de manera negativa con la depresión. Potenciar esta Fortaleza es vital ya que ocasiona en el paciente un aumento en sus esfuerzos en situaciones con probabilidades de fracaso. La autoeficacia percibida va a tener una importante influencia en el desarrollo de esta Fortaleza.

Tras la elaboración de los resultados también se puede conocer la importancia que tiene la Fortaleza de la Esperanza en los pacientes con FM. Dichos pacientes se ven bloqueados o incapacitados por el dolor y esto les dificulta a la hora de conseguir sus metas. Por ello, las intervenciones que fomentan la Esperanza ocasionan un aumento en la predisposición de los pacientes en la búsqueda de otros objetivos y diferentes caminos para conseguirlos. Un ejemplo de una posible intervención es la llevada a cabo por Howell et al., (2015), quienes realizan dos estudios utilizando la misma intervención. Se concluye que al utilizar estrategias de Esperanza y herramientas de Psicología Positiva se puede generar un mayor bienestar y aceptación del dolor.

La Compasión también tiene gran influencia en la mejora de los pacientes con FM. Esta Fortaleza ayuda a reducir la gravedad clínica de la enfermedad así como la posibilidad de sufrir ansiedad o depresión. En esta revisión se pueden destacar dos posibles intervenciones que se pueden implementar en estos pacientes ya que han obtenido resultados positivos. Estas son la ABCT y la MSC, en las que se destaca el

papel de la Autocompasión para una llegar a tener una mejor salud psicológica, un menor miedo a fallar y un nivel más bajo de rumiaciones.

Por otra parte, los estudios realizados en relación a la Fortaleza de Humor han presentado que un estilo de Humor Positivo muestra en las personas rasgos de la personalidad más favorables y promueven a un mayor seguimiento de las indicaciones. En el estudio realizado por Pérez- Aranda et al., (2021) se observa que en los pacientes que tienen un Humor Afiliativo y adquieren la Fortaleza de Humor se predicen cambios autoinformados positivos. Por lo tanto, esta Fortaleza también es apta para ser utilizada en el trabajo de la mejora de pacientes con FM.

Por último, la Gratitude se ha comprobado que es una Fortaleza que resulta beneficiosa en combinación con el trabajo conjunto de otras Fortalezas tales como la Compasión o el Perdón. Dicha Fortaleza puede proteger a los pacientes de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad, va a generar una mayor resistencia a sufrir estrés y reduce la comparación en las relaciones sociales.

Para concluir, se hace referencia a en esta revisión sistemática la importancia del papel del psicólogo y el conocimiento de la Psicología Positiva en la intervención de los síntomas y dificultades que causa la FM en los pacientes. El tema principal que se ha tratado a lo largo del trabajo es de gran relevancia en psicología puesto que esta enfermedad supone un aumento en la posibilidad de sufrir ansiedad, depresión o estrés, agravando aún más el dolor crónico. Por ello, es necesario hacer hincapié en un mayor número de investigaciones y estudios acerca de cómo se puede intervenir a través de la potenciación o desarrollo de las Fortalezas para evitar que se empeore la calidad de vida de los pacientes así como su bienestar y felicidad.

## 9. CONCLUSIÓN

En resumen, esta revisión sistemática ha expuesto las diferentes Fortalezas que pueden ser potenciadas a través de programas de intervención así como el efecto positivo que causan estas en la sintomatología de la FM que sufre el paciente. Las

Fortalezas más importantes encontradas en relación con la enfermedad son la Gratitude, el Humor, la Compasión, el Perdón, la Esperanza y la Espiritualidad. Por esta razón, en las asociaciones de pacientes de FM o en los centros hospitalarios se deberían implantar intervenciones de forma individual o grupal en el que se trabaje la potenciación de las Fortalezas Personales.

Además se han incluido varios estudios en los que se habla del Crecimiento Personal en pacientes de FM y dolor crónico, siendo las personas resilientes las más beneficiadas en el transcurso de la enfermedad.

Tras la revisión de toda la documentación y de la literatura se puede concluir que hay que hacer un mayor énfasis en investigaciones relacionadas con el trabajo de las Fortalezas y el estudio de sus efectos positivos en los pacientes de FM ya que son muy carentes las que han sido realizadas hasta el día de hoy. Sería recomendable poder incluir líneas de intervención más enfocadas a la base emocional de dolor y personalizadas a cada paciente, puesto que las emociones y el desarrollo de Fortalezas tienen un papel clave en el desarrollo de la enfermedad tal y como se ha expuesto a lo largo de este trabajo. Por lo tanto sería de gran ayuda para propiciar un tratamiento más eficaz y trasladar este tipo de intervenciones al ámbito hospitalario ya que suele carecer de este tipo de servicios hacia el paciente.

La falta de programas de intervención y la escasa investigación existente sobre este tema puede deberse al escaso tiempo que lleva la Psicología Positiva en desarrollo. Además, es necesario acentuar la importancia del papel del psicólogo en el desarrollo de intervenciones o estrategias que potencien dichas Fortalezas y el estudio de sus efectos positivos en el bienestar y la salud en general de los pacientes con FM.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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), 77-96. <https://doi.org/10.21134/pssa.v18i1.723>
- Asociación Fibromialgia y Fatiga Crónica de Zaragoza (2 de enero de 2018). *Un poco de Historia sobre fibromialgia*. <https://www.asafa.es/un-poco-de-historia-sobre-fibromialgia/>
- Bañón, A. (2011). Educar la fortaleza y la esperanza en la escuela. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (337), 21-26. <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/276>
- Biccheri, E., Roussiau, N. y Mambet-Doué, C. (2016). Fibromialgia, espiritualidad, afrontamiento y calidad de vida. *Revista de religión y salud*, 55 (4), 1189-1197. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0216-9>
- Brito, G. (18 de octubre de 2015). La Compasión: Universalmente Malentendida. *Cultivar La Mente*. <https://cultivarlamente.com/la-compasion-como-fuerza-y-coraje/>
- Bush, E. G., Rye, M. S., Brant, C. R., Emery, E., Pargament, K. I. y Riessinger, C. A. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 24(4), 249-260.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G. y Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448.
- Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Porcel-Gálvez, A. M. y Cabrera-León, A. (2020). Consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico en la edad adulta. Scoping Review. *Revista de Saúde Pública*, 54(39) <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
- Carrasco, M. C., Jiménez de Madariaga, C. y Márquez, M. (2010). Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 196-200.
- Chávez, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30 (1), 83-88.
- Collado, A. (1990). ¿Qué es la fibromialgia? *Arthritis Rheum*, 33, 160-172.
- Collado, E. D. y Vindel, A. C. (2014). Desarrollo personal y bienestar. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. [https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia\\_desarrollo\\_personal\\_y\\_bienestar.pdf](https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_desarrollo_personal_y_bienestar.pdf)
- Couñago, A. (30 de enero de 2020). ¿Qué son las fortalezas personales y cómo identificarlas? *Unycos*. <https://unycos.com/blog/fortalezas-personales-como-identificarlas/>
- Díaz-García, A., Molinari, G., Mira, A. y Espinoza, M. (2018). Programa de tratamiento integrativo para la fibromialgia: estudio preliminar. *Agora de Salud*. 5, 327-336. [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/175093/36-Amanda%2c\\_Guadalupe%2c\\_Adriana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/175093/36-Amanda%2c_Guadalupe%2c_Adriana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Emmons, R. A. y Stern, R. (2013). Gratitude as a Psychotherapeutic Intervention. *Journal of clinical psychology: in sesión*, 69(8), 846–855. <https://doi.org/10.1002/jclp.22020>
- Fabregat, M. (29 de octubre de 2017). Fibromialgia, más que un dolor físico. *La mente es maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/fibromialgia-mas-dolor-fisico/>
- Fernández, E. (2017). *La fibromialgia como un problema de regulación del estrés*. [Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio de la UMH.

- González, E., Elorza, J. y Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 295-300.
- Gutiérrez, E. y Ballina, J. (2001). Concepto y datos epidemiológicos. *Fibromialgia reunión de expertos*. 15-19  
[http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Docencia\\_Expertos/2001%20Fibromialgi as.pdf](http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Docencia_Expertos/2001%20Fibromialgi as.pdf)
- Guzmán-Silahua, S., Muñoz-Gaytán, D. E., Mendoza-Vázquez, G., Orozco-Barocio, G., Rodríguez-Ruiz, J. A., de la Torre, I. G. y Nava-Zavala, A. H. (2018). Fibromialgia. *El Residente*, 13(2), 62-67.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf>
- Herrera, L., Perandones, T. M. y Sánchez, L. D. C. (2019). Fortalezas personales y eficacia docente. *Revista INFAD de Psicología*. 1(1), 317-324.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v1.1431>
- Howell, A. J., Jacobson, R. M. y Larsen, D. J. (2015). Enhanced Psychological Health Among Chronic Pain Clients Engaged in Hope-Focused Group Counseling. *The Counseling Psychologist*, 43 (4), 586–613. Doi: [10.1177 / 0011000014551421](https://doi.org/10.1177/0011000014551421) .
- Iddon, J. E., Dickson, J. M. y Unwin, J. (2016). Positive Psychological Interventions and Chronic Non-Cancer Pain: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 1 (1), 133-157.  
<https://doi.org/10.1007/s41042-016-0003-6>
- Karoly, P. y Ruehlman, L. S. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: finding from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.014>
- Lee, Y. R. y Enright, R. D. (2014). A forgiveness intervention for women with fibromyalgia who were abused in childhood: A pilot study. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(3), 203-217. <https://doi.org/10.1037/scp0000025>
- León, S. (2018). Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia. *Psicología y Salud*, 28(2), 207-222.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2557>
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21 (3), 238-244.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- López, M. y Mingote, J. C. (2008). Fibromyalgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Losada, A. V. y Lacasta, M. (2019). Sentido del Humor y sus Beneficios en Salud. *Calidad de Vida y Salud*, 12(1), 2-22.  
<https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/45>
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Lumley, M., Schubiner, H., Lockhart, N., Kidwell, K., Harte, S., Clauw, D. y Williams, D. (2017). Terapia de expresión y conciencia emocional, terapia cognitivo-conductual y educación para la fibromialgia: un ensayo controlado aleatorizado por grupos. *PAIN*, 158(12). 2354-2363. DOI: 10.1097 / j. Dolor.0000000000001036
- Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., Claros, N. y MINCIR, G. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía española*, 91(3), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.009>
- Maurel, S. N. (2018). *Relación entre constructos psicológicos y discapacidad funcional y diestrés en subgrupos de pacientes con fibromialgia*. [Tesis de doctorado,

- Universidad Autónoma de Barcelona]. Depósito digital de documentos de la UAB.
- Moioli, B. y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 476-484.
- Moix, J. y Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Montero-Marín, J., Navarro-Gil, M., Puebla-Guedea, M., Luciano, JV, Van Gordon, W., Shonin, E. y García-Campayo, J. (2018). Eficacia de la "terapia de compasión basada en el apego" en el tratamiento de la fibromialgia: un ensayo controlado aleatorio. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 307. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00307>
- Moreira-Almeida, A. y Koenig, H.G. (2008). Religiousness and Spirituality in Fibromyalgia and Chronic Pain Patients. *Current Pain and Headache Report*, 12(5), 327-332.
- Muñoz, M. Á., Ortega, F., Castro, E. J. y Espinosa, D. M. (2018). La Persistencia como fortaleza de carácter presente en estudiantes de licenciatura del centro de actualización del magisterio de Durango, México. *INNOVA Research Journal*, 3(6), 136-142. <https://doi.org/10.33890/innova.v3.n6.2018.723>
- Ong, A.D., Zautra, A.J. y Reid, M.C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging*, 25, 516-523. <https://doi.org/10.1037/a0019384>
- Osorio, O. (7 de octubre de 2020). Qué es el crecimiento personal: Cómo lograr una mejor calidad de vida. *Tinyrockets*. <https://www.tinyrockets.app/blog/crecimiento-personal>
- Ovejero, M. M. y Cardenal, V. (2015). Las fortalezas humanas desde la perspectiva de género: un estudio exploratorio en población española. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 7(2), 72-92. <http://revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/203>
- Pallares, E. (9 de mayo de 2016). El perdón como fortaleza humana. *Blog de Enrique Pallarés Molíns*. <https://enriquepallares.wordpress.com/2016/05/09/el-perdon-como-fortaleza-humana/>
- Pascual, M. A. (5 de febrero de 2019). La fortaleza del perdón. *Suma Felicidad*. <http://sumafelicidad.es/la-fortaleza-del-perdon>
- Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con fibromialgia. *Infocop*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2436](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2436)
- Pérez-Aranda, A., Angarita-Osorio, N., Feliu-Soler, A., Andrés-Rodríguez, L., Borrás, X. y Luciano, J. V. (2021). ¿Los estilos de humor predicen la respuesta clínica al programa MINDSET (MINDfulneSs & EducaTion)? Un estudio piloto en pacientes con fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 17(3), 137-140. DOI: 10.1016/j.reuma.2019.10.002
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.
- Rodero, B., García, 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.

- Romero, M. (2015). La gratitud como fortaleza humana: Una revisión bibliográfica. [Tesis de grado, Universidad de Jaén]. Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén.
- Ruiz, G. T. y López, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología (Internet)*, 5(2), 1-11. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>
- Slatman, E.S. (2019). Effects of two strengths-based interventions on emotions and pain and the mediating influence of extraversion in people with chronic pain [Tesis de maestría, Universidad de Twente]. <http://purl.utwente.nl/essays/79587>
- Soucasse, B., Monsalve, V., Soriano, J. F. y Andrés, J. D. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 45-51.
- Such, A. (22 de junio de 2020). Prevalencia del dolor crónico. *Moviment i Salut*. <http://arturosuch.com/prevalencia-del-dolor-cronico/>
- Trillo, E., García, J., Magallón, R. y López del Hoyo, Y. (2013). *Resiliencia en fibromialgia: relación con otras variables psicológicas y neurofisiológicas* (Tesis de doctorado, Universidad de Zaragoza). <https://zaguan.unizar.es/record/13284/files/TESIS-2013-165.pdf>
- Vallejo, M. Á., Comeche, M., Ortega, J., Rodríguez, M. y Díaz, M. I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(2), 28-34.
- Vargas, F. y Moya, L. (2018). La espiritualidad como fortaleza humana y su relación con la construcción de sentido vital. Algunas notas específicas para el campo educativo. *Cauriensa*, 13, 277-299. DOI: <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.277>
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827102>
- Wahner-Roedler, D.L., Elkin, P.L., Vincent, A., Thompson, J.M., Oh, T.H., Loehrer, L.L. y Bauer, B.A. (2005). Use of Complementary and Alternative Medical Therapies by Patients Referred to a Fibromyalgia Treatment Program at a Tertiary Care Center. *Elsevier*, 80(1), 55-60. <https://doi.org/10.4065/80.1.55>