



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2016-2017

Trabajo Fin de Máster

Fibromialgia, resiliencia y optimismo.

Autora: Gabriela García Sánchez
Tutora: M^aCarmen Neipp López

Convocatoria: junio 2017



1. ÍNDICE

1. ÍNDICE.....	3
2. RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
3. INTRODUCCIÓN.....	6
3.1.OBJETIVO E HIPÓTESIS.....	10
4. MÉTODO.....	10
4.1.PARTICIPANTES.....	10
4.2.VARIEBLES E INSTRUMENTOS.....	11
4.3.PROCEDIMIENTO.....	14
4.4.ANÁLISIS DE DATOS.....	14
5. RESULTADOS.....	15
6. DISCUSIÓN.....	17
7. REFERENCIAS.....	20
8. ANEXOS.....	26

2. RESUMEN

La fibromialgia (FM) supone un problema de salud pública. Su importancia y el impacto socio-sanitario derivan de la prevalencia, su etiología desconocida y su ineficaz cura. Tradicionalmente las variables psicológicas relacionadas con la FM han sido: manejo del dolor, afrontamiento del estrés, emociones negativas, interferencia de la enfermedad, etc.; pero el avance en su estudio ha descrito otros factores psicológicos relacionados con un mejor ajuste a la FM: aceptación, optimismo y resiliencia.

Objetivo: Conocer las relaciones entre las variables psicológicas en personas afectadas y diagnosticadas de FM.

Método: Se realizó un estudio transversal en el que se incluyeron a las personas diagnosticadas de FM de algunas asociaciones de FM de Alicante, entre julio y septiembre de 2016. Se recogieron datos sociodemográficos y se estudiaron las variables psicológicas: aceptación ante el dolor, interferencia de la enfermedad, ansiedad y depresión, resiliencia y optimismo.

Resultado: El total de participantes fue de 32, el 96.88% mujeres (31) y 3.12% hombre (1) de entre 36 y 73 años de edad [edad media (DT) =57.18 (8.32)]. En cuanto a la relación de las variables encontramos que a mayor aceptación del dolor menor ansiedad y depresión, y menor interferencia de la enfermedad; a menor ansiedad menor depresión; y que a mayor resiliencia mayor optimismo, mayor aceptación ante el dolor, menor ansiedad y depresión.

Conclusión: Podemos concluir que la resiliencia es un indicador de un buen estado de salud aunque no podamos ratificar completamente la hipótesis del estudio.

Palabras clave: fibromialgia, resiliencia, optimismo, aceptación ante el dolor, interferencia de la enfermedad.

ABSTRACT

The fibromyalgia (FM) suppose a public health problem. Its importance and impact socio-health originate from the prevalence, unknow etiology and ineffective cure. Traditionally psychological variables related to FM have been: managing pain, coping with stress, negative emotions, interference with illness, etc.; but the progress in his study has other psychological factors related to a better fit to FM: acceptance, optimism and resilience.

Objective: To know the relationships between the psychological variables in affected people and those diagnosed with FM.

Method: A cross-sectional study was pursued with diagnosticate people with FM from the FM some associations of Alicante, were enrolled between July and September 2016. Sociodemographic data were collected and the following psychological variables were studied: acceptance of pain, interference of the disease, anxiety and depression, resilience and optimism.

Result: The total number of participants was 32, 96.88% women (31) and 3.12% men (1) between 36 and 73 years of age [mean age (SD) = 57.18 (8.32)]. As for the correlation of variables that a major acceptance results in less anxiety and depression penalty, and less interference of the disease; lower anxiety results in lower depression; and that greater resilience greater optimism, greater acceptance of pain, less anxiety and depression.

Conclusion: We can conclude that resilience is an indicator of good health although we cannot completely confirm the hypothesis of the study.

Key words: fibromyalgia, resilience, optimism, acceptance of pain, interference of disease.

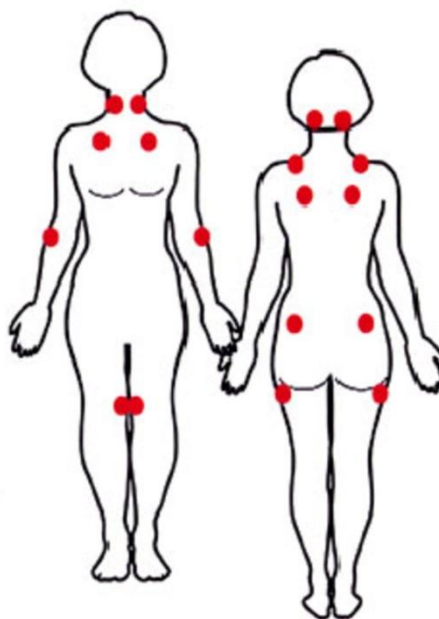
3. INTRODUCCIÓN

Fibromialgia

La **Fibromialgia (FM)** es un síndrome que ha atraído progresivamente la atención debido al aumento de su prevalencia en la población, su desconocida etiología y la falta de tratamiento eficaz que erradique el síndrome (Sociedad Española de Reumatología, 2006).

Inicialmente se conocía bajo el nombre de “fibrositis” por Gowers en 1904. Hensch fue el primero en denominarla como “fibromialgia” en 1975. En 1990 la American College of Rheumatology define los criterios diagnósticos de la FM: dolor musculoesquelético difuso de al menos tres meses de duración y presencia de 11 de 18 puntos dolorosos a la palpación. La OMS y la clasificación internacional de enfermedades la reconocen como enfermedad reumática en 1992 -código M79.7 (CIE-10)-; y en 1994 por la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) -código X33.X8a-.

En la actualidad la FM se considera una enfermedad reumática crónica y se define como dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones), caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado, difuso y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos “tender points” (Alegre de Miquel, et al., 2010).



La FM supone un problema de salud pública, es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético generalizado y crónico. Entre el 10-20% de las consultas reumatológicas y el 5-8% de las de Atención Primaria (Sicras-Mainar et al. 2009). La prevalencia en nuestro país de personas con FM según el estudio EPISER en el año 2000 es del 2,4% de la población general, y del 12,2% de los pacientes reumatológicos (estudio EPIDOR, 2003).

Los síntomas producidos por la fibromialgia son diversos y variados. El predominante es el dolor generalizado: a ambos lados del cuerpo (derecho e izquierdo) y por encima y por debajo de la cintura. Se caracteriza por ser oscilante, es decir, puede fluctuar de molestia leve a dolor incapacitante; una persona puede tener días, u horas, en las que el dolor sea más intenso que en otros momentos. Consta que hay diferentes detonantes que amplifican el dolor como el frío, el estrés, el aumento del ejercicio físico o las alteraciones del estado de ánimo. Los síntomas típicos que pueden ocasionar la fibromialgia son: dolor generalizado, trastornos del sueño (insomnio/sueño no reparador), fatiga, dolor articular, parestesias (entumecimiento u hormigueo en las extremidades), incremento de dolores de cabeza, fallos de memoria, espasmos o contracturas musculares, dificultad de concentración, síndrome de las piernas inquietas, problemas psicológicos, mareos, colon irritable, sensación de hinchazón y quemazón en plantas de los pies y manos. (Kranzler et al., 2002).

Quienes sufre FM afirman que sus síntomas, variables e impredecibles, tienen un gran impacto en sus relaciones sociales, familiares, ocio, trabajo y satisfacción con la vida (Cunningham y Jillings, 2006).

Ningún tratamiento hasta la fecha ha conseguido la curación de la FM, por lo que el tratamiento es básicamente sintomático, orientado a disminuir el malestar,

mejorar la calidad de vida del paciente, mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad (MSPSI, 2011).

Las dos opciones de tratamiento son: farmacológico y no farmacológico. La mayoría de las veces deben combinarse para un óptimo resultado terapéutico. El tratamiento farmacológico incluye antidepresivos, relajantes musculares, antiepilépticos, etc. Dentro de la opción del tratamiento no farmacológico se encuentra la terapia psicológica, el ejercicio físico moderado, etc. (MSPSI, 2011).

Resiliencia y optimismo

La psicología positiva fomenta la salud física y psicológica del individuo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Existe un malentendido con los psicólogos positivos, no es que se centren únicamente en lo positivo, sencillamente plantean que es igualmente digno de estudio lo positivo que lo negativo (Coyne y Tennen, 2009). Un concepto en auge dentro de la psicología positiva es la resiliencia. Ésta es definida por Serrano-Parra et al. (2013) como *“un constructo que incluye la capacidad que tienen las personas de resistir al estrés, tolerar la presión en situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias para superar las experiencias negativas o traumáticas; en algunos casos este concepto también significa crecimiento después de la adversidad. Es cuantificable y es considerada un índice de salud mental.”* Esto nos lleva a pensar que la resiliencia es un indicador de vida saludable.

En febrero del 2012 tuvo lugar el 1er Congreso Mundial de Resiliencia en París, donde se acordó que la resiliencia es un constructo de ocho pilares: autonomía, autoestima, conciencia, afrontamiento, optimismo, responsabilidad, sociabilidad y tolerancia a la frustración. (Pastor et al., 2012). También la resiliencia se asocia positivamente con la calidad de vida (Hildon, Montgomery, Blane, et al. 2010).

Cuando afrontamos diferentes problemáticas se hace uso de los recursos psicológicos en función de las exigencias que la situación plantea y, es precisamente el optimismo un factor que permite afrontar mejor los desafíos que se presentan en la vida diaria ya que está directamente relacionado con la resiliencia (Salgado, 2009; González Arratia, 2011).

El optimismo se define como una característica de la personalidad que se encuentra entre los acontecimientos externos y la interpretación que la persona hace de éstos (Scheier y Carver, 1985). Fredrickson (2009), afirma que el optimismo es uno de los factores más importantes para establecer condiciones de satisfacción y de felicidad. También incluye: expectativas de control sobre los resultados de las acciones propias; expectativas sobre alcanzar resultados positivos en el futuro; así como un cierto componente de eficacia personal. Flores (2013) lo resume como creer posible aquello que se desea. El estudio del optimismo se ha enfocado en evidenciar su relación con la salud mental en los últimos años, ya que ha sido descrito como factor de protección y resistencia contra la adversidad y enfermedad, puesto que puede facilitar el enfrentamiento de los cambios o dificultades de los sucesos ocurridos en la vida; además de aumentar la supervivencia en personas con una enfermedad crónica. Investigaciones al respecto asocian el optimismo con mayor satisfacción con la vida, éxito en el trabajo, la escuela y los deportes, un mejor estado de ánimo, mayor longevidad y buena salud (Viñas y Caparrós, 2000; Park, Peterson y Sun, 2013).

Fibromialgia, resiliencia y optimismo

Enlazando conceptos podemos afirmar que la importancia y el impacto socio-sanitario de la FM se derivan de la prevalencia del síndrome, su etiología desconocida y su ineficaz cura. El gran impacto en la vida del paciente que la sufre hace necesario su estudio. Tradicionalmente las variables psicológicas relacionadas con la FM han sido:

manejo del dolor, afrontamiento del estrés, emociones negativas, interferencia de la enfermedad, etc. (López-Chicherri, 2012). Pero también se han descrito otros factores psicológicos relacionados con un mejor ajuste a la FM: la aceptación, el optimismo y la resiliencia (Jensen, Moore, Bockow, et al., 2011; Keefe, Rumble, Scipio, et al., 2004; McCracken y Eccleston, 2003).

3.1. Objetivo e hipótesis

El objetivo de este estudio es determinar si existe relación entre las variables psicológicas (aceptación ante el dolor, interferencia de la enfermedad, ansiedad, depresión, resiliencia y optimismo) en población diagnosticada de fibromialgia.

La hipótesis que se pretende confrontar es que a mayores puntuaciones de resiliencia y optimismo la aceptación ante el dolor será mayor y, que la ansiedad, la depresión y la interferencia de la enfermedad serán menores, es decir, una relación directa entre resiliencia y optimismo con aceptación ante el dolor y, una relación inversa entre resiliencia y optimismo con ansiedad, depresión e interferencia de la enfermedad.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

En este estudio han participado 35 personas reclutadas en la Asociación de Fibromialgia de Elche, Elda, San Vicente y Villena, todas diagnosticadas de fibromialgia de edades comprendidas entre los 36 y los 73 [edad media (DT)=57,77 (8,34)]; 34 eran mujeres (97,14%) y 1 hombre (2,86%). Del total de participantes cumplieron correctamente el dossier de cuestionarios 32 personas. De las otras 3 personas, 2 fueron excluidas por no cumplimentar totalmente el dossier de cuestionarios y 1 por no estar diagnosticada de fibromialgia.

4.2. Variables e instrumentos

Se evaluó aceptación ante el dolor, interferencia con la fibromialgia, ansiedad y depresión, resiliencia y optimismo, mediante los siguientes instrumentos:

- ***Cuestionario de aceptación ante el dolor crónico (CPAQ)***

La aceptación se relaciona con una mejor adaptación a la respuesta del dolor, sin importar la influencia de variables como la depresión, la intensidad del dolor o la ansiedad. Esta variable se evalúa mediante el Cuestionario de Aceptación ante el dolor crónico (McCracken et al., 2004; Wicksell et al., 2008). Utilizaremos la validación española del cuestionario (Rodero, García-Campayo et al., 2010).

Las propiedades psicométricas del CPAQ han sido ratificadas por diversos autores (McCracken et al. 2004; Vowles et al. 2008; González et al. 2010).

Se compone de un listado de 20 ítems auto-administrados. Hay dos factores principales evaluados por el cuestionario: disposición para realizar actividades de la vida diaria y aceptación del dolor. Todos los ítems son valorados mediante una escala que abarca desde el 0 (nunca es cierta) hasta 6 (siempre es cierto). La máxima puntuación total posible es de 120, correspondiendo una mayor puntuación a una mejor aceptación del dolor y/o disponibilidad para la realización de las actividades.

- ***Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)***

Es un cuestionario de 10 ítems autoadministrable que sirve para medir el estado de salud de las personas con fibromialgia (Burckhardt, Clark, y Bennet, 1991).

En este estudio hemos utilizado la versión española del FIQ (Monterde, Salvat, Montull, y Fernández-Ballart, 2004).

El primer bloque del cuestionario se centra en la capacidad las personas afectadas por la fibromialgia para llevar a cabo actividades físicas. En los otros

dos grandes bloques, se les pide que indique el número de días de la última semana en que se sentían bien y cuantos días de la última semana dejaron de trabajar por causa de la enfermedad. Finalmente, las últimas siete preguntas del test (la capacidad de trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio por la mañana, rigidez, ansiedad y depresión) son medidos mediante una escala analógica visual (EVA). La puntuación total del test abarca del 0 a 80, sin contabilizar las últimas 7 preguntas que son medidas mediante la EVA. Una mayor puntuación indicaría un impacto negativo en el estado de salud de los pacientes.

