



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021/2022

Convocatoria Septiembre



Modalidad. Propuesta de intervención

Título. *“Programa de Intervención en personas con Fibromialgia”*

Autora. Diane Martínez Martínez

Tutora. María del Carmen Neipp López

Elche a 3 de septiembre de 2022

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Marco científico-conceptual de referencia.....	1
1.2. Definición del problema	2
1.3. Tratamientos habituales.....	4
1.4. Justificación de la intervención	5
2. Método.....	5
2.1. Tipo de propuesta.....	5
2.2. Variables e instrumentos	6
2.3. Población diana	7
2.4. Descripción de la intervención propuesta	8
Objetivos de la intervención.....	8
Recursos	8
Temporalización	9
Descripción de las sesiones	9
Sesión 1: ¿Qué es la Fibromialgia?.....	9
Sesión 2: ¡Bienvenidas!.....	11
Sesión 3: ¡Yo controlo!	12
Sesión 4: ¡Yo sí que valgo!	13
Sesión 5: ¡Me pongo en tu lugar!.....	14
Sesión 6: ¡Yo me comprometo!.....	15
Sesión 7: ¡Hoy eres yo!	16
Sesión 8: ¡Hasta luego!	17
3. Discusión y conclusiones	18
Referencias Bibliográficas	20

RESUMEN

La Fibromialgia es una enfermedad crónica de tipo musculoesquelético que interfiere notablemente en la calidad de vida de las personas que la sufren. Además, está considerada la enfermedad reumática que más influencia tiene en esta. Diferentes estudios muestran la elevada prevalencia de la Fibromialgia, siendo en España del 2,4% y en la Comunidad Valenciana del 3,7%. La sintomatología que presenta está directamente relacionada con cambios en el estado emocional e interferencias en el ámbito relacional y profesional, además, tiene gran influencia sobre la salud mental. Por ello, el objetivo general de este trabajo es diseñar un programa de intervención con una perspectiva holística y multidimensional desde la terapia familiar sistémica y la cognitivo conductual, dando un enfoque novedoso a la intervención psicológica. Se plantean 8 sesiones dirigidas a 10 mujeres con Fibromialgia en las localidades de Alcoy y Alicante. Con ello, se pretende mejorar la calidad de vida y el bienestar de las mujeres con Fibromialgia que participen en el programa, mejorando su capacidad para afrontar la enfermedad, a través de las variables de Afrontamiento, Apoyo Social Percibido, Satisfacción con la Vida y Autoestima.

PALABRAS CLAVE: fibromialgia, terapia familiar sistémica, calidad de vida, bienestar.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic musculoskeletal disease that significantly affects the quality of life of those suffering from it ; in fact, it is considered the rheumatic disease having the largest impact on it. Different studies reveal the high prevalence of fibromyalgia, being in Spain 2.4% and in the Regional Government of Valencia 3.7%. Its symptomatology is directly related to changes in the emotional condition and to disorders in the relational and professional field ; moreover, it has large influence on mental health. Therefore, the general objective of this project is to design an intervention program based on a holistic and multidimensional perspective based on family systems therapy and cognitive behavioural therapy, providing an innovative approach to psychological intervention. The programme includes 8 sessions for 10 women with fibromyalgia in the towns of Alcoy and Alicante. This is intended to improve the quality of life and well-being of women with fibromyalgia participating in the program, improving their ability to cope with the disease, based on this parameters: Coping Capacities, Perceived Social Support, Life Satisfaction and Self-Esteem.

KEYWORDS: fibromyalgia, family systems therapy, quality of life, well-being.

1. Introducción

1.1. Marco científico-conceptual de referencia

La fibromialgia es una afección musculoesquelética caracterizada por un dolor crónico. En concreto, se trata de una sensibilización excesiva al dolor. Se experimenta dolor en al menos 11 de los 18 puntos anatómicos concretos, donde al presionar y/o palpar se percibe un dolor intenso y punzante. Estos puntos de dolor se encuentran de forma más frecuente en hombros, brazos, las zonas lumbar y cervical, muslos y rodillas, es decir, en casi todo el cuerpo. Esto va acompañado con “rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies, fatiga-astenia, alteraciones del sueño, cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o de la memoria, disfunción temporomandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable” (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

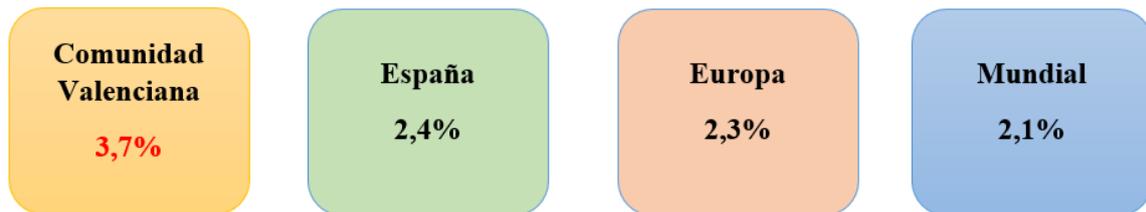
La sintomatología no presenta por el momento una etimología clara, por lo que no se puede explicar con pruebas objetivas de laboratorio. Los principales síntomas son el dolor generalizado y la fatiga (Perrot, Choy, Petersel, Ginovker y Kramer, 2012). Aun no teniendo clara su etimología la FM está reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud desde el año 1992, y catalogada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), 2021).

En el año 2006, la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia exponía que se trataba de un “problema de salud pública de primer orden”, dada su elevada prevalencia, las incertezas sobre su etimología, la no existencia de un tratamiento rehabilitador y, además, el descontento de los pacientes con el diagnóstico y el tratamiento (Rivera, Alegre, Ballina, Carbonell, Carmona, Castel, Collado, Esteve, Martínez, Tornero, Vallejo y Vidal, 2006).

Los estudios EPISER (2000 y 2016), muestran la elevada prevalencia de la FM en España, con un porcentaje de 2,4%, lo que se traduce en números absolutos en 1.100.000 afectados y afectadas de FM. En cuanto al índice de prevalencia según sexos, se encuentran diferencias significativas, ya que el porcentaje es mucho mayor en mujeres, siendo de un 4,2% frente a un 0,2% en hombres. Con respecto a la edad de prevalencia, se especifica que afecta más entre las edades de 40 y 49 (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo-Mata, 2017).

En el estudio Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana, publicado en la Revista Española de Salud Pública (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo-Mata, 2019), se realizó un estudio descriptivo transversal donde se mostró el 3,7% de prevalencia en la Comunidad Valenciana entre el año 2012 y 2016. Se puede observar como la prevalencia es muy elevada en comparación con la de España

mencionada anteriormente del 2,4%, con la de Europa del 2,3% y con la media mundial del 2,1% (Cabo-Meseguer et al., 2019).



En el estudio mencionado anteriormente, también se determina una mayor incidencia en mujeres, en este caso, con una media de edad de 54 años. Además, se observa la presencia de una serie de variables socioeconómicas en las personas con FM, como “bajos niveles económicos y dificultades laborales definidas por la baja tasa de empleo, la elevada tasa de paro y la frecuencia y duración de sus bajas laborales” (Cabo-Meseguer et al., 2019). Cabe destacar, que los estudios realizados sobre la prevalencia de FM en otros países del mundo también muestran una mayor prevalencia en mujeres (Grande, Calero y Ortega, 2021), es decir, no es una tendencia que se manifiesta únicamente en España. Por ello, la importancia de actuar teniendo en cuenta la perspectiva de género cuando se trata de FM.

Las causas de la FM como se ha mencionado anteriormente no están claras, pero se conocen algunos indicadores. No hay evidencias claras, pero parece ser que existe una carga hereditaria, siendo la probabilidad de contraer la enfermedad teniendo familiares que la sufren de un 8,5% mayor que el resto de población. Por otro lado, se ha visto la existencia de un fenotipo genético que es más frecuente en pacientes con FM. Y, entre otras causas se encuentran los factores socioambientales determinantes de la predisposición, como acontecimientos traumáticos, abuso sexual, violencia psicológica y/o física, estrés físico y/o psicológico, entre otros. Y algunos problemas de salud mental, como trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (Rivera et al., 2006). Estos factores pueden actuar como detonantes de la FM, pero también, pueden ser causa de la sintomatología, por ejemplo, la hiperalgesia, alodinia y la baja tolerancia al dolor pueden desencadenar estados de estrés o depresión, afectando directamente a su bienestar general.

1.2. Definición del problema

La FM lleva consigo una larga lista de síntomas, los cuales repercuten en la Calidad de Vida de las personas que la sufren, y está considerada como la enfermedad reumática que más influencia tiene en esta. Los pacientes relatan que tiene un elevado impacto sobre ellos, aludiendo a la capacidad física e intelectual, al estado emocional, ámbito relacional y

profesional y salud mental, además, de la falta de apoyo social (Bernard, Prince y Edsall, 2000). También, se ve afectado el ámbito familiar, ya que las personas con FM necesitan cuidados paliativos y reducir sus funciones dentro del hogar, esto implica una redistribución de las tareas y cambio de roles en la estructura familiar. Tienen menos independencia y requieren más atención por parte de los familiares. Asimismo, se ha visto que los pacientes con FM tienden a compararse con personas que se encuentran en mejores condiciones, influyendo en la percepción que tienen sobre su satisfacción con la vida (Cabrera, 2017).

Además del dolor generalizado, también se muestran síntomas como la fatiga o dificultades cognitivas, como problemas de memoria, atención, concentración, sueño o estado de ánimo, provocando consecuencias tanto a nivel emocional, como psicosocial. Perciben que su capacidad funcional es limitada y tienden a ser personas sedentarias y pasivas (Sañudo, Galiano, Carrasco y de Hoyo, 2010). Todo esto suele tener una repercusión en sus actividades de ocio y relaciones sociales, por lo que suelen aislarse (Sanz Baños, 2016).

Con los datos recabados en diferentes estudios se ha comprobado que las siguientes variables están influyendo en la Calidad de Vida de las personas con FM:

Afrontamiento

Las personas con dolor crónico tienen historias de vida diferentes, se ha podido comprobar cómo hay aspectos cognitivos que van a influir directamente en la percepción de la enfermedad de dolor crónico, en cuanto a atribuciones y juicios (Molina y García, 2021). Uno de los modelos teóricos más relevantes para definir el concepto de afrontamiento ha sido el de Lazarus y Folkman, donde lo definen en su Teoría del Estrés y el Afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984). Las estrategias de afrontamiento sirven para la adaptación de la persona a una situación estresante. Ante un suceso estresante se elaboran una serie de procesos cognitivos para la planificación de la toma de decisiones para la adaptación o resolución de la problemática (Izquierdo, 2020).

Apoyo social percibido

El apoyo social percibido tiene una relación positiva en cuanto al desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas y control de estrés, entre otros. Además, se ha podido comprobar la influencia del apoyo social en la mortalidad de las personas con enfermedades crónicas (Smith y Mackie, 1997). Se entiende por apoyo social “la diversidad de comportamientos naturales de ayuda de los que los individuos son receptores en interacciones sociales, la

ayuda tangible, interacción íntima, la guía, la retroalimentación y la interacción social positiva” (Hilbert, 1990).

Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida es una percepción positiva sobre la calidad global de las experiencias vitales, y corresponde a un aspecto cognitivo de las personas (Veenhoven, 1994). Se trata de una evaluación de las circunstancias de la vida a través del resultado total con un criterio subjetivo, y esta percepción va a depender de aspectos personales. Ante los acontecimientos experimentados, la persona realiza un juicio y compara los resultados con una idea preconcebida de lo que es bueno o malo para ella, y le da un valor perceptivo de su satisfacción con la vida. Se ha visto como el ejercicio físico influye en el bienestar físico y psicológico, estando implicado en percepción de la satisfacción con la vida (González-Serrano, Huéscar y Moreno-Murcia, 2013).

Autoestima

Es la aceptación y estima sobre la propia imagen personal. Se ha visto como las personas con FM puntúan medio-bajo en la Escala de Autoestima de Rosenberg. Además, se ha visto que la incapacidad funcional que provoca la enfermedad afecta notablemente a esta (Molina, 2021).

