



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2024/2025

Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de Intervención.

Título: Propuesta de Programa de Intervención en Mujeres con Fibromialgia.

Alumna: Gijón Moya, Alba

Tutora: Ainara Nardi Rodríguez

Co-tutora: Lidia Pamies Aubalat

Código de Oficina de Investigación Responsable: TFG.GPS.ANR.AGM.241118

En Elche, a 6 de junio de 2025.

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Método.....	8
Objetivos.....	8
Participantes.....	9
Procedimiento.....	9
Temporalización de las sesiones.....	9
Instrumentos de evaluación.....	10
Descripción de las sesiones.....	12
Discusión y conclusiones.....	29
Bibliografía.....	32
Anexos.....	42
Anexo 1. Escala de conocimientos del dolor.....	42
Anexo 2. Autorregistro patrones de alimentación.....	42
Anexo 3. Plantilla Ruleta de la vida.....	43
Anexo 4. Plantilla damero.....	43

Resumen

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico generalizado, cuya prevalencia es especialmente elevada en mujeres. Su impacto es significativo, interfiriendo notablemente en el día a día de las personas afectadas. Existe evidencia sobre la participación de factores psicosociales en el desarrollo y manejo del dolor y la mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinares frente a los exclusivamente farmacológicos. Sin embargo, los tratamientos existentes no abordan en su conjunto las variables psicosociales más relevantes. Por ello, se presenta una propuesta de intervención conformada por 11 sesiones, de 90 minutos de duración y frecuencia semanal dirigido a mujeres adultas con diagnóstico de fibromialgia. El objetivo es mejorar el manejo del dolor y su calidad de vida. Se pretende ampliar, desde una perspectiva de género, conocimientos sobre el dolor, los tratamientos existentes y las variables influyentes, reducir pensamientos catastrofistas, fomentar la autoeficacia, mejorar hábitos de sueño y alimenticios, promover patrones de actividad saludables, aumentar la adhesión al ejercicio físico y fortalecer el apoyo social informal. Para futuras intervenciones se propone una adaptación de los tratamientos a los hombres y cómo las diferentes variables afectan a estos en el manejo del dolor. Como conclusión, se realiza una propuesta de intervención que incluye las variables psicosociales implicadas en el manejo de dolor en personas con fibromialgia de una manera integrada.

Palabras clave: fibromialgia, dolor crónico, intervención, programa, perspectiva de género.

Abstract

Fibromyalgia is a chronic, widespread pain syndrome with a particularly high prevalence in women. Its impact is significantly interfering with the daily lives of those affected. There is evidence of the involvement of psychosocial factors in the development and management of pain and greater efficacy of multidisciplinary treatments compared to exclusively pharmacological ones. However, existing treatments do not comprehensive address the most relevant psychosocial variables. Therefore, an intervention proposal is presented , consisting of 11 sessions, each lasting 90 minutes once a week, aimed at adult women diagnosed with fibromyalgia. The goal is to improve pain management and quality of life. The goal is to expand, from a gender perspective, knowledge about pain, existing treatments and influencing variables, reducing catastrophic thinking, promote self-efficacy, improve sleep and eating habits, encourage healthy activity patterns, increase adherence to physical exercise and strengthen informal social support. For future interventions, we propose adapting treatments to men and how different variables affect them in pain management. In conclusion, an intervention proposal is made that includes the psychosocial variables involved in pain management in people with fibromyalgia in an integrated manner.

Keywords: fibromyalgia, chronic pain, intervention, program, gender perspective.

Introducción

El síndrome de Fibromialgia es un problema de salud cuya característica principal es el dolor generalizado, centralizado y multifocal en el aparato locomotor. Suele acompañarse de gran cansancio, alteraciones de sueño o pérdida de concentración y memoria. Su curso es variable con evolución a brotes, con fases de mejoría y de empeoramiento dependientes de numerosos factores y únicos de cada paciente (Grupo SER y GEFISER de la Sociedad Española de Reumatología, 2020).

La fibromialgia afecta en torno al 2,10% de la población mundial y un 2,4% de la población española (Cabo-Meseguer et al., 2017). Los porcentajes de mujeres y hombres son del 4,2% y 0,2% respectivamente, lo que supone una relación de 21:1. Destaca una mayor prevalencia entre los 46 a 65 años, situándose su cúspide en los 49 (De Reumatología, 2001; Mas et al., 2008).

En servicios sanitarios no especializados, las consultas por fibromialgia suponen entre el 2,1 y 5,7% del total de consultas; mientras que en reumatología se eleva hasta el 20% (De Reumatología, 2001; Gamero Ruiz et al., 2005). En éstas, la latencia para el diagnóstico es de 6 años desde el inicio de la sintomatología (Collado et al., 2020). Como consecuencia, se estima un alto coste oscilando entre los 2.443,6 y los 7.164,8 millones de euros (Oliva-Moreno & Vilaplana-Prieto, 2024).

Sus causas son todavía desconocidas. Se considera que puede existir una predisposición genética que junto a factores estresantes resulten desencadenantes de las manifestaciones clínicas y/o aumento de los síntomas (Gomez, 2023). Otros estudios, además han encontrado una alteración en los neurotransmisores responsables del dolor, obteniendo como resultado una percepción exagerada del mismo (Rodríguez & Mendoza, 2020).

El impacto de la fibromialgia es significativo, interfiriendo notablemente en el trabajo, el cuidado del hogar y las actividades cotidianas (Ben-Yosef et al., 2020; Björnsdóttir et al., 2013; Cerón-Lorente et al., 2018; Pérez De-Heredia-Torres et al., 2017; Russek et al., 2015; Sallinen et al., 2011). En la vida laboral, se observa una disminución del rendimiento y pérdida de horas de trabajo. Esto acarrea una importante reducción de los ingresos, lo que desemboca en un problema añadido en la mayoría de los casos (Kawai et al., 2017). En el cuidado del hogar dedican más horas, pero con menor productividad que las personas sin

fibromialgia (Cerón-Lorente et al., 2018). Respecto a las actividades diarias muestran dificultades para vestirse, conservar pautas de higiene personal, cocinar o subir escaleras, entre otras (Björnsdóttir et al., 2013; Pérez De-Heredia-Torres et al., 2017; Russek et al., 2015). Esto puede derivar en ansiedad, depresión y una mayor percepción del dolor (Gálvez-Sánchez et al., 2020).

Cabe destacar que no existe tratamiento curativo para la fibromialgia. Este consiste en la mejora de la situación general hasta permitir convivir con la enfermedad y llevar una vida normal. Debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar (Turcotte et al., 2023), siendo necesario realizar un uso racional de la medicación debido a la posibilidad de aparición de efectos secundarios (Pérez-Velasco & Peñacoba-Puente, 2015), tolerancia, dependencia física y riesgo de desarrollar adicción (Acuña, 2019). Sánchez et al. (2021) tras realizar una revisión sistemática de más de 31 estudios, concluyen que el enfoque multidisciplinar es el método más efectivo en la funcionalidad, el dolor y estrategias de afrontamiento en comparación al tratamiento médico actual. Otros tratamientos incluyen la información y educación, el ejercicio físico regular, la higiene del sueño y determinadas modalidades de terapia psicológica (Kundakci et al., 2022).

Entre las variables psicosociales que influyen en el manejo del dolor, destacan el catastrofismo, la autoeficacia, la higiene de sueño, alimentación, patrones de actividad física, el ejercicio físico, el apoyo social informal y la identidad de género. A continuación, se describen cada una de ellas con mayor detalle.

La *preocupación por el dolor*, antes denominado *catastrofismo* (Crombez et al., 2020) es la orientación cognitiva negativa, desproporcionada o exagerada ante estímulos dolorosos, su vivencia y manejo. Petrini & Arendt-Nielson (2020) destaca este factor como de riesgo para la cronificación del dolor y para sufrir discapacidad debido a su asociación mayores niveles de depresión o la necesidad de mayor tiempo de rehabilitación, entre otros (Crombez et al., 2004; García Campayo et al., 2008; Geisser et al., 2003; Gracely et al., 2004).

Con respecto a la *autoeficacia*, esta hace referencia a las creencias sobre sí mismo en relación con la capacidad de ejecutar actividades a pesar del dolor (Nicholas, 2007). Según Karasawa et al. (2019), independientemente de la severidad del dolor, los cambios en la autoeficacia se asocian con una reducción de la discapacidad. En 2014, Jackson et al., también halló una correlación negativa entre la autoeficacia y el deterioro, el malestar afectivo y la severidad del dolor.

Las personas con fibromialgia con frecuencia refieren tener una mala calidad del *sueño*. Se observa una importante relación directa entre la alteración del sueño y el malestar emocional, el dolor, diversos síntomas y dificultades en la memoria y atención. Esto interfiere gravemente en el día a día de las personas afectadas (Prados & Miró, 2012). A su vez, puede observarse un círculo vicioso entre sueño y dolor ya que el primero repercute negativamente en la percepción del dolor que a su vez afecta a la calidad del sueño (Hurtado & Hernández, 2012; Chavez Hidalgo, 2013).

Por su parte, la *alimentación* puede acarrear grandes consecuencias en personas con fibromialgia. Diversos estudios afirman que son frecuentes las alteraciones intestinales como consecuencia del gluten, siendo recomendable llevar una dieta rica en antioxidantes (Pagliai et al., 2020), glutamato (Holton, 2016) y dietas bajas en grasa, necesitan potenciar alimentos ricos en fibra, vitamina C y minerales como el potasio o el magnesio (Batista et al., 2016).

Los *patrones de actividad* toman un papel muy importante en la calidad de vida de las personas con dolor crónico (Esteve et al., 2016; Esteve et al., 2017; Hadzic et al., 2017; Kindermans et al., 2011; Van Damme & Kindermans, 2015) Estos se clasifican en: evitación, persistencia y pacing. (Andrews et al., 2012). En primer lugar, la evitación de actividades se refiere a no realizar aquellas con respecto a las cuales se anticipa que van a provocar dolor o van a ser desagradables. Está asociado con un mal funcionamiento físico y psicológico, aumento del dolor, angustia y discapacidad (Andrews et al., 2012; Luthi et al., 2018; Racine et al., 2020). Además, juega un papel fundamental en la cronificación del dolor (De Baets et al., 2020). En segundo lugar, la persistencia consiste en la insistencia de una actividad hasta completarla a pesar del dolor. Puede tener un impacto negativo, aumentando el dolor y disminuyendo la funcionalidad (Cane et al., 2013; Luthi et al., 2018). Por último, el “pacing” es una estrategia de regulación del nivel de actividad que divide las actividades diarias en tareas más pequeñas (Kindermans et al., 2011), alternando descansos para conseguir una meta adaptativa (Cane et al., 2013; Luthi et al., 2018). Se trata de un objetivo terapéutico en contextos clínicos (Andrews et al., 2012). Sin embargo, más recientemente se ha hallado que tanto el pacing como la persistencia o la evitación pueden tener un papel adaptativo o desadaptativo dependiendo de la meta de las personas, es decir, las motivaciones por las cuáles emplean los patrones (Esteve et al., 2017; Sanromán, 2023). Por ende, el establecimiento de metas relacionadas con la funcionalidad de las personas es importante.

En cuanto al *ejercicio físico*, es el tratamiento de elección de mayor bienestar (Macfarlane et al., 2017). Existe gran evidencia de que caminar y nadar son las actividades

físicas asociadas con mejoras en los niveles de dolor, función física y psicológica, calidad de sueño y salud en general (Bidonde et al., 2019). A su vez, disminuye la probabilidad de contraer otras patologías como osteoporosis o diabetes tipo II (Ambrose & Golightly, 2015).

Con respecto al *apoyo social informal*, Esteve et al. (2022) destaca la necesidad de distinguir entre diferentes tipos. Así, hay personas que fomentan la autonomía de la persona afectada, resultando en un mejor afrontamiento al dolor y una mayor satisfacción en la vida por parte de esta (Amaya & Carrillo, 2015; Morales Alburquerque & Sosa Torralba, 2022). Por el contrario, hay otras personas que sin ser conscientes pueden promover la dependencia. Estos casos se asocian con una mayor discapacidad y disminución del funcionamiento diario en la persona afectada.

Por último, los estudios apuntan a que la *identidad de género* es un factor determinante en el manejo del dolor. Las mujeres se enfrentan a continuas exigencias del entorno, debiéndose gestionar simultáneamente al dolor. Por ello, se considera fundamental que las mujeres con dolor crónico aprendan a establecer prioridades en sus responsabilidades y a definir límites en su entorno. En caso de no ser capaces de cumplir con las exigencias del entorno, tienden a atribuirse culpa, repercutiendo negativamente en su autoestima (ver en Samulowitz et al., 2018).

En lo que respecta a los programas previos existentes, se ha observado gran evidencia en que aquellos centrados en disminuir la preocupación por el dolor resultan de gran beneficio, aumentando notablemente la calidad de vida de las personas afectadas. Paralelamente se observan cambios favorables en la autoeficacia gracias a la reducción de pensamientos disfuncionales. A su vez, se obtienen resultados de mejora en los patrones de sueño (Alonso et al, 2014; Romero et al, 2002; Buiza et al, 2010; Moiola & Merayo, 2005). La calidad de vida es también mejorada gracias a la actividad física. Caminar y nadar resultan las prescripciones más eficaces en personas con fibromialgia (Bidonde et al., 2019; Fernandes et al., 2016; Sanromán, 2023). Fomentar el apoyo social informal de forma adecuada ha resultado beneficioso en diversos programas. Las actividades conjuntas y una comunicación adecuada ayudan notablemente el curso del problema de salud (Gaitan-Moyar, 2020).

No obstante, los programas también presentan limitaciones. En primer lugar, Pérez et. al (2023) destaca la escasa consideración de variables sociodemográficas y relacionadas con el estilo de vida, como la alimentación o la religiosidