

Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia

Efficacy of a psychosocial intervention program in women suffering from fibromyalgia

Silvia León Vega¹

RESUMEN

La fibromialgia, que ocurre generalmente en mujeres, se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado, asociado a trastornos del sueño, altos niveles de ansiedad o depresión, con repercusiones en la capacidad de trabajo, y en la vida familiar y social, todo lo cual afecta su capacidad funcional y calidad de vida. Sus repercusiones psicosociales requieren un manejo integral, aunque no es frecuente encontrar reportes de intervenciones hechas en talleres grupales con técnicas derivadas de la psicología positiva, centradas no tanto en disminuir los efectos negativos como en propiciar emociones positivas que fomenten satisfacción y felicidad. El presente artículo da cuenta de la eficacia de una intervención conformada por trece sesiones cuyo objetivo fue aumentar la felicidad y la satisfacción vital y disminuir el dolor y los estados emocionales negativos. Para ello, se utilizó un diseño experimental, con grupos control y experimental, cada uno con 79 pacientes, en quienes se midieron distintas variables antes y después de la intervención mediante instrumentos válidos y confiables usados en estudios previos. La intervención generó cambios favorables en la calidad de vida y disminuyó la intensidad del dolor y los niveles de profundidad de la depresión, no así los niveles de ansiedad. Las pacientes expresaron una considerable satisfacción con la intervención.

Palabras clave: Fibromialgia; Dolor crónico; Psicología positiva.

ABSTRACT

Fibromyalgia is characterized by a generalized muscle-skeletal pain, associated to sleeping disorders, high levels of anxiety or depression symptoms, and occurs predominantly in women. These conditions, in turn, lead to severe repercussions on individuals' capacity to work and on their social and family interactions, which ends up affecting their functional capacity and quality of life (vital satisfaction and happiness). These psychosocial repercussions require integral professional management, and there are few research reports on group interventions with techniques derived from positive psychology. These strategies focus on positive emotions generating satisfaction and happiness rather than decreasing negative effects. The present paper reports the effectiveness of a 13-session intervention, aimed at increasing happiness and vital satisfaction as well as decreasing pain and negative emotional states. An experimental design was used, with control and experimental groups, each of them with 79 patients. Measurement included diverse variables pre and post-intervention by means of valid and reliable instruments already used in previous studies. The intervention produced positive changes on patients' quality of life, and diminished the pain intensity and depression symptoms. Anxiety levels, however, did not improve. Finally, patients expressed high satisfaction levels regarding the intervention.

Key words: Fibromyalgia; Chronic pain; Positive psychology.

¹Hospital "Cayetano Heredia", Santa Raquel 196, Lima 12, Perú, correo electrónico: silvialeon90@yahoo.es. Artículo recibido el 10 de julio y aceptado el 23 de octubre de 2017.

Citación: León V., S. (2018). Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia. *Psicología y Salud*, 28(2), 207-222.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM en lo sucesivo), que constituye un punto de reflexión actual sobre la atención sanitaria, se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado y sin justificación lesional, con presencia de puntos dolorosos (“puntos gatillos”), aumento de la sensibilidad dolorosa, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, fatiga crónica y alteraciones en el estado de ánimo, y otros síntomas que acompañan al trastorno, como sentimientos de aislamiento social, entre otros. La fibromialgia afecta a todas las razas y a ambos sexos –aunque la prevalencia es mayor en mujeres que en varones– y tiende a aumentar con la edad (Goldenberg, 1999; Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, 1995). En el Perú, un estudio poblacional hecho por Aguilar, Sánchez, Salcedo, Burneo y Proaño (1994) en un barrio urbano marginal de Lima, indicó una prevalencia de FM de 10%; 1999, en Piura, Vidal, Hernández y Cabello reportaron una prevalencia de 6% en pacientes ambulatorios.

La edad media de inicio de la FM va de 25 a 45 años, aunque se ha reportado en ancianos y niños. Es un problema frecuente no solo en la consulta especializada sino también en la de medicina general; sin embargo, su prevalencia global aún se desconoce (Vidal y Reyes, 2006).

Debido a que no se acompaña de evidencias orgánicas claras, los criterios de diagnóstico se basan en dos aspectos básicos: dolor difuso en 97% de los pacientes y presencia en 11 de los 18 puntos sensibles localizados en el cuerpo (Vidal et al., 1999; Vidal y Reyes, 2006). Los pacientes, que no siempre son bien diagnosticados, suelen recibir un tratamiento ineficaz, lo que los lleva a emprender una búsqueda incesante de alivio y a soportar la incompreensión familiar al no haber evidencias orgánicas.

Desde el punto de vista psicológico, el malestar y las afectaciones de la calidad de vida en las áreas física, intelectual y emocional, destacan como manifestaciones, lo que reduce la capacidad de trabajo y la vida familiar y social de los enfermos (Fitzcharles y Esdaile, 1992; Wolfe, 1986). Si bien la FM no acorta la expectativa de vida de los pacientes sí puede afectar la capacidad funcional de los mismos al limitar sus actividades cotidianas,

lo que a menudo los conduce a abandonar sus empleos por su incapacidad para soportar el estrés y las demandas del trabajo debido al dolor; o bien acrece su incapacidad para concentrarse, así como las quejas de sus superiores por permanecer mucho tiempo fuera del trabajo (Burckhardt, Gunilla y Henriksson, 2005).

Se han reportado altos niveles de ansiedad-rasgo, considerada como una característica relativamente estable de la personalidad del individuo, formada a lo largo de su historia vital y que se corresponde con un modo típico de afrontar las situaciones desfavorables, así como también de ansiedad reactiva al dolor (Grau, Hernández y Vera, 2005; Grau, Martín y Portero, 1993). La ansiedad y la depresión pueden contribuir a exacerbar el dolor, pues la primera incrementa la percepción dolorosa, al tiempo que la segunda contribuye al aumento de la ansiedad (Banks y Kerns, 1996).