1.3. Tratamientos habituales

Las personas con FM experimentan un dolor crónico con etiología desconocida, por lo que el tratamiento farmacológico se encarga de lidiar con la sintomatología física, pero esto no es suficiente ya que se evidencian factores psicosociales que están influyendo en su desarrollo, y por ende en la calidad de vida. El tratamiento farmacológico solo no es efectivo, los tratamientos utilizados habitualmente se basan en la combinación de la terapia cognitivo-conductual más la farmacológica, además se incluye el ejercicio físico. Estos tres tipos de intervención muestran resultados beneficiosos para el abordaje de la problemática en personas con FM (Muñoz, 2020). Pero se ha visto como la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales como tratamiento del dolor crónico están limitadas en el tiempo (Hatchard, Lepage, Hutton, Skidmore y Poulin, 2019), (Morley y Williams, 2015). Por otro lado, la danza terapéutica y el ejercicio físico han mostrado resultados significativos para la mejora del dolor generalizado en la FM (Marín-Mejía, Colina-Gallo y Duque-Vera, 2019).

1.4. Justificación de la intervención

Se ha visto como una variable que influye significativamente en la percepción del dolor es el afrontamiento, y esta a su vez se ve facilitada por la red de apoyo social. Existe una correlación significativa entre apoyo social percibido y afrontamiento (Amaya-Roper y Carrillo-González, 2015). Además, se ha evidenciado como principal fuente de apoyo social a la familia, la cual deja ver la relación directa con una actitud positiva ante una enfermedad de dolor crónico (Barrera, Pinto y Sanchez, 2010).

Tras la revisión bibliográfica se ha podido comprobar que existen escasos programas de intervención desde la terapia familiar sistémica para la FM. Por ello, esta propuesta de intervención intenta dar lugar a una visión holística y multidimensional al tratamiento de la FM, a través de la combinación de técnicas cognitivo-conductuales y de la terapia familiar sistémica. Giovanazzi, Barraza y Díaz (2017), proponen el abordaje familiar para tratamientos de dolor crónico. También, se ha visto en un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados que la terapia familiar sistémica mejora la salud física y mental de la persona con dolor crónico y sus familiares (Carr, 2018).

La terapia familiar sistémica es una orientación terapéutica centrada en los sistemas familiares y subsistemas (cónyuge, hijos/as) que integran a una persona, desde una perspectiva global e integral. Se entiende al sistema familiar como parte relacional e interdependiente de la persona, el cual va a influir sobre las experiencias, las ideas, los valores y las emociones de esta. El objetivo es conocer las dinámicas en las que se ve envuelta la persona para comprender su conducta, analizando los roles y el funcionamiento concreto de esa estructura familiar (reglas, límites y pautas de jerarquía). De esta forma al identificar y entender el sistema se pretende determinar el origen de la problemática para motivar el cambio conductual (UNIR, 2022). Así pues, el objetivo general es diseñar una propuesta de intervención en personas con FM que incluya la Terapia Familiar Sistémica como novedad a las ya existentes, que solo incluyen la Terapia Cognitivo Conductual.

2. Método

2.1. Tipo de propuesta

Tras la identificación de las necesidades que refieren los estudios sobre la mejora de la calidad de vida de las personas con FM, por el gran impacto que la sintomatología que presenta la enfermedad tiene sobre el ámbito psicosocial de las personas, se plantea la siguiente propuesta de intervención grupal y familiar para mujeres con FM, con un enfoque multidimensional, que englobe la estructura relacional de estas. La propuesta de intervención

se pretende llevar a cabo con sesiones grupales e individuales-familiares para abordar aspectos relacionados con el ámbito familiar de la persona.

Se ha elaborado un plan de acción con 8 sesiones, donde se hará una intervención combinando los enfoques cognitivo-conductual y sistémico familiar. Se llevarán a cabo 4 sesiones grupales con las mujeres con FM donde se realizarán actividades de psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales, además de una evaluación inicial con diferentes escalas psicométricas para evaluar las variables escogidas y comprobar posteriormente la efectividad del programa; 4 sesiones individuales incluyendo a la familia utilizando la terapia familiar sistémica, donde en la última sesión se realizará el seguimiento para llevar a cabo la evaluación del programa. En las 4 sesiones individuales se trabajará con la mujer con FM y su familia de forma separada al grupo, es decir, no son sesiones grupales con las familias de cada usuaria, si no que se hará un abordaje integral con cada mujer y su familia. Y, por último, se ha considerado que el programa de intervención conste de 10 plazas, para que las sesiones con la familia no se alarguen en el tiempo.

2.2. Variables e instrumentos

Las variables que se van a trabajar en esta propuesta de intervención son *Afrontamiento*, *Apoyo Social Percibido*, *Satisfacción con la Vida* y *Autoestima*. Las cuales se van a medir al finalizar la intervención con las siguientes escalas para determinar la efectividad de la intervención.

- **Afrontamiento:** Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds, y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez, y García, 2007).

La adaptación al español del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), consiste en 40 ítems en estructuras primarias y 8 factores que explican el 61% de la varianza, con coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.63 y 0.89. Este inventario consta de una fase cualitativa donde se describe una experiencia estresante experimentada en el último mes y una fase cuantitativa a través de un autoinforme, donde la persona responderá con qué frecuencia ha utilizado las estrategias de afrontamiento especificadas en el ítem con una escala de tipo Likert de 0 a 4 (0= en absoluto, 1=un poco, 2= bastante, 3= mucho y 4=totalmente).

- **Apoyo Social Percibido:** Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1990; en su adaptación española de Landeta y Calvete, 2002).

La adaptación española del EMASP, consta de 12 ítems con una escala de tipo Likert con 6 alternativas de respuesta posibles (de 1= completamente en desacuerdo a 6= completamente de acuerdo). Evalúa el apoyo social percibido en tres ámbitos: la familia, amigos y personas relevantes, con 4 ítems cada uno. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) son de .89 en la subescala de familia, .92 en la subescala de amigos y .89 en la subescala de personas relevantes, mostrando un resultado de la escala total de .89 (Alemán, 2013).

- **Satisfacción con la Vida:** Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985; en su adaptación española de Vázquez, Duque y Hervás, 2013).

Este instrumento consta de 5 ítems con una escala de tipo Likert con 7 alternativas de respuesta posibles (de 1= fuertemente en desacuerdo a 7= fuertemente de acuerdo), evaluando la percepción global que las personas tienen sobre su satisfacción con la vida. Ha mostrado una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .88. Y su estructura unifactorial explica el 53.7% de la varianza.

- **Autoestima:** Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965; adaptación española del libro de Rosenberg, 1973).

Consta de 10 ítems, 5 redactados de forma negativa y 5 redactados de forma positiva. Con una escala de tipo Likert de 4 opciones de respuesta posibles (de 1= muy en desacuerdo a 4= muy de acuerdo). Muestra una consistencia interna (alfa de Cronbach) con coeficientes de .83 y .86 (Gómez-Lugo, Espada, Morales, Marchal-Bertrand, Soler, y Vallejo-Medina, 2016), (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000).

2.3. Población diana

Se ha escogido el colectivo de mujeres con FM, por su elevada prevalencia con respecto a los hombres. Como criterios de inclusión se ha considerado a todas las mujeres con FM sin límite de edad, que cubran las plazas ofertadas por orden de inscripción y que residan en la provincia de Alicante, ya que el programa se va a llevar a cabo en Alicante y Alcoy. Por otro lado, no se ha considerado ningún criterio de exclusión.

El procedimiento para llevar a cabo la puesta en marcha del programa se basará en ponerse en contacto con los ayuntamientos de las ciudades de Alicante y Alcoy para solicitar el acceso a una infraestructura pública adecuada para llevar a cabo las sesiones. Una vez otorgado el permiso, se contactará con el Hospital General Universitario de Alicante y el Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, para que ofrezcan el programa a las mujeres con FM que acudan a

consulta y/o tratamiento, de esta forma se facilitará el alcance del programa a la población diana. Se colocarán en los hospitales carteles de promoción con información del programa y datos de contacto, para que las mujeres se puedan inscribir directamente al visualizarlo. Además, se repartirán trípticos explicativos del programa para que los/las médicos/médicas se los puedan dar a las mujeres con FM, y también se dejarán en las recepciones del hospital. Una vez las usuarias soliciten la inscripción se realizará la selección por orden de solicitud hasta cubrir las plazas ofertadas, como se ha mencionado anteriormente.

2.4. Descripción de la intervención propuesta

Objetivos de la intervención

General: Mejorar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres con fibromialgia.

Específicos:

1. Identificar y modificar creencias disfuncionales sobre la FM a través de psicoeducación.
2. Concienciar sobre la importancia de la actividad física moderada para aumentar la satisfacción con la vida a través de la mejora de la capacidad funcional.
3. Implementar estrategias de afrontamiento a través del autocontrol y la reorganización cognitiva.
4. Aumentar la autoestima.
5. Aumentar la comprensión en el entorno familiar.
6. Aumentar el apoyo social percibido, fomentando el apoyo familiar.
7. Identificar y reestructurar los roles familiares disfuncionales.

Recursos

Los recursos que se van a utilizar son:

- **Recursos humanos:** 1 profesional de la psicología especializado/a en terapia cognitivo-conductual y familiar sistémica.
- **Recursos materiales:** un ordenador, un proyector, presentaciones teóricas en power point, hojas de papel y tests psicométricos en formato papel.
- **Recursos espaciales:** infraestructuras públicas de cada municipio.

Temporalización

Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos cada una. La frecuencia de las 4 sesiones grupales será de 1 día por semana, en concreto se realizarán los sábados por la mañana, favoreciendo el acceso a estas de todas las mujeres que trabajen o tengan alguna carga familiar entre semana. Y la frecuencia de las 4 sesiones individuales con la familia, se llevarán a cabo de lunes a viernes. De esta forma, estas 40 sesiones se repartirían durante aproximadamente 2 meses, realizando 1 sesión individual con la familia por día. Con lo cual la duración total del programa de intervención será aproximadamente de 3 meses (1 mes de terapia grupal y 2 meses de terapia familiar sistémica). El inicio del programa se plantea para el día 14 de enero con finalización el día 31 de marzo del 2023. Y posteriormente, se realizará una reunión de seguimiento a los 3 meses después de la finalización del programa, donde se volverán a pasar los tests psicométricos para comprobar si los cambios se mantienen en el tiempo y el estado psicológico de las mujeres.

Descripción de las sesiones

Para la realización de las sesiones se han tenido en cuenta las siguientes referencias bibliográficas: (Molina, 2021), (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

Sesión 1: ¿Qué es la Fibromialgia?

Objetivos:

- Identificar las creencias sobre la FM que tiene cada mujer y puesta en común.
- Proporcionar información acerca de la FM.
- Modificar creencias irracionales sobre la FM.
- Resolución de dudas.

Descripción:

Esta sesión se realizará de forma grupal con todas las usuarias del programa. Al inicio de la sesión se realizará una breve presentación de las integrantes del grupo, para que se conozcan entre ellas y conozcan la historia de cada una. Se llevará a cabo la explicación del programa en cuanto a sesiones, objetivos, dinámicas de trabajo y período de duración. Además, para crear un clima de confianza entre todo el grupo se mencionará la importancia de la confidencialidad de la información expuesta en las sesiones por parte de cada usuaria y el/la profesional, cumpliendo un compromiso común, además tendrán que firmar una hoja donde

se les explicará el consentimiento informado para llevar a cabo las sesiones, una para ellas y otra para cada miembro/a de la unidad familiar que posteriormente se reunirán en las sesiones finales. Se llevará a cabo una ronda de preguntas inicial para conocer los conceptos que posee el grupo. Luego, se les presentará un power point con información acerca de los aspectos relevantes de la FM, y para finalizar se realizará una ronda de preguntas para comprobar lo aprendido en la sesión. Siempre al finalizar la sesión el/la psicólogo/a se prestará a la resolución de dudas que presenten las usuarias. Además, se les proporcionará la información del power point en formato papel para que la puedan leer cuando quieran, de esta forma podrán integrar mejor los conceptos vistos en la sesión. Por último, se les proporcionarán las escalas psicométricas descritas anteriormente para que las realicen tranquilamente en sus casas, con la intención de que lo traigan en la próxima sesión, haciendo una preevaluación de la efectividad del programa.

Actividades:

- Puesta en común de las siguientes preguntas por usuaria: ¿qué es para ti la fibromialgia?, ¿crees que es una enfermedad muy común entre la población?, ¿crees que el dolor físico influye en tu estado de ánimo y en tu entorno social?
- Visionado de un power point para dar respuesta a las preguntas formuladas anteriormente, con información acerca de la FM (definición, prevalencia, causas, factores psicosociales implicados, síntomas físicos y psicológicos, diagnóstico y tratamiento).
- Actividad de verdadero y falso, donde se mostrarán en formato power point una serie de preguntas acerca de la FM. Las usuarias tendrán que decir si es verdadero o falso. De esta forma se podrá comprobar si la información proporcionada ha sido adquirida adecuadamente.
- Resolución de dudas (si las hay).
- Proporcionar la información del power point en formato papel para que las usuarias se lo lleven a casa.
- Proporcionar las escalas psicométricas para la cumplimentación en sus casas.
- Actividad para casa: lectura de la información proporcionada y cumplimentación de las escalas psicométricas.

Sesión 2: ¡Bienvenidas!

Objetivos:

- Concienciar sobre la importancia que tiene la realización de actividad física moderada sobre la enfermedad.
- Adquirir pautas para realización de ejercicio físico moderado.
- Resolución de dudas.

Descripción:

Esta sesión comenzará con psicoeducación, a través de la visualización de un power point con información sobre cómo afecta el ejercicio físico en la satisfacción con la vida de las personas con FM, y sobre el círculo vicioso del dolor (me duele → decido quedarme en casa/cama → más atención le presto al dolor → percibo más dolor), y la implicación que este tiene para la no realización del ejercicio físico. Tras el visionado, se les preguntará si realizan ejercicio físico moderado de forma habitual para que externalicen el comportamiento sedentario que se pretende cambiar. Para finalizar la sesión, se llevará a cabo una actividad denominada “*La carta de despedida*” con la que se pretende motivar a las usuarias al cambio de comportamiento sedentario, trabajando la ambivalencia sobre la situación. Además, se les pedirá que realicen un listado de cosas que pueden hacer para cambiar esa conducta sedentaria. Como tarea para casa se les pedirá que realicen una conducta de las propuestas en ese listado, y como recurso que lean la carta de despedida, si el nivel de motivación es bajo. Siempre haciendo hincapié en la no obligación de la ejecución del plan de acción, ellas tienen que ser conscientes de que son las que deciden decir adiós a su yo del pasado para dar la bienvenida a la yo del presente, no es una imposición.

Actividades:

- Recogida de las escalas psicométricas cumplimentadas.
- Visionado del power point (explicación teórica acerca de los beneficios de realizar ejercicio físico moderado en FM y el círculo vicioso del dolor).
- Actividad “*La carta de despedida*”: Se les pide a las usuarias que durante la sesión escriban una carta de despedida a su yo sedentaria, donde agradezcan su presencia durante los años pasados y digan los motivos por los que ya no desean que persiga en su vida.
- Actividad “Listado de conductas alternativas”: Se les pedirá que elaboren un listado propio de 3 o 4 conductas alternativas a la conducta sedentaria.
- Resolución de dudas (si las hay).
- Actividad para casa: realizar una conducta del “Listado de conductas alternativas”.

Sesión 3: ¡Yo controlo!

Objetivos:

- Informar sobre qué son las estrategias de afrontamiento.
- Informar sobre qué es el autocontrol.
- Realizar una actividad sobre la reorganización cognitiva.
- Resolución de dudas.

Descripción:

Antes de empezar la sesión, se les preguntará si han realizado alguna conducta alternativa de la sesión anterior y como se han sentido o si creen que ha cambiado algo en ellas.

Esta sesión se iniciará con psicoeducación, a través de la presentación de un power point sobre qué son las estrategias de afrontamiento y para qué son útiles en la FM. Se hará una breve explicación de qué es el autocontrol y la reorganización cognitiva. Y para finalizar, se llevará a cabo una actividad que pretende poner en práctica la estrategia de reorganización cognitiva para que las usuarias aprendan a cambiar los pensamientos desadaptativos en las situaciones de estrés ocasionadas por los síntomas de la FM, a través del cuestionamiento de estos y la sustitución por otros más apropiados. El objetivo de esta actividad es aprender a reducir o eliminar las perturbaciones emocionales causadas por los pensamientos irracionales. Como tarea para casa se les pedirá que anoten las situaciones estresantes o desagradables que les vayan surgiendo durante la semana y que rellenen la plantilla de la misma forma que se ha hecho en la sesión, de esta forma se pretende que poco a poco aprendan a automatizar la técnica sin necesidad de escribirlo en la plantilla.

Actividades:

- Puesta en común de la actividad para casa propuesta en la sesión anterior.
- Visionado del power point sobre estrategias de afrontamiento y su utilidad, con una breve explicación del autocontrol y la reorganización cognitiva.
- Puesta en práctica de la reorganización cognitiva. Se les pedirá que piensen en una situación molesta, estresante o desagradable que se ha haya presentado en consecuencia de la FM (ej. dolor, fatiga, problemas de sueño...). Luego, se les pedirá que rellenen los apartados propuestos en una hoja. La hoja constará de una plantilla con los siguientes apartados: descripción de la situación de forma objetiva (qué pasó y quién estaba presente), pensamientos en esa situación (qué pienso), respuestas emocionales (cómo me siento: triste, irritada, enfadada...), comportamientos después del suceso (qué hago para lidiar con esa situación). Tras la cumplimentación de la

plantilla, se pone en común con el resto de las usuarias y se discuten las diferentes formas de afrontar la situación, modificando los pensamientos y autoafirmaciones irracionales. Se van a utilizar autoafirmaciones de autoapreciación o de ánimo: ¿cómo puedo interpretar la situación de otra forma? ¿Si pienso que todo va mal o que no sirvo para nada, esto me es útil para alguna cosa?

- Resolución de dudas (si las hay).
- Actividad para casa: rellenar la plantilla con las situaciones estresantes o desagradables que les surjan durante la semana.

Sesión 4: ¡Yo sí que valgo!

Objetivos:

- Informar sobre qué es la autoestima y la importancia que tiene sobre la FM.
- Proporcionar pautas para adquirir una buena autoestima.
- Resolución de dudas.

Descripción:

En primer lugar, se comentará la tarea realizada en casa de la sesión anterior, resolviendo dudas y comprobando la consolidación de la técnica. Luego, se proporcionará psicoeducación, a través del visionado de un power point sobre la definición de la autoestima, el efecto que tiene sobre la FM y como construir una buena autoestima. Seguidamente, se llevará a cabo una actividad donde puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos tras la información proporcionada y aprendan a construir una autoestima positiva. Esta actividad se centrará en destacar las fortalezas de cada una para que sean conscientes de estas y que al ponerlas en marcha en su día a día le den valor, estimen sus propias posibilidades y no se sientan limitadas. Para finalizar, se les pedirá que elaboren ellas mismas un listado de consejos para afrontar la FM, de esta forma tendrán un recurso para consultar en cualquier momento en el que la enfermedad les desborde.

Actividades:

- Puesta en común de la actividad para casa propuesta en la sesión anterior.
- Visionado del power point sobre la autoestima.
- Actividad para detectar e implantar fortalezas. Se les pedirá a las usuarias que anoten en una hoja en blanco las actividades del día a día que son capaces de realizar por sus fortalezas (conocimientos, competencias, habilidades...). Posteriormente, se les

pedirá que analicen de forma individual como las han empleado en esa actividad y como de útiles les han resultado. Se ha pensado que es más sencillo identificar las fortalezas en situaciones concretas y no al revés.

- Puesta en común de los resultados de la actividad anterior, para crear un ambiente de reflexión.
- Confección de un listado de consejos para afrontar la FM.
- Resolución de dudas (si las hay).

Sesión 5: ¡Me pongo en tu lugar!

Objetivos:

- Concienciar sobre los aspectos clave de la FM a la familia de la usuaria.
- Proporcionar información sobre las emociones y la inteligencia emocional.
- Generar comprensión entre los miembros de la familia.
- Resolución de dudas.

Descripción:

En primer lugar, se va a llevar a cabo la psicoeducación a través del visionado de un vídeo (disponible en referencias bibliográficas) sobre qué es la FM y cómo se sienten las personas con esta enfermedad, dando relevancia a los sentimientos y emociones derivados de esta. En segundo lugar, también se hará psicoeducación a través del visionado de un power point con información acerca de qué son las emociones, la relación que tienen con los pensamientos y la conducta, qué es la inteligencia emocional y su utilidad. Para finalizar, se llevará a cabo una actividad donde cada miembro/a de la familia pensará una situación familiar que involucre a los/las miembros/as presentes, donde se haya sentido incómodo/a. Los/las miembros/as de la familia tendrán que expresar como creen que se ha sentido la persona en esa situación a nivel emocional, antes de que ella misma lo verbalice. De esta forma, se pretende enriquecer la expresión de emociones, ya que cada miembro/a tendrá que verbalizar lo sentimientos y emociones de la otra persona, y además desde un enfoque distinto al suyo propio porque se tendrán que poner en la piel del otro/a. Esto permite conocer la imagen que tienen cada uno/a de los familiares sobre todos/as, y comprender las emociones que puede ser estén experimentando los/las demás. Con el objetivo de que no invaliden emocionalmente a ninguno/a. Como tarea para casa cada miembro/a tendrá que escribir en una hoja en blanco qué es lo más relevante para el/ella de esta sesión.

Actividades:

- Visionado de un vídeo explicativo sobre la FM y la relevancia de las emociones en esta.
- Visionado de un power point sobre las emociones y la inteligencia emocional.
- Actividad “*Me pongo en tu lugar*”: los/las participantes se pondrán en círculo y de uno/a en uno/a tendrán que exponer una situación desagradable y/o incómoda para ellos/as que haya ocurrido en el núcleo familiar, antes de que verbalice como se sintió en esa situación, los/las demás miembros/as tendrán que decir de uno/a en uno/a como creen que se habrá sentido emocionalmente esa persona, y posteriormente esta dará su versión, identificando los pensamientos y emociones suscitados. El/la psicólogo/a tendrán que realizar preguntas circulares para obtener información relevante. Se hará con todos/as los/las miembros/as de la familia y para finalizar se abrirá un debate.
- Resolución de dudas (si las hay).
- Actividad para casa: escribir en una hoja en blanco qué es lo más relevante para el/ella de esta sesión.

Sesión 6: ¡Yo me comprometo!

Objetivos:

- Impulsar el apoyo familiar entre todos/as los/las miembros/as.
- Aumentar la percepción de apoyo social de las mujeres con FM y la de su familia.
- Resolución de dudas.

Descripción:

Para empezar, se hará una puesta en común de lo escrito en casa sobre los aspectos relevantes de la sesión anterior por cada miembro/a de la familia, de esta forma se pretende observar la funcionalidad de esta, y conocer qué aspectos son importantes para cada uno/a. Posteriormente, se llevará a cabo la realización de una tabla de compromisos, y para ello se hará una dinámica donde los/las presentes expresen qué es lo que les gustaría recibir de los/las demás. Es decir, se les propone que cuenten como es su historia de vida con cada miembro/a, en cuanto a la convivencia en casa, como se sienten y si hay alguna cosa que cambiarían que crean les pueda hacer sentirse mejor con los/las demás. Tras la verbalización, cada miembro/a apuntará en una hoja en blanco qué es lo que el/ella cree que podría hacer para que la otra persona se sienta mejor en la relación, y esto se hará de uno/a en uno/a (madre con padre/madre, y con hijos/as, padre con madre/padre y con hijo/as, hijos/as con

padre y madre y con hermanos/as). A través de lo que cada uno/a escriba en su hoja se les pedirá que realicen una tabla/listado con el título “yo me comprometo”, donde seleccionen por persona lo que se comprometen a hacer para apoyarla, este tendrá que ser firmado por todos/as los/las miembros/as de la familia. El objetivo principal de esta sesión es aumentar el apoyo social percibido por las mujeres con FM, pero es muy importante fomentar la cohesión familiar y que todos/as los/las miembros/as se sientan parte del proceso de cambio para crear un buen clima familiar, por ello el apoyo social debe estar presente en toda la estructura familiar. Como tarea para casa se les pedirá que pongan en práctica el compromiso firmado.

Actividades:

- Puesta en común de la actividad para casa propuesta en la sesión anterior.
- Puesta en común de lo que a cada uno/a le gustaría recibir de los/las demás.
- Tras la escucha, escribir en una hoja en blanco lo que cada uno/a cree que podría hacer para que la otra persona se sintiera mejor en la relación.
- Actividad sobre una tabla de compromisos, donde se realizará un listado con las cosas que cada persona se compromete a hacer para que la otra persona se encuentre mejor.
- Resolución de dudas (si las hay).



Sesión 7: ¡Hoy eres yo!

Objetivos:

- Identificar y conocer los roles establecidos dentro del núcleo familiar.
- Resolución de dudas.

Descripción:

Para empezar, se comentará si se están realizando las tablas de compromisos, y cómo se sienten con el cumplimiento o no de estas. Posteriormente, se les pedirá que escriban en una hoja en blanco las tareas del hogar que cada miembro/a realiza en casa. Este listado se pasará a la persona del al lado hacia la derecha. Las tareas que realiza cada miembro/a pertenecen a un rol establecido, por lo tanto, cada uno/a deberá durante 2 semanas realizar un cambio de rol en casa. Durante el tiempo restante de la sesión, se resolverán las dudas sobre la puesta en marcha de este cambio, por ejemplo, si la madre suele lavar la ropa de todos/as, ahora lo hará la persona asignada y esta le tendrá que explicar cómo se hace si se desconoce, así con cada tarea. Además, también se debatirá quien puede hacer o no ciertas

tareas que le hayan tocado, por ejemplo, si un miembro/a trabaja o estudia y no tiene tiempo de hacer la comida, se puede plantear que lo haga el fin de semana cuando no tenga cargas laborales o académicas. Los cambios de roles establecidos se tienen que adaptar a las circunstancias de cada familiar para que estos se cumplan, de esta forma se incrementa la motivación para la realización al aumentar la posibilidad de acción.

Actividades:

- Puesta en común de la actividad para casa propuesta en la sesión anterior.
- Escribir en una hoja en blanco las tareas del hogar que cada miembro/a realiza en casa.
- Pase de la hoja a la persona de la derecha.
- Actividad para casa: realizar un cambio de roles durante 2 semanas, el/la miembro/a tendrá que realizar el rol asignado.
- Resolución de dudas (si las hay).

Sesión 8: ¡Hasta luego!

Objetivos:

- Realizar la posevaluación de la efectividad del programa (seguimiento).
- Conocer las emociones suscitadas por la actividad para casa de la sesión anterior (evaluación del impacto emocional).
- Reestructurar roles disfuncionales: redistribución de roles en la estructura familiar adaptándose a la pérdida de capacidad funcional de la mujer con FM.
- Resolución de dudas y/o conflictos generados.

Descripción:

En esta sesión de cierre se pretende, por un lado, realizar el pase de las escalas psicométricas pasadas al inicio del programa de intervención para hacer una evaluación de la efectividad de este. Por otro lado, realizar una evaluación del impacto emocional que haya podido tener la actividad para casa propuesta en la sesión anterior, aquí se realizará una ronda de preguntas circulares a todos/as los/las miembros/as de la familia, para que cuenten como se han sentido con el cambio de rol, ejerciendo el rol, viendo que la otra persona realiza sus tareas del hogar, cuál ha sido la carga de trabajo que supone el rol asignado, quién se sentía mejor con el rol, por qué crees que esta persona no se sentía bien con ese rol. Estas preguntas irán variando, dependiendo de la dinámica de comunicación que surja en el núcleo familiar, el /la psicólogo/a deberá saber qué preguntar en cada grupo familiar. Durante la ronda de preguntas, se

establecerá la redistribución de roles en la estructura familiar adaptándose a la pérdida de capacidad funcional de la mujer con FM, siendo todos/as conscientes de esta. Esta sesión se ha considerado de vital importancia para la resolución de dudas y/o conflictos que se hayan podido generar con la actividad de cambio de roles. Además, para finalizar el programa de intervención se les dirá a todos/as los/as miembros/as que no es un “adiós”, si no, un “hasta luego” porque todo lo aprendido deberán ir poniéndolo en práctica en su día a día.

Actividades:

- Pase de las escalas psicométricas por su cumplimentación durante el comienzo de la sesión.
- Realización de una ronda de preguntas para poner en común las emociones suscitadas con el cambio de roles en casa y redistribución de roles en la estructura familiar.
- Resolución de dudas y/o conflictos generados en la dinámica familiar.

3. Discusión y conclusiones

La FM está considerada un problema de salud de primer orden por su elevada prevalencia en la población y el coste sanitario que genera. Además, las personas con FM no están satisfechas con el tratamiento que reciben por parte de los profesionales de la medicina, porque parece ser no abarcan la problemática en su totalidad (Rivera et al., 2006). Por ello, la importancia de diseñar programas de intervención psicológica para esta enfermedad. Se ha podido comprobar como los tratamientos proporcionados son farmacológicos y pautas de ejercicio físico moderado, ya que estas personas pasan solo por la consulta de reumatología sin asistencia psicológica, y en el caso que participen en algún programa de intervención psicológica se les ofrece una perspectiva únicamente cognitivo-conductual (Muñoz, 2020), dejando de lado todo el ámbito relacional de las personas.

En la presente propuesta de intervención se ha considerado que, para tratar los problemas emocionales y psicosociales generados por la enfermedad, es necesario ampliar el enfoque del tratamiento psicológico, combinando la terapia cognitivo-conductual con la familiar sistémica. Tratando la problemática desde una perspectiva relacional, incluyendo el sistema familiar, con sesiones que contemplen un cambio de roles en la estructura familiar desde una perspectiva de género. La prevalencia de mujeres es mayor que la de hombres y con una media de edad de 54 años (Cabo-Meseguer et al., 2019), con lo cual podría ser que el rol de la mujer en casa sea el establecido al género femenino y posea más carga de trabajo, y esto altere su bienestar y calidad de vida. Este aspecto es relevante en el impacto psicológico de

la enfermedad, ya que como se ha comprobado las mujeres pierden capacidad funcional, teniendo problemas en la realización de las actividades de la vida diaria (Bernard et al., 2000).

La fortaleza principal de este programa es la inclusión de la familia en el proceso de cambio conductual de las mujeres con FM, ya que como se ha podido comprobar en la literatura refieren falta de apoyo social, y se considera el principal la familia (Barrera et al., 2010). Se espera conseguir aumentar el apoyo familiar para que las mujeres aumenten su percepción de apoyo social, variable relevante en la percepción del dolor. Además, aumentar la capacidad de afrontamiento, la satisfacción con la vida y la autoestima para mejorar su calidad de vida.

En cuanto a las limitaciones del programa se podría considerar la dificultad de que todos/as los/las miembros/as de la familia puedan asistir a las sesiones en la misma franja horaria. Y, además, las posibles discrepancias que puedan surgir a la hora de participar en el programa, dado que alguno de los/las miembros/as no deseen asistir.

Cabe destacar, que este trabajo presenta un programa de intervención piloto, y por ello la limitación de plazas ofertadas. Se han escogido únicamente 10 para que el programa no se alargue en el tiempo y pueda resultar efectivo, pero una vez llevado a cabo y demostrada su validez en el tratamiento, se podría considerar aumentar el número de plazas contando con más profesionales de psicología. Por último, se han escogido los hospitales de Alicante y Alcoy para comenzar a implantar el programa de intervención. Pero de cara a futuras propuestas, se pretende abarcar las diferentes zonas de la Comunidad Valenciana por su elevada prevalencia en FM.

Referencias Bibliográficas

- Alemán, I. (2013). Desarrollo y validación del cuestionario de apoyo social V.I.D.A. (vínculos interpersonales de apoyo). [Tesis de doctorado. Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España]. Dialnet.
- Amaya-Ropero, M., y Carrillo-González, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 4, 461-474.
- Atienza, F.L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Rev Psicol Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Barrera, L., Pinto, N., y Sánchez, B. (2010). *El enfermo crónico y su cuidador familiar. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Bernard, A. L., Prince, A., y Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgiapatients. *Arthritis Care Res*, 13, 42-50.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega. (2016). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., y Trillo-Mata, J.L. (2019). Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-13.
- Cabo-Meseguera, A., Cerdá-Olmedo G., y Trillo-Mata J.L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clin*, 10, 441-448.
- Cabrera Perona, V. M. (2017). El papel de la comparación social como estrategia cognitiva en pacientes con fibromialgia. [Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández, España]. Dialnet.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Carr, A. (2018). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. *Journal of family therapy*, 41, 492-536.
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. [CODEM Madrid]. (2022). Así le cambió la vida la fibromialgia a esta enfermera [Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=x63geNGsY_k

- Giovanazzi, S., Barraza, R., y Diaz, L. (2017). Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena. *Redes*, 35, 53-68.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Recuperado el 17 de octubre de 2021 desde <https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Fibromialgia.htm>
- Gómez-Lugo, M., Espada, J., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F., y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptación, Validación, Confiabilidad y Equivalencia Factorial de la Escala de Autoestima de Rosenberg en Población Colombiana y Española. *Revista Española de Psicología*, 19.
- González-Serrano, G., Huéscar, E., y Moreno-Murcia, J.A. (2013). Satisfacción con la vida y ejercicio físico. *European Journal of Human Movement*, 30, 131-151.
- Grande, M. L., Calero, M. J., y Ortega, R. (2021). Impacto social y familiar de la fibromialgia. *Seminario médico*, 63(1), 13-27.
- Hatchard, T., Lepage, C., Hutton, B., Skidmore, B., y Poulin, P. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis with indirect comparisons. *PubMed*. 22(1), 26-35.
- Hilbert, G. (1990). Social support in chronic illness. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. New York: Springer, 79-96.
- Instituto de Neurología Cognitiva. Recuperado el 17 de octubre de 2021 desde <https://www.ineco.org.ar/patologias/fibromialgia/>
- Izquierdo, A. (2020). Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica. [Trabajo de investigación. Escuela académica profesional de psicología, Pimentel-Perú].
- La Universidad en Internet (UNIR). *Terapia familiar sistémica: en qué consiste, características y objetivos*. Recuperado el 20 de junio de 2022 desde <https://www.unir.net/salud/revista/terapia-familiar-sistemica/>
- Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Ansiedad y Estrés. *Dialnet*, 8, 173-182.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. *Springer Publishing Company*.

- Marín-Mejía, F., Colina-Gallo, E., y Duque-Vera, I. (2019). Danza Terapéutica y Ejercicio Físico. Efecto sobre la Fibromialgia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24, 17-27.
- Molina, A. (2021). Efectos de un Programa de Educación Sanitaria y Ejercicio Físico en Pacientes de Fibromialgia. [Trabajo de fin de máster. Universidad de Jaén, Jaén].
- Molina, V., y García, E. (2021). Afrontamiento psicológico del dolor crónico: depresión y ansiedad. *NPunto*, 4, 34-58.
- Morley, S., y Williams, A. (2015). New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain. *Can J Psychiatry*, 60(4), 168-75.
- Muñoz, M. (2020). Uso de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la fibromialgia y síntomas asociados: revisión sistemática, 2000 - 2018. [Tesis doctoral. Departamento de Ciencias de la Salud. Escuela de Ciencias, Universidad de las Américas Puebla, México].
- Perrot, S., Choy, E., Petersel, D., Ginovker, A., y Kramer, E. (2012). Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC health services research*, 12, 1-8.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A., y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 1, 55-66.
- Sanz Baños, Y. (2016). Andar como ejercicio físico en fibromialgia. Aportaciones desde la teoría de la acción planeada. [Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández, España]. Dialnet.
- Sañudo, B., Galiano, D., Carrasco, L., y de Hoyo, M. (2010). Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 3(4), 159-169.
- Smith, E., y Mackie, D. (1997). *La psicología social y sus aplicaciones a diversos contextos*. Nueva York: Panamericana.
- Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology*, 16(82), 1-15.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.