Se ha concluido en diferentes investigaciones que el FIQ tiene unas buenas propiedades psicométricas y que es un instrumento válido tanto para la investigación como la clínica (Burckhardt et al. 1991; Riviera, González 2004)

- ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***

Es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar la ansiedad y la depresión (Zigmond y Snaith, 1983). Su versión española fue validada por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986) y es la utilizada en este estudio.

El cuestionario se divide en dos escalas: 7 ítems para detectar ansiedad y 7 ítems para detectar depresión. La máxima puntuación por escala es 21. Si la puntuación oscila en 0 y 7 es indicador de ausencia de ansiedad o depresión. Si la puntuación se encuentra entre 8 y 10 indicaría un posible caso de ansiedad o depresión. Cuando la puntuación es igual o supera los 11 puntos quiere decir que existe una clara sintomatología de ansiedad o depresión.

La validez y utilidad de la escala HADS como instrumento de cribado de ansiedad y depresión en pacientes médicos de todo el mundo está ampliamente documentada (Abiodun, et al., 1994; Leung, et al., 1999; Tejero, et

al., 1986): alta consistencia interna de las escalas, buena fiabilidad test-retest y validez mantenida en muestras de diferentes niveles asistenciales y edades.

- ***Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)***

Es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems que evalúa, en una escala de frecuencia tipo Likert cinco opciones de respuesta (0 = en absoluto, 4 = casi siempre) cómo se ha sentido la persona en el último mes (Campbell-Sills, 2007).

La puntuación final del cuestionario es la suma de las respuestas obtenidas en cada ítem (rango 0-40) y las puntuaciones más altas indican un alto nivel de resiliencia. La puntuación se clasificó como: resiliencia baja (primer cuartil), resiliencia moderada (cuartiles segundo y tercero) y resiliencia elevada (cuarto cuartil). Hay que tener en cuenta que los más altos niveles de resiliencia están asociados con mejores condiciones de salud mental. Esta escala aborda, entre otros, los conceptos de locus de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad.

Para este estudio usaremos la validación en español, versión de 10 ítems (CD-RISC-10), con buenas propiedades psicométricas y un alto nivel de fiabilidad (Notario-Pacheco et al, 2011).

- ***Life Orientation Test (LOT-R)***

Esta versión revisada del LOT (Scheier, Carver y Bridges, 1994) consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos. De los 10 ítems: 3 están redactados en sentido positivo (dirección de optimismo); 3 en sentido negativo (dirección pesimismo); y los otros 4 ítems son para hacer menos evidente el contenido del instrumento, de relleno.

La puntuación máxima es 30, ya que los ítems redactados en sentido negativo se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo.

La versión española del LOT-R fue desarrollada por Otero, Luengo, Romero Gómez y Castro (1998). A mayor puntuación mayor optimismo.

Diferentes estudios que aplican el cuestionario a población española encuentran una adecuada fiabilidad y validez del cuestionario (Ferrando, Chico y Tous, 2002; Martínez Correa, Reyes, García-león y González Jareño, 2006).

4.3. Procedimiento

Se trata de un estudio transversal realizado entre julio y septiembre de 2016. En primer lugar, se contactó con las 4 asociaciones de fibromialgia y todas accedieron a participar. Tras reunirse con las asociaciones y explicarles en qué consistía el estudio y su colaboración, se les facilitaron los dossiers de cuestionarios para repartir entre los usuarios de la asociación. Al inicio del dossier de cuestionarios había un breve escrito explicando el objetivo de la investigación y, que se trataba una colaboración voluntaria, anónima y confidencial; además de agradecerle su participación en el estudio. También se elaboró un cartel para colgar en las asociaciones con el objetivo de provocar mayor impacto y difusión.

4.4. Análisis de datos

Los datos fueron codificados y analizados mediante el programa PASW Statistics 22, para Windows. En un primer momento se realizaron análisis descriptivos en términos de medias (DT) y frecuencias. Para analizar la fuerza de asociación de las variables se realizó una correlación bivariada de Pearson. El nivel de confianza utilizado ha sido del 95%.

5. RESULTADOS

El total de la muestra ha sido 96.87% mujeres (31) y 3.16% hombre (1) de entre 36 y 73 años de edad [edad media (DT) =57.18 (8.32)].

En cuanto al nivel de estudios el 15.6% de la muestra no tenía estudios. El 59.4% tenía el graduado escolar. El 15.6% y el 6.3% tenían estudios secundarios y universitarios, respectivamente y un 3.1% tenía otros estudios no reglados.

Por lo que respecta a la situación laboral el 15.6% del total de la muestra trabaja. El 53.1% no trabaja, está en situación de desempleo o es ama de casa. El 25% está jubilada y el 6.3% tiene una invalidez permanente.

El estado civil de las participantes era: el 71.9% estaba casado/emparejado. El 12.5% estaba soltero. El 6.3% estaba separado/divorciado. El 9.4% estaba en situación de viudedad.

El 21.9% de las participantes del estudio viven solos. El 65.6 vive con pareja y/o hijos, y el 12.5% viva con otros familiares.

De la muestra el 30% llevaban 5 años o menos diagnosticados de fibromialgia. El 9.9% llevaba diagnosticado entre 6 y 10 años. El 40% entre los 11 y los 15 años. El 9.9% entre los 16 y los 20 años y, entre 21 y 25 años estaban diagnosticados el 9.9%.

Además de la fibromialgia el 78.1% de la muestra padece alguna otra enfermedad. Por otro lado el 62.5% del total de la muestra lleva algún tratamiento para la fibromialgia, y un 59.4% también para otra enfermedad.

A continuación se detallan los resultados obtenido en cuanto a la relación entre las variables del estudio.

Tabla 1. Correlaciones de Pearson de las variables psicológicas, N=32.

	CPAQ	CPAQ – IA	CPAQ – AD	FIQ	HADS – A	HADS – D	CD – RISC	LOT – R
CPAQ	-	-.830**	-.449**	-.213	-.616**	-.733**	.215	.080
CPAQ – IA	-.830**	-	.026	-.058	-.495**	-.608**	.096	-.035
CPAQ – AD	-.449**	.026	-	-.351*	-.352*	-.398**	.291	-.319
FIQ	-.213	-.058	-.351*	-	.222	.094	-.338	-.303
HADS – A	-.616**	-.495**	-.352*	.222	-	.561**	-.110	-.053
HADS – D	-.733**	-.608**	-.398**	.094	.561**	-	-.388*	-.217
CD – RISC	.215	.096	.291	-.338	-.110	-.388*	-	.767**
LOT – R	.080	-.035	-.319	-.303	-.053	-.217	.767**	-

** La correlación es significativa $\alpha \leq .01$

* La correlación es significativa $\alpha \leq .05$

Tal y como se refleja en la Tabla 1 de resultados la ansiedad y la depresión correlacionan fuerte y positivamente entre ellas. También se observa que la ansiedad y la depresión correlacionan negativa y fuertemente con la aceptación ante el dolor y sus dos subescalas, apertura ante el dolor e implicación en actividades. En lo que respecta a la resiliencia, ésta correlaciona negativamente con la depresión y, de manera fuerte y positiva con el optimismo.

También se han obtenido resultados, que aunque no han sido estadísticamente significativos, van en la línea de lo esperado (ver tabla 1) se ha observado que la interferencia de la enfermedad correlaciona negativamente con la aceptación ante el dolor, la resiliencia y el optimismo y, positivamente con la ansiedad y la depresión. Por lo que respecta al optimismo ha correlacionado de manera positiva con la aceptación ante el dolor y de negativa con la ansiedad y la depresión.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era determinar si existe relación entre las variables psicológicas estudiadas tradicionalmente (ansiedad, depresión e interferencia de la enfermedad) y las variables psicológicas relacionadas con un mejor ajuste a la FM (aceptación ante el dolor, optimismo y resiliencia) en población diagnosticada de fibromialgia.

De acuerdo con los resultados del estudio y la bibliografía consultada sobre la fibromialgia y las variables psicológicas implicadas no se puede corroborar completamente la hipótesis planteada. En múltiples investigaciones se habla de la ansiedad, la depresión, la aceptación ante el dolor, la interferencia de la enfermedad, la resiliencia y el optimismo y de cómo éstas se relacionan con la FM (López-Chicherri, 2012; Jensen, Moore, Bockow, et al., 2011; Keefe, Rumble, Scipio, et al., 2004; McCracken y Eccleston, 2003), por este motivo resulta interesante estudiar cómo correlacionan estas variables psicológicas entre sí en personas afectadas por la FM.

La bibliografía revisada respalda que la resiliencia es un indicador de calidad de vida (Hildon, Montgomery, Blane, et al., 2010) y, que la resiliencia y el optimismo son indicadores de salud (Serrano-Parra, et al., 2013; Vila y Caparros, 2000; Park, Peterson y Sun, 2003). Podemos afirmar, según los resultados obtenidos, que la resiliencia y el

optimismo están fuerte y directamente relacionados, tal y como se mencionaba en los estudios de Salgado (2009) y González Arritia (2011).

Cabría esperar que aquellas personas con una elevada capacidad para resistir el estrés, situaciones adversas y con estrategias para hacer frente a experiencias negativas y/o traumáticas, es decir una persona resiliente, padezca moderada o nula sintomatología depresiva. Esta relación inversa entre resiliencia y depresión se reflejó en el estudio de Saavedra, Castro e Inostroza en 2012, así como en los datos obtenidos en este estudio.

El estudio del optimismo en correspondencia con la depresión ha mostrado su relación inversa, así lo divulgan estudios como los de Marrero y Carballeira (2010) y Márquez-Gonzalez et al. (2009). Los datos analizados en esta investigación exponen la relación inversa entre optimismo y depresión, hecho que se podía esperar dada la relación directa entre resiliencia y optimismo y la relación inversa entre resiliencia y depresión.

Cuando una persona aprende a vivir con el dolor crónico y conoce cuál es su límite según su situación, es una persona que acepta el dolor. En lo que respecta la aceptación ante el dolor, tal y como se presenta el trabajo realizado por González, García y Torres (2010), su relación con la ansiedad y la depresión es inversa. Así se refleja también en los resultados obtenidos de este estudio. Cuanto mayor es la aceptación ante el dolor que se está padeciendo menores serán los síntomas de ansiedad y depresión. En esta línea, y así lo evidencian nuestros datos, a mayor apertura ante el dolor menor interferencia de la enfermedad en la persona, pero no se han encontrado otros estudios que lo corroboren.

Con los resultados de este estudio no se puede corroborar completamente la hipótesis del mismo. Aun así, se podría decir que la resiliencia si es un indicador de un

buen estado de salud porque: a mayor resiliencia menor depresión; a menor depresión menor ansiedad y mayor aceptación del dolor; cuanto mayor es la aceptación ante el dolor menor es la interferencia que la fibromialgia tienen sobre la vida diaria de la persona.

Después de este estudio se hace evidente la necesidad de más investigaciones, con mayor tamaño de la muestra, para seguir ahondando en este campo y continuar arrojando luz sobre este tema.

Cabe matizar que el estudio tiene sus limitaciones entre las que encontramos:

- a) Posee únicamente un N=32. Es probable que aquellas variables que no han correlacionado significativamente estadísticas, se deban a este motivo.
- b) Otra limitación encontrada es que N=31 era mujeres y N=1 era hombres.

Expuesto esto, sería necesario aumentar la muestra en futuras investigaciones para tener un buen tamaño muestral y una representación equitativa de ambos sexos.

Para concluir, aún con las limitaciones, entendemos que los hallazgos encontrados en este estudio son válidos y una aportación más al estudio de la fibromialgia: verifican la relación directa entre resiliencia y optimismo y, la relación inversa entre resiliencia y depresión, aceptación del dolor y ansiedad – depresión, implicación en las actividades y apertura al dolor con ansiedad – depresión e interferencia de la fibromialgia y apertura ante el dolor.

7. REFERENCIAS

- Abiodun, O. A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*, 165(5), 669-672.
- Alegre de Miquel, C., García Campayo, J., Tomás Flórez, M., Gómez Arguelles, J.M., Blanco Tarrío, E., Gobbo Montoya, M.,... Gómez de la Cámara, A. (2010) *Documento de Consenso Interdisciplinar para el tratamiento de fibromialgia*. Actas Españolas de Psiquiatría, 38(2), 108-120.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. y Bennet, R.M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: Development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.
- Coyne, J. C. y Tennen, H. (2009). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavior Medicine*, 39, 14-26.
- Cunningham, M.M. y Jilings C. (2006). Individuals' descriptions of living with fibromyalgia. *Clinical Nursing Research*, 15(4), 258-273.
- Ferrando, P.J., Chico, E. y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientación Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Flores, D. (2013). *La Resiliencia: mejor ambiente educativo familiar, escolar y comunitario*. Instituto Internacional de Investigación para el Desarrollo (1ª ed.). México.

FUNDACIÓN GRÜNENTHAL-Sociedad Española de Reumatología: «Subestudio de la fibromialgia», estudio EPIDOR. *Estudio epidemiológico del dolor en Reumatología en España*, Madrid, Edipharma, 2003, pp. 99-117.

Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. Nueva York: Crown Publish.

González Arratia, N. I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México.

González Arritia, N.I. y Valdez Medina, J.L. (2012). *Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública*. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México.

González Menéndez, A., Fernández García, P. y Torres Viejo, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22(4), 997-1003.

Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D., Wiggins, R.D. y Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is right about the way we age? *Gerontologist*, 50(1), 36–47.

Jensen, M.P., Moore, M. R., Bockow, T.B., Ehde, D.M. y Engel, J.M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(1), 146-160.

Keefe, F. J., Rumble, M.E., Scipio, C.D., Giodano, L.A. y Perri, L.M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.

- Kranzler, J.D., Gendreau, J.F. y Rao, S.G. (2002). The psychopharmacology of fibromyalgia: a drug development perspective. *Psychopharmacol Bull*, 36(1),165-213.
- Leung, C.M., Wing, Y K., Kowong, P. K. y Shum, A. (1999). *Validation of the Chinese-Cantonese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression*. *Acta Psychiatrica Scandianvica*, 100(6), 456-461.
- López-Chicheri García, I. (2012). *Variables psicológicas relevantes en fibromialgia* (tesis doctoral). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada.
- Marquez-González, M., Losada Baltar, A., Peñacoba Puente, C. y Romero-Moreno, R. (2009). El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y al depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44(5), 251-255.
- Marreno Quevedo, R.J. y Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Martínez-Correa, A., Reyes, G., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- McCracken, L.M. y Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: Whats to do about chronic pain? *Pain*, 105(1), 197-204.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1), 159-166.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Fibromialgia.

- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 507-513.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31 (1): 11-19.
- Pastor, C., Amóros, P., Mateo, M., Violant, V. y Mundet, A. (2012). *Les programmes d'éducation parentale pour la promotion de la résilience*. I Congrès Mondial sur la Résilience (1st World Congress on Resilience). París, Francia.
- Quintner, J. (1992). Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *The Lancet*, 340, 1103.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmoa, L., Castel, B., Colado, A., Esteve, J. J., Martínez, F., Tornero, J., Vallejo, M. A. y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(1), 387-401.
- Rivera, J. y González, T. (2004). El cuestionario de impacto de fibromialgia: una versión española validada para evaluar el estado de salud en mujeres con fibromialgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22(5), 554-560.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., López del Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A. y Luciano, J. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 37.
- Saavedra, E., Castro, A. e Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeña*, 2(1), 161-184.

- Salgado Lévano, A. C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit*, 15(2), 133-141.
- Scheier, M. F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, Doping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson en una población de mayores ni institucionalizados. *Enfermería Clínica*, 23(1), 14-21.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R. y Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41(2), 77-84.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2004). Validation of the reduced chronic pain coping questionnaire (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 407-414.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina Universidad de Barcelona*, 12, 233-238.

- Valverde, M., Juan, A., Ribas, B., Benito Urbina, J. C. y Carmona, L. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000. *Revista Española de Reumatología*, 28(1), 18-25.
- Velasco, M., Londoño, C. y Alejo, I. (2014). Validación del cuestionario de optimismo disposicional usando la teoría de respuesta al ítem. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 275-292.
- Viñas, P. y Caparrós, B. (2000). *Psicobiología, neuropsicología y desórdenes emocionales. Optimismo y salud: relación entre orientación vital (optimismo-pesimismo) y utilización de los recursos asistenciales sanitarios*. Conferencia presentada en el I congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Ferero – 15 de Marzo; conferencia 58-POS-B.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., McLeod, C. y Eccleston, C. (2008). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire: Confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain*, 140(2), 284-291.
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L. y Melin, L. (2009). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)-further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia. *European Journal of Pain*, 13, 760-768.
- Zigmond, A. S. y Sanith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

8. ANEXOS



Estudio Fibromialgia y Resiliencia

Gabriela García Sánchez



**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Universidad Miguel Hernández de Elche**

¡Hola!

Antes de empezar con los cuestionarios quería presentarme. Soy Gabriela, psicóloga y alumna del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Como alumna debo realizar un trabajo para finalizar y he decidido hacerlo sobre la fibromialgia; ya sabrás que este cuadernillo es completamente anónimo y, por supuesto, voluntario.

Además, quería agradecerte que inviertas unos minutos de tu tiempo en colaborar con este estudio que voy a realizar a cerca de la fibromialgia y la resiliencia.

Saludos,

Gabriela.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

SEXO: __Mujer __Hombre

EDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

¿Desde cuándo está diagnosticado/a de fibromialgia?

¿Alguna otra enfermedad o patología? (hipertensión, diabetes, asma, arritmia...) _____

¿Lleva algún tratamiento para la fibromialgia?
¿y para algo más?

ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/>	Casado/a o emparejado/a
<input type="checkbox"/>	Soltero/a
<input type="checkbox"/>	Separado/a Divorciado/a
<input type="checkbox"/>	Viudo/a

¿CON QUIÉN VIVE?

<input type="checkbox"/>	Domicilio propio solo/a
<input type="checkbox"/>	Domicilio propio con pareja y/o hijos
<input type="checkbox"/>	Domicilio de familiares
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

NIVEL DE ESTUDIOS

<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	Graduado escolar
<input type="checkbox"/>	Estudios secundarios (BUP, bachillerato, COU, FPII)
<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL

<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Ama de casa
<input type="checkbox"/>	Desempleado/a
<input type="checkbox"/>	Empleado/a
<input type="checkbox"/>	Baja laboral
<input type="checkbox"/>	Jubilado/a
<input type="checkbox"/>	Incapacitado/a invalidez permanente
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

TIPO DE CONTRATO

<input type="checkbox"/>	Funcionario/a
<input type="checkbox"/>	Contrato indefinido
<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de menos de 6 meses
<input type="checkbox"/>	Contrato temporal de más de 6 meses
<input type="checkbox"/>	Contrato temporal sin especificar la duración (obra y servicio, o similar)
<input type="checkbox"/>	Trabajador/a de una empresa de trabajo temporal (ETT)
<input type="checkbox"/>	Trabaja sin contrato
<input type="checkbox"/>	Autónomo
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN ANTE EL DOLOR

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Puntúe cada una de ellas haciendo un círculo en el número que mejor defina la frecuencia con la que dicha información es cierta para usted. Utilice la siguiente escala de puntuación para hacer su elección. Por ejemplo, si cree que una afirmación es “siempre cierta” para usted, deberá seleccionar un 6 en el espacio para su respuesta.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca cierta	Muy raramente	Raramente cierta	A veces cierta	A menudo cierta	Casi siempre cierta	Siempre cierta

1. Continúo haciendo las cosas de la vida diaria sea cual sea mi nivel de dolor

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

2. Mi vida va bien, aunque tenga dolor crónico

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

3. No importa sentir dolor

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

4. Si tuviera que sacrificar cosas importantes de mi vida para controlar mejor este dolor, lo haría con mucho gusto

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

5. No necesito controlar el dolor para poder llevar bien mi vida

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

6. Aunque las cosas han cambiado, llevo una vida normal pese a mi dolor crónico

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

7. Tengo que concentrarme para poder librarme del dolor

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

8. Hay muchas actividades que hago cuando tengo dolor

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

9. Llevo una vida plena aunque tenga dolor crónico

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

10. Controlar el dolor es un objetivo menos importante que otros objetivos de mi vida

0	1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

11. Antes de poder tomar decisiones importantes en mi vida, mis ideas y sentimientos hacia el dolor deben cambiar

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

12. A pesar del dolor, ahora me ciño a una dirección concreta en mi vida

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

13. Tener controlado el nivel de dolor es la primera prioridad cuando hago algo

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

14. Antes de poder hacer planes en serio, tengo que tener algo de control sobre el dolor

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

15. Cuando aumenta el dolor, puedo seguir ocupándome de mis responsabilidades

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

16. Podría controlar mejor mi vida si pudiera controlar mis pensamientos negativos sobre el dolor

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

17. Evito enfrentarme a situaciones en las que el dolor pudiera aumentar

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

18. Mis preocupaciones y miedos sobre lo que el dolor puede hacerme son auténticos

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

19. Es un alivio darse cuenta de que no tengo por qué cambiar el dolor para seguir con mi vida

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

20. Cuando tengo dolores, me cuesta mucho hacer cosas

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

FIQ

En las preguntas que van de la a “a” la “i”, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

1. Ha sido usted capaz de:

0	1	2	3
Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca

	0	1	2	3
a. Hacer la compra				
b. Hacer la colada con lavadora				
c. Preparar la comida				
d. Lavar los platos y los cacharros de la cocina a mano				
e. Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora				
f. Hacer las camas				
g. Caminar varias manzanas				
h. Visitar a amigos / parientes				
i. Utilizar transporte público				

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de la fibromialgia?

(Si no trabaja fuera de casa deje la pregunta en blanco)

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

4. Cuando fue a trabajar ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño del trabajo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Sin dificultad

Máxima dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Sin dolor

Dolor muy fuerte

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Nada cansada

Muy cansada

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Descansada

Muy cansada

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Nada rígida

Muy rígida

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Nada nerviosa

Muy nerviosa

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Nada deprimida

Muy deprimida

HADS

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. De las 4 opciones de respuesta sugeridas, rodee la que es cierta para usted.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- a. Casi todo el día
- b. Gran parte del día
- c. De vez en cuando
- d. Nunca

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- a. Sí, y muy intenso
- b. Sí, pero no muy intenso
- c. Sí, pero no me preocupa
- d. No siento nada de eso

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- a. Casi todo el día
- b. Gran parte del día
- c. De vez en cuando
- d. Nunca

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- a. Siempre
- b. A menudo
- c. Raras veces
- d. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- a. Nunca
- b. Sólo en algunas ocasiones
- c. A menudo
- d. Muy a menudo

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- a. Realmente mucho
- b. Bastante
- c. No mucho
- d. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- a. Muy a menudo
 - b. Con cierta frecuencia
 - c. Raramente
 - d. Nunca
-

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- a. Ciertamente, igual que antes
- b. No tanto como antes
- c. Solamente un poco
- d. Ya no disfruto con nada

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- a. Igual que siempre
- b. Actualmente, algo menos
- c. Actualmente, mucho menos
- d. Actualmente, en absoluto

D.3. Me siento alegre:

- a. Nunca
- b. Muy pocas veces
- c. En algunas ocasiones
- d. Gran parte del día

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- a. Gran parte del día
- b. A menudo
- c. A veces
- d. Nunca

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- a. Completamente
- b. No me cuido como debería hacerlo
- c. Es posible que no me cuide como debiera
- d. Me cuido como siempre lo he hecho

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- a. Como siempre
- b. Algo menos que antes
- c. Mucho menos que antes
- d. En absoluto

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- a. A menudo
 - b. Algunas veces
 - c. Pocas veces
 - d. Casi nunca
-

RESILIENCE SCALE CD-RISC

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Haga una “X” en la casilla que mejor defina la frecuencia con la que dicha información es cierta para usted.

	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios					
2. Puedo enfrentarme a cualquier cosa					
3. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas					
4. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte					
5. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones					
6. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos					
7. Bajo presión me centro y pienso claramente					
8. No me desanimo fácilmente con el fracaso					
9. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida					
10. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado					

LOT-R

Las siguientes preguntas se refieren a como usted percibe la vida en general. Después de cada pregunta, rodee la opción que más se ajuste a si usted está de acuerdo o en desacuerdo.

0	1	2	3	4
Estoy completamente en desacuerdo	Estoy parcialmente en desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy parcialmente de acuerdo	Estoy completamente de acuerdo

1. En tiempos de incertidumbre, generalmente pienso que me va a ocurrir lo mejor.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

2. Me es fácil relajarme.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

3. Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) que me pasará.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

5. Disfruto de mis amistades.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

6. Para mí, es importante estar siempre ocupada(o).

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

8. No me disgusto fácilmente.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

9. No espero que me sucedan cosas buenas.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

10. En general, yo pienso que me van a suceder más cosas buenas que malas.

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

*¡muchas
gracias!*