La sintomatología relacionada con el sueño se considera de gran importancia en la FM. Las alteraciones del sueño y la depresión acompañan al dolor y empeoran aún más la calidad de vida; 90% de los pacientes refieren sueños de mala calidad, sueño ligero y sensación de falta de descanso nocturno (Mañez, Martínez y Salazar, 2005).

En estos pacientes están reducidos los índices de calidad de vida, siendo las áreas más afectadas la vitalidad (sentimiento de falta de energía, cansancio y desánimo), el dolor corporal (intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo cotidiano y las actividades del hogar) y la salud general (valoración personal del estado de salud actual y perspectivas futuras) (León y Arias, 2012; White, Nielson, Harth, Ostbye y Speechley, 2002). Algunos factores psicosociales pueden aumentar la susceptibilidad a las enfermedades y los síntomas asociados al estrés que suelen estar presentes en la FM (cefaleas tensionales, colon irritable y otras alteraciones), las que pueden disminuir la inmunocompetencia y hacer al cuerpo más vulnerable (Bennett, 2004; Dailey, Bishop y Russell, 1990; Damasio, 1994; Rodríguez y Vega, 1998). Pueden asimismo manifestarse trastornos de la afectividad, la sexualidad, la dinámica familiar y la memoria, entre otros. Por esta razón, es fundamental trabajar en el proceso de la regulación emocional adoptando una actitud distinta

hacia las emociones, lo que puede repercutir en la disminución y el afrontamiento del dolor.

Si la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de fomentar emociones positivas para prevenir enfermedades, reducir la intensidad y duración de las negativas y también alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky y Diener, 2005).

Uno de los elementos efectivos para prevenir y superar la depresión es una actitud positiva ante la vida, que se refleja en el nivel de satisfacción vital de las personas. Gracias a las emociones positivas, se produce una activación que proporciona la energía necesaria para responder a estímulos que afectan el bienestar físico y psicológico, pues proveen mejores recursos para prevenir enfermedades o afrontar con mayor efectividad los problemas de salud en general.

Hay antecedentes de tratamientos con un enfoque interdisciplinario en pacientes con FM (Bennett et al., 1996; Collado et al., 2001; Nielson y Jensen, 2004; Worrel, Krahn, Sletten y Pond, 2001) con resultados favorables en el control del dolor, la capacidad de afrontamiento, el cambio de creencias subyacentes y la reincorporación al trabajo, entre otros. La terapia cognitivo-conductual ha sido útil para tratar la depresión, específicamente la terapia cognitiva de Beck (Contreras et al., 2006; Coon y Thompson, 2003; Pérez y García, 2001); sin embargo, dichos tratamientos se centran en la disminución de los síntomas como criterio de mejoría. La atención integral de la FM requiere de un enfoque terapéutico integral, focalizado en el desarrollo de los aspectos positivos, que influya en los diferentes sistemas implicados, haciendo al paciente capaz de experimentar elevados niveles de felicidad y de interés por las cosas (Aspinwall, 2001; Carver, 1998; Fredrickson, 2001). Esta línea de investigación puede contribuir al desarrollo y difusión de programas de intervención que obtengan más beneficios en el tratamiento de los pacientes con FM, a la vez que reduzcan el consumo de recursos sanitarios, que se considera muy elevado (Clawn, 2001; Collado et al., 2002; Consensus Document of Fibromyalgia, 1993; Wolfe et al., 1997). Para atender a las personas con FM es necesario prestar atención a

sus aspectos psicosociales partiendo de un enfoque biopsicosocial y no estrictamente biomédico (Gordon, 2003; Okifuji y Turk, 2002; Winfield, 2000). En este enfoque, resulta imprescindible motivar, poner énfasis en el desempeño a pesar de posibles frustraciones, aumentar la capacidad de regular los estados de ánimo, evitar que la angustia interfiera, controlar los impulsos, confiar en los demás, aprender a tomar conciencia de las emociones propias y de los sentimientos de los demás, y tolerar presiones y frustraciones adoptando una actitud empática que favorezca un mayor desarrollo personal y social (Seligman, 2003).

La llamada "psicología positiva" es un nuevo enfoque que focaliza la búsqueda de la verdadera felicidad como la "identificación y cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos" (Vera, 2006); va más allá de la identificación de la psicología con la psicopatología y la psicoterapia, y tiene una visión optimista de la naturaleza humana (Cuadra y Florenzano, 2003; Gilham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2002). En la última década, connotados investigadores (Csikszentmihalyi y Hunter, 2003; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Diener y Seligman, 2002; Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006; Martínez, 2006; Park, Peterson y Seligman, 2004; Seligman, Rashid y Parks, 2006) han centrado sus trabajos con fuerte sustento empírico en las emociones positivas de alegría, optimismo, creatividad, humor, ilusión, todas ellas tratadas superficialmente por muchos autores precedentes (cf. Cuadra, Veloso, Moya, Reyes y Vilca, 2010a). Su principal propósito ha sido mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos, generando así instancias que ayuden a la construcción de competencias que mejoren el pronóstico y, sobre todo, propicien el desarrollo del bienestar y felicidad de las personas al favorecer la creatividad, la gratitud, el optimismo, la tolerancia, la apertura a nuevas ideas y experiencias y las habilidades sociales (Csikszentmihalyi y Hunter, 2003; Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Linley et al., 2006). Así, la felicidad o satisfacción de la persona (satisfacción con el pasado y con el presente y optimismo en el futuro) es esencial en la psicología positiva (Bryant y Cvigros, 2004; Cuadra et al., 2010b; Enright y Fitzgibbons,

2000; Muñoz, Vinsonneau, Neto, Girard y Mullet, 2003; Pades, 2003; Puskar, Sereika, Lamb, Tu-saire-Mumford y McGuinness, 1999; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht y Liffé, 2006; Watkins, Woodward, Stone y Kolts, 2003; Wong y Fielding, 2007).

Como resultado de este enfoque, es deseable trabajar en sesiones grupales abordando tópicos tales como fortalezas, emociones positivas, perdón y olvido, gratitud, caridad, valores incondicionales, amor, optimismo en el futuro, disfrute de la vida, desarrollo de habilidades sociales y asertividad, entre muchos otros que pueden ser útiles a los pacientes con FM.

En realidad, son escasos los estudios hechos con este enfoque. Se reportan, por ejemplo, los resultados de una intervención de psicoterapia positiva en pacientes con depresión en talleres grupales, encontrándose que con la terapia habitual mejoraban más su depresión (Caballo, 2000); luego, Cuadra, Veloso, Moya, Reyes y Vilca (2012) evaluaron su impacto en adultos mayores con depresión, en los cuales los síntomas disminuían, al tiempo que aumentaban sus niveles de satisfacción vital. Soucase, Monsalve, Soriano y De Andrés (2004) describieron las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida en pacientes con FM con un índice de calidad de vida inferior al de la población general. No encontraron correlación significativa entre ese índice y los tipos de afrontamiento al dolor, aunque el uso de estrategias más bien pasivas, como la religión, se asociaron significativa y positivamente con algunas dimensiones de la calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación del paciente a la enfermedad; a su vez, el empleo de estrategias más activas, como la distracción y el autocontrol mental, se relacionaron significativa y negativamente con esas dimensiones. Gelman, Lerab, Caballero y López (2005) llevaron a cabo un estudio piloto sobre el tratamiento multidisciplinario de la FM a fin de determinar su eficacia frente a un tratamiento clásico en una consulta externa de reumatología, hallando que era mayor la utilidad del primero en la mejoría de la calidad de vida y la adaptación psicológica de las pacientes afectadas. En el Perú no se han encontrado investigaciones sobre la efectividad de estas terapias.

En consecuencia, el objetivo principal del presente estudio fue determinar la eficacia de una intervención grupal con técnicas de la psicología positiva en mujeres con FM para incrementar su felicidad y satisfacción vital, y al mismo tiempo disminuir el dolor y los estados emocionales negativos asociados. Derivados de este propósito general, los objetivos específicos se centraron en determinar los cambios en calidad de vida (satisfacción vital y felicidad) a partir de la intervención; valorar los cambios en la intensidad del dolor y en las emociones negativas de la ansiedad y depresión, e identificar el grado de satisfacción de las pacientes con FM respecto de la intervención en talleres grupales con este enfoque.

MÉTODO

Unidad de análisis y muestra

La unidad de análisis estuvo conformada por mujeres con diagnóstico de FM primaria que acudían al Servicio de Reumatología del Hospital “Cayetano Heredia”, ubicado en el distrito de San Martín de Porres de la ciudad de Lima (Perú), derivadas al tratamiento psicológico. La muestra fue intencional, no probabilística y estuvo conformada por 158 pacientes en total, divididos en dos grupos: control y experimental, con 79 pacientes cada uno. Los pacientes se distribuyeron en los grupos de forma aleatoria, alternando su asignación dependiendo de su arribo a consulta por referencia de los médicos. Teniendo en cuenta ciertos aspectos éticos, como no dejar a un grupo sin intervención cuando se espera que esta sea satisfactoria, se decidió utilizar el criterio del grupo control como “lista de espera”; es decir, considerando que la FM es una enfermedad crónica pero no letal, los sujetos del grupo control recibirían la intervención una vez finalizase el corte evaluativo posterior a la intervención en ambos grupos, como efectivamente se hizo en la práctica asistencial más tarde.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron los siguientes: ser mayor de 18 años; haber recibido un diagnóstico de FM primaria, con más de tres meses de evolución, sin respuesta efectiva al tratamiento médico y sin otras enfermedades

concomitantes; tener la capacidad intelectual suficiente para completar los instrumentos, y firmar un formato de consentimiento informado.

El diseño del estudio fue cuasiexperimental, con un grupo experimental (intervención con técnicas de psicología positiva en talleres grupales) y uno control (solamente con tratamiento médico y seguimiento evaluativo por el departamento de Psicología, pero sin intervención). En ambos grupos se midieron las variables más importantes durante la preintervención y postintervención llevada a cabo con el grupo experimental, lo que permitió efectuar comparaciones entre los grupos, antes y después de la intervención, así como análisis intergrupos antes y después de la misma.

Variables

La variable independiente consistió en la participación en un taller grupal con técnicas de psicología positiva, de corte psicoeducativo y propiciando la reflexión vivencial, estructurada en catorce sesiones de una hora (ver Anexo que muestra el esquema de intervención). Se consideraron como variables dependientes la ansiedad (rasgo y estado), el nivel de profundidad de la depresión, la intensidad de dolor, la satisfacción con la vida y la felicidad (como constructo global y por determinados factores). Adicionalmente, se evaluó la satisfacción de las pacientes del grupo experimental con el tipo de intervención.

Las variables sociodemográficas y psicosociales registradas fueron la edad, el nivel educativo o grado de escolaridad terminado, el estado civil y la ocupación actual.

Instrumentos

Además de registrarse las variables sociodemográficas y psicosociales en una sencilla ficha de datos, se utilizaron los siguientes instrumentos.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)

Para evaluar la ansiedad se empleó este instrumento elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), en la versión hispana de Seisdedos (1990). Es un instrumento autoadministrable con dos subescalas: ansiedad-rasgo (como predisposi-

ción personal relativamente estable a reaccionar con ansiedad ante eventos estresantes), y ansiedad-estado (o reactiva, susceptible de cambio), de veinte proposiciones cada una y con cuatro opciones de respuesta. En su empleo en Perú, la confiabilidad medida con el coeficiente alfa de Cronbach ha sido de 0.80 para la subescala de rasgo y de 0.74 para la de estado.

Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Creado originalmente en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh para evaluar el nivel de profundidad de la depresión, se utilizó el citado instrumento de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta en cada uno sobre la presencia de componentes cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. El puntaje permite determinar la ausencia de depresión (0-10), depresión leve (10-18), depresión moderada (19-22) o depresión severa (> 29). El inventario fue validado en Perú por Novara, Sotillo y Warthon (1985), obteniendo una confiabilidad de 0.84.

Escala Analógica Visual (EAV)

La intensidad del dolor fue evaluada con la Escala Analógica Visual (Shields, Palermo, Powers, Grewe y Smith, 2003) mediante una línea de diez intervalos con polos señalizados como “Nada de dolor” y “El peor dolor”, pudiendo calificarse el mismo como leve (1-3), moderado (4-6) y severo (mayor de 6).

Escala de Satisfacción con la Vida (ISV)

La satisfacción vital, como proceso cognitivo de juicio cercano a la calidad de vida, se evaluó mediante este instrumento elaborado por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), el cual contiene cinco reactivos en una escala Likert de siete puntos, desde “Completamente en desacuerdo” hasta “Completamente de acuerdo”, con puntuaciones globales de entre 5 y 35; la puntuación media normal para una muestra de mujeres es de 19.54; tiene una confiabilidad de 0.87 (Martínez, Cabañero y Reig, 2004).

Escala de Felicidad de Lima (EFL)

La felicidad y sus componentes fueron evaluados con la EFL, de Alarcón (2006), que consta de

27 ítems favorables y desfavorables distribuidos aleatoriamente en escalas tipo Likert de cinco opciones que van de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. El valor promedio para estudiantes universitarios de ambos sexos fue de 110.08, con alta validez convergente y divergente y coeficiente alfa de Cronbach de 14.80 (Alarcón, 2003, 2006). Consta de cuatro subescalas: sentido positivo de la vida (diez ítems), satisfacción por la vida (seis), realización personal (seis) y alegría de vivir (cuatro), con buenas propiedades psicométricas.

Finalmente, se aplicó al grupo experimental una escala de satisfacción con la intervención en los talleres grupales de tres grados: bajo, medio y alto, cuyo propósito fue conocer el grado de aceptación de este tipo de procedimientos terapéuticos en mujeres con FM.

Todos los instrumentos fueron aplicados en dos sesiones por psicólogas capacitadas, luego de explicar a las pacientes en qué consistía la investigación y de aseverarles que no implicaba riesgo alguno de daño físico o psicológico, y previa obtención del consentimiento informado por escrito.

Procesamiento de datos

Se recodificaron las variables cualitativas con base de datos de SPSS, versión 21. Se realizó un estudio previo de los elementos para identificar valores atípicos, datos perdidos, y para apreciar si las variables cuantitativas seguían una distribución normal a través de una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Para las comparaciones intergrupos con fines de indagar cuan homogéneos eran al principio del estudio, se usaron los estadígrafos χ^2 , U de Mann-Whitney y prueba *t* de Student para muestras independientes para las variables cualitativas nominales, ordinales y cuantitativas, respectivamente; los dos últimos se emplearon también en comparaciones intergrupos en el lapso de tiempo coincidente con el final de la intervención. Para realizar el contraste antes-después en cada grupo, se usaron la *t* de Student para muestras relacionadas y la *z* de Wilcoxon. El nivel de confianza prefijado fue de 95%.

RESULTADOS

El análisis emprendido para dar respuesta a los objetivos consideró los siguientes puntos: 1) comparaciones intergrupales al inicio del estudio con el objetivo de evaluar la homogeneidad de los grupos en virtud de las variables sociodemográficas consideradas; 2) las comparaciones intragrupalas antes y después para valorar los cambios significativos en relación con un momento anterior; en el caso del grupo experimental, se buscaron los cambios favorables, y en el control se esperaba su mantenimiento o agravamiento; 3) las comparaciones intergrupales al finalizar el estudio con vistas a evaluar la eficacia del programa. De acuerdo a este esquema metodológico de trabajo, si los grupos eran homogéneos al inicio y se modificaban las variables dependientes en un análisis intragrupo en el grupo experimental, pero no en el control, la intervención sería efectiva, lo cual se corroboraría con un análisis intergrupo en el momento final (postintervención), donde debían hallarse diferencias significativas. Se realizó también un análisis descriptivo de la satisfacción de las pacientes del grupo experimental respecto a la utilidad de la intervención.

Comparaciones intergrupales al inicio del estudio

Una vez confirmada la distribución normal de los grupos con el test de Kolmogorov-Smirnov, se ejecutaron las comparaciones entre los grupos en relación con las variables sociodemográficas de edad, escolaridad, ocupación y estado civil, a fin de indagar su homogeneidad al comienzo de la investigación.

Las edades promedio de los grupos control y experimental fueron de 49.85 (± 10.7) y de 49.94 (± 10.8) años, respectivamente. Estos valores no difirieron significativamente ($p = 0.959$), lo que indica homogeneidad de los grupos en relación con esta variable. Algo similar ocurrió con la escolaridad, la ocupación y el estado civil. De la muestra total, 44.3% tenía nivel secundario, siguiéndoles los que habían terminado un nivel posterior al secundario, como técnico o universitario (34.2%), pero las cantidades se distribuían de forma similar

entre los grupos control y experimental. De todas las mujeres, 58.9% tenían pareja estable, distribuyéndose los sujetos de forma similar entre los grupos control y experimental. De igual manera, la mayoría de las mujeres de la muestra total (58.2 %) eran amas de casa y 26.6% tenían un negocio propio, pero se ubicaron en cantidades similares en ambos grupos. Las diferencias en las variables sociodemográficas entre los grupos, medidas con χ^2 , no fueron, por tanto, significativas. En resumen, los grupos control y experimental fueron homogéneos, esto es, tenían características sociodemográficas similares. El análisis estadístico reveló que no diferían significativamente en estas variables en un nivel de $p > 0.05$.

Comparaciones intragrupales (antes-después)

En la comparación de antes-después en el grupo control, el test de Student para muestras pareadas mostró que no había diferencias significativas en las variables de ansiedad-estado y dolor, con excepción de la ansiedad-rasgo, que disminuyó significativamente después de la intervención (de un promedio de 26 a 24, significativo al nivel de .05). Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a la felicidad total y sus cuatro factores (satisfacción vital, sentido positivo de la vida, realización personal y alegría de vivir) (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación antes-después en el grupo control con el test de Student.

VARIABLES	MEDIA (\pm D.E.) ANTES - DESPUÉS	SIG.
Ansiedad-rasgo	26.0 (\pm 3.6) – 24.5 (\pm 4.1)	.010
Ansiedad-estado	22.5 (\pm 4.1) – 22.7 (\pm 3.8)	.921
Dolor	7.5 (\pm 1.9) – 7.1 (\pm 2.2)	.204
Felicidad total	77.2 (\pm 17.7) – 79.1 (\pm 16.6)	.132
Felicidad (factor 1: Sentido positivo de la vida)	33.0 (\pm 9.1) – 35.0 (\pm 8.8)	-.052
Felicidad (factor 2: Satisfacción con la vida)	15.5 (\pm 5.3) – 15.6 (\pm 4.5)	.793
Felicidad (factor 3: Realización personal)	15.6 (\pm 4.5) – 15.6 (\pm 4.8)	.936
Felicidad (factor 4: Alegría de vivir)	13.0 (\pm 3.2) – 12.9 (\pm 3.4)	.721

Nota: El factor 1 (sentido positivo de la vida) aumenta, pero sin significación estadística, lo cual puede asociarse a que este grupo estaba en espera de una intervención posterior.

En la comparación de antes-después en el grupo experimental, la prueba de Student muestra diferencias significativas en ansiedad-rasgo (.000) y dolor (.000).

De acuerdo al estadígrafo U de Mann-Whitney, las diferencias tampoco fueron significativas en las variables de depresión y calidad de vida (satisfacción con la vida, según la ISV) (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación antes-después en el grupo control con la U de Mann-Whitney.

VARIABLES	MEDIANA ANTES-DESPUÉS	SIG.
Satisfacción con la vida (Calidad de vida)	13 – 13	.289
Depresión	3 – 3	.161

La felicidad total y sus cuatro factores muestran un franco incremento, con diferencias significativas (Tabla 3).

El test U de Mann Whitney demuestra que hubo diferencias significativas en la disminución de la profundidad de la depresión (.000) y el incremento de la calidad de vida (satisfacción con la vida) (Tabla 4).

Tabla 3. Comparación antes-después en el grupo experimental con el test de Student.

VARIABLES	MEDIA (\pm DE)		SIG.
	ANTES	DESPUÉS	
Ansiedad rasgo	26.5 (\pm 3.3)	23.9 (\pm 3.2)	.000
Ansiedad estado	22.5 (\pm 3.8)	23.9 (\pm 3.7)	.004
Dolor	7.9 (\pm 1.6)	3.0 (\pm 1.9)	.000
Felicidad total	77.9 (\pm 15.5)	101.7 (\pm 15.4)	.000
Felicidad (factor 1: Sentido positivo de la vida)	32.4 (\pm 8.4)	42.1 (\pm 7.7)	.000
Felicidad (factor 2: Satisfacción con la vida)	17.2 (\pm 4.9)	22.1 (\pm 5.0)	.000
Felicidad (factor 3: Realización personal)	16.1 (\pm 4.4)	20.8 (\pm 4.7)	.000
Felicidad (factor 4: Alegría de vivir)	12.6 (\pm 3.5)	16.4 (\pm 2.8)	.000

Nota: Nótese cómo disminuye la ansiedad rasgo y se incrementa la ansiedad-estado.

Tabla 4. Comparación antes-después en grupo experimental con la U de Mann-Whitney.

VARIABLES	MEDIANA ANTES - DESPUÉS	SIG.
Satisfacción con la vida (Calidad de vida)	13 – 17	.000
Depresión	3 – 1	.000

Las diferencias significativas encontradas entre los momentos de evaluación previa y posterior a la intervención resaltan la efectividad del programa para aumentar la satisfacción con la vida y la felicidad, y disminuir a la vez la depresión y el dolor.

Como ya se ha señalado, se aplicó una escala al grupo experimental que evaluaba la satisfacción con la intervención; es decir, que reflejaba la percepción de la utilidad de la intervención empleada. Los resultados aparecen en la Tabla 5. Como puede observarse, 93.7% de las pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción.

Tabla 5. Satisfacción con la intervención (grupo experimental).

Grados de satisfacción	Frecuencia (casos)	Porcentaje válido
Grado medio	5	5.3
Grado alto	74	93.7
Total	79	100.0

Con el propósito de profundizar en la satisfacción con la intervención cruzando variables dependientes, se llevó a cabo un procesamiento adicional utilizando la U de Mann-Whitney al considerar la satisfacción con la intervención como una variable de agrupación. La única variable dependiente que resultó significativa en el contraste fue que la presencia de grados más bajos de dolor se asocia con significación estadística ($p = 0.011$). Estos resultados pueden atribuirse a la intervención al no ser considerables las diferencias entre el grupo control y el experimental al inicio de aquella, y sí en el grupo experimental al final del estudio.

Comparaciones intergrupales al final del estudio

Al concluir la investigación, se hallaron diferencias significativas entre los grupos en la ansiedad-estado ($p = 0.036$), con un puntaje promedio inferior al del grupo experimental (22.68 vs. 23.95 puntos), pero no respecto a la ansiedad personal ($p = 0.360$).

Las diferencias en relación con el dolor y la felicidad fueron significativas (.000). Los puntajes en esta última y en sus factores eran semejantes en ambos grupos al comienzo del estudio, pero

se hallaron diferencias significativas en el grupo experimental, cuyos integrantes experimentaron niveles superiores de felicidad. Incluso en el caso del factor 2 (satisfacción con la vida), donde al inicio el grupo experimental tenía un promedio ligeramente superior al grupo control ($p = 0.03$), al finalizar obtuvo un puntaje superior al de ese grupo (17.2 vs. 15.5). En otras palabras, los puntajes promedio fueron generalmente similares al inicio, pero superiores al final del estudio en el grupo experimental.

Respecto a la depresión y la satisfacción con la vida, antes de la intervención los grupos no mostraron diferencias ($p > 0.05$), pero sí al concluir la intervención.

DISCUSIÓN

Como se dijo en la introducción, hay estudios hechos con el enfoque de la psicología positiva en pacientes con depresión (Caballo, 2000; Cuadra et al., 2012). En pacientes con FM, solo fue posible revisar el trabajo de Soucase et al. (2004), quienes estudiaron las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida, así como el de Gelman et al. (2005) sobre un tratamiento multidisciplinario comparado con uno clásico para mejorar la calidad de vida y la adaptación psicológica de las pacientes con FM.

En realidad, no hay estudios que empleen un esquema de intervención grupal con las técnicas de la psicología positiva en pacientes de FM con los que se puedan comparar los resultados obtenidos en esta investigación. En este sentido, las conclusiones que se presentan son similares a los del estudio de Gelman et al. (2005), aun cuando no se hayan evaluado con los mismos instrumentos las variables dependientes. El aumento de la calidad de vida y la adaptación psicológica que favorece la intervención con las técnicas referidas se infieren a partir de los resultados del presente estudio.

Definitivamente, en Perú no se han encontrado investigaciones sobre la efectividad de estas terapias, lo que limita la discusión de los presentes resultados al contrastarlos con los de estudios precedentes.

Al profundizar en el análisis de las conclusiones de la presente investigación, se destaca que

al principio no había diferencias significativas en las variables ansiedad-estado y dolor, pero sí en la ansiedad personal (ansiedad-rasgo), que disminuye significativamente después de la intervención (de un promedio de 26 a uno de 24, significativo al nivel de .05). En realidad esta diferencia, si bien tiene significancia estadística de acuerdo al puntaje del STAI, es clínicamente irrelevante porque, en primer lugar, se trata de una discreta disminución de la expresión de un rasgo y no de un estado emocional; en segundo término, porque este resultado se mantiene en una categoría de “bajo” según las puntuaciones derivadas de la división en cuartiles de la población; en tercer lugar porque no es un resultado importante que se esperaría de la intervención, que se centra en la satisfacción con la vida y la felicidad y en el decremento de síntomas importantes (dolor y estados emocionales).

Llama la atención que en el análisis del antes y el después en el grupo experimental la ansiedad-rasgo, evaluada por una subescala orientada a determinar el grado de ansiedad personal, haya disminuido significativamente, cuando se le supone una característica relativamente estable. Sería aventurado afirmar que la intervención con técnicas de la psicología positiva modifica en tan poco tiempo cualidades personales como la ansiedad-rasgo. Para demostrarlo en forma definitiva sería recomendable replicarla en muestras mayores y con estricto rigor metodológico. Es interesante también que, a pesar de que hubo diferencias significativas en el análisis pre-post, la ansiedad-estado aumentó ligeramente, lo que puede deberse a la asociación que hacían las pacientes entre la segunda aplicación de los instrumentos y la terminación de una intervención que había acrecentado sensiblemente sus niveles de calidad de vida y disminuido la depresión y, sobre todo, el dolor. La subescala ansiedad-estado del STAI es tan sensible que puede registrar tales preocupaciones emocionales en enfermas que suelen depender en alto grado de su terapeuta.

Hay que tener en cuenta, además, que la emoción reportada convencionalmente como más asociada al dolor crónico ha sido la depresión. En el presente estudio disminuyeron significativamente la depresión y el dolor, a pesar de los resultados obtenidos en la ansiedad. Siendo la FM un modelo de dolor crónico de difícil manejo, ya este es un

resultado importante de la aplicación de este programa, lo que habla de su efectividad.

Es lógico esperar que las pacientes que han obtenido una disminución del dolor se sientan satisfechas con la intervención. Sería deseable que en futuras investigaciones de intervención con procedimientos de psicología positiva se incluyan técnicas que aminoren notoriamente la sensibilidad dolorosa, lo que redundaría seguramente en un mayor bienestar.

En conclusión, la intervención con las referidas técnicas generó cambios favorables en la calidad de vida en pacientes con FM al desarrollar el sentido positivo y la satisfacción vital, la realización personal y la alegría de vivir. Este tipo de intervención disminuyó la intensidad del dolor y los niveles de profundidad de la depresión en dichos pacientes, pero no los niveles de ansiedad.

Aun así, las pacientes expresaron una considerable complacencia con la intervención realizada, vinculándola con la disminución de su dolor.

Por último, para futuros estudios al respecto se recomienda implementar en mayor escala intervenciones de este tipo en la asistencia psicológica que se brinda a pacientes con FM, para generalizar así la experiencia; el aumento de la calidad de vida (satisfacción con la vida y la felicidad) y la disminución del dolor y la depresión, asociada reiteradamente en la literatura a esta patología, justifica suficientemente la difusión de estos resultados. De igual modo, debe continuarse la realización de estudios que hagan posible obtener un mayor conocimiento de los cambios en la ansiedad, intercalando en la medida de lo posible evaluaciones intermedias, especialmente de la ansiedad como estado.

REFERENCIAS

- Aguilar, J., Sánchez, E., Salcedo, C., Burneo, G. y Proaño, C. (1994). Estudio poblacional de frecuencia de enfermedades reumáticas en adultos mayores de 57 años. Informe preliminar. *Boletín de la Asociación Peruana de Reumatología*, 1, 3-21.
- Alarcón, R. (2003). *Escala de afectos positivos y negativos*. Manuscrito no publicado. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 95-106.
- Aspinwall, G. (2001). Dealing with adversity. Self-regulation, coping, adaptation, and health. En A. Tesser y N. Schwarz (Eds.): *The Blackwell Handbook of Social Psychology* (pp. 159-614). Malden, MA: Backwell.
- Banks, S.M. y Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression and pain: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi, 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID 13688369.
- Bennett, R. (2004). Fibromyalgia: present to future. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 379-384.
- Bennett, R.M., Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O'Reilly, C.A., Wiens, A.N. y Campbell, S.M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. *Journal of Rheumatology*, 23, 521-528.
- Bryant, F., Cvengros, J. (2004). Distinguishing hope and optimism, Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social Clinical Psychology*, 23(2), 273-302.
- Burckhardt, C.S., Gunilla, M. y Henriksson, C.M. (2005). The impact of fibromyalgia on employment status of newly-diagnosed young woman: a pilot study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13, 31-41.
- Caballo, V. (2000). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Clawn, D.J. (2001). Fibromyalgia. En S. Ruddy, E. Harris y C.B. Dledge (Eds.): *Kelleys Textbook of Rheumatology* (65th ed.) (pp. 418-427). Philadelphia, PA: WB Saunders Company.
- Collado, A., Alijotas J., B., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I., et al. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118, 745-749.
- Collado, A., Torresi, X., Arias, A., Cerda, D., Vilarrasa, R., Valdés, M., et al. (2001). Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica*, 117, 401-405.
- Consensus Document on Fibromyalgia (1993). The Copenhagen Declaration. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4). Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J094v01n03_33.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, M., Araya, P., Livacic, P. y Vera, P. (2006). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 45-48.

- Coon, D. y Thompson, L. (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adult outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 53-111.
- Csikszentmihalyi, M. y Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185-199.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo, hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(1), 83-96.
- Cuadra P., A., Veloso B., C., Moya, R., Reyes A., L. y Vilca S., J. (2010a). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Salud y Sociedad*, 1(2). Recuperado de www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/17/37 (Consultado en mayo de 2013).
- Cuadra P., A., Veloso B., C., Moya, R., Reyes A., L. y Vilca S., J. (2010b). Resultados de la psicoterapia positiva. *Terapia Psicológica*, 1, 127-134.
- Cuadra P., A., Veloso B., C., Moya, R., Reyes A., L. y Vilca S., J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25, 4.
- Dailey, P.A., Bishop, G.D. y Russell, I. (1990). Psychology stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17(10), 1380-1385.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Danner, D., Snowdon, D. y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being, Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E. y Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Enright, R. y Fitzgibbons, R. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fitzcharles, M.A. y Esdaile, J.M. (1992). Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*, 35(6), 678-681.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, 53(3), 218-226.
- Gelman, S., Lerab, S., Caballero, F. y López, J. (2005). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 32(3), 99-105.
- Gilham, J. y Seligman, M. (1999). Footsteps on the road to a Positive Psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgiasyndrome a decade later, what have we learned? *Archives of Internal Medicine*, 159, 777-785.
- Gordon, D.A. (2003). Fibromyalgia –Real or Imagined? *Journal of Rheumatology*, 30, 1665.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau (Eds.): *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(1), 37-58.
- León, S. y Arias, J. (2012). Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 25, 174-182.
- Linley, P., Joseph, S., Harrington, S. y Wood, A. (2006). Positive Psychology: Past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Lyubomirsky, K. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Mañez, F., Martínez, A. y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 491-500.
- Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-248.
- Martínez, R., Cabañero, M., Reig A., et al. (2004). Localización fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Muñoz, M., Vinsonneau, G., Neto, F., Girard, M. y Mullet, E. (2003). Forgiveness and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*, 4, 323-335.
- Nielson, R. y Jensen, P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 109, 233-241.
- Novara, J., Sotillo, C. y Warthon, D. (1985). *Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la depresión en Lima Metropolitana*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.

- Okifuji, A. y Turk, D.C. (2002). Stress and psycho-physiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysical Biofeedback*, 27, 129-141.
- Pades, A. (2003). *Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención* (Disertación doctoral inédita). Palma de Mallorca (España): Universitat de Les Illes Balears. Recuperado de <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9444/tapj1de1.pdf?sequence=1> (Consultado en junio de 2013).
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 3, 493-510.
- Puskar, K., Sereika, S., Lamb, J., Tusaire-Mumford, K. y McGuinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 115-130.
- Rodríguez, M. y Vega, M. (1998). *Secuelas neuroendocrinas e inmunológicas producidas por la ansiedad y el estrés*. Recuperado de www.uam.es/centros/psicologia/pag. (Consultado en mayo de 2013).
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2002). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shields, B.J., Palermo, T.M., Powers, J.D., Grewe, S.D. y Smith, G.A. (2003). Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child, Care, Health & Development*, 29(4), 281-290.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F. y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista de la Sociedad de Reumatología*, 11, 353-359.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press.
- Stephoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. y Liffé, C. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, 11, 71-84.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva, una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 1, 3-8.
- Vidal, L., Hernández, H. y Cabello, L. (1999). Síndrome de fibromialgia y reumatismo psicogénico. En L. Vidal (Ed.): *Bases y principios en reumatología* (2ª ed.) (pp. 421-444). Lima: Boehringer Ingelheim.
- Vidal, L. y Reyes, G. (2006). Fibromialgia: una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubana de Reumatología*, 7, 9-10.
- Watkins, P., Woodward, K., Stone, T. y Kolts, R. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior & Personality*, 31(5), 431-451.
- White, K., Nielson, W., Harth, M., Ostbye, T. y Speechley, M. (2002). Does the label "fibromyalgia" alter health status, function and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis & Rheumatism*, 47, 260-265.
- Winfield, J.B. (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Current Review of Pain*, 4, 276-286.
- Wolfe, F. (1986). The clinical syndrome of fibrositis. *American Journal of Medicine*, 81(3A), 7.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R., Caro, X., Goldenberg, D., et al. (1997). A prospective longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 1560-1570.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J. y Hebert, L. (1995). Prevalence in characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wong, W. y Fielding, R. (2007). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism a moderator or mediator? *Quality of Life Research*, 16, 53-63.
- Worrel, L.M., Krahn, L.E., Sletten, C.D. y Pond, G.R. (2001). Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program, initial outcomes and predictors of response. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(4), 384-390.

ANEXO

ESTRUCTURA DEL TALLER GRUPAL DE PSICOTERAPIA POSITIVA PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Sesión 1: “Hacia una nueva visión de mi dolor”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de reconocer una nueva visión de la fibromialgia y su papel en su vida cotidiana.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: dinámica “El globo reventón”.
3. Desarrollo del área, con información acerca de la fibromialgia y lluvia de ideas.
4. Cierre de la sesión con ejercicio de imaginación.

Sesión 2: “Conociendo mis emociones”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de aprender a conocer sus emociones.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Escribir con el cuerpo”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicios “Test de rostros”.
 - 3.3. Información acerca de cómo influyen las emociones en nuestro cuerpo.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con ejercicio de imaginación.

Sesión 3: “Identifico mis fortalezas”.

Objetivo: Que la paciente sepa identificar sus fortalezas personales.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis fortalezas y virtudes”.
 - 3.3. Tema alusivo: las fortalezas.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 4: “Cultivo mis fortalezas”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de desarrollar sus fortalezas personales.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis fortalezas y virtudes”.
 - 3.3. Tema alusivo: las fortalezas y sus características.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 5: “Educando mis emociones- 1 (miedo)”.

Objetivo: Que la paciente aprenda estrategias para mejor afrontamientos al miedo.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 6: “Educando mis emociones 2 (cólera)”.

Objetivo: Que la paciente aprenda estrategias para mejor afrontamiento de la cólera.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “El regalo de la alegría”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “El costal”.

Sesión 7: “Rebatiendo mis pensamientos negativos”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de identificar y rebatir sus pensamientos negativos.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “La lista de compras”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión: ejercicio de relajación con visualización.

Sesión 8: “Mejorando las relaciones interpersonales”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de aprender estrategias para mejor comunicación con su entorno.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “El líder”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Comunicación en las relaciones interpersonales”.
 - 3.3. Tema alusivo la influencia de las emociones en las relaciones interpersonales”.
 - 3.4. Ejercicio vivencial: relajación con imaginación.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 9: “Cómo expresar mi afecto y hacer cumplidos”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de expresar amor, agrado y afecto.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “camino a la playa”.

Sesión10: “La gratitud y satisfacción con la vida”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de enfocarse en los momentos agradables que le dieron satisfacción en el pasado.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión: visualización “Camino a la playa”.

Sesión 11: “El perdón”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de convertir sentimientos negativos en sentimientos neutros o positivos.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias”.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 12: “Cómo expresar mi afecto y hacer cumplidos”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de expresar amor, agrado o afecto.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 13: “Optimismo y esperanza”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de aumentar la resistencia ante la depresión para mejorar sus niveles de rendimiento y satisfacción en el trabajo.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Qué es para mí el optimismo”.
 - 3.3. Tema alusivo al optimismo y esperanza.
 - 3.4. Ejercicio vivencial: técnicas para practicar el optimismo.
4. Cierre de la sesión con “Visualización de recuerdos”.

Sesión 14: “Se puede ser más feliz”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de expresar amor, agrado y afecto.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “¿Qué tipo de animal es?”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “¿Qué es la felicidad?”.
 - 3.3. Tema alusivo a la felicidad.
 - 3.4. Ejercicio vivencial guía para llegar a la felicidad.
4. Cierre de la sesión: entrenar a los participantes en diferentes técnicas de relajación asociadas a visualización con el fin de que puedan aplicarlas en diferentes situaciones de su vida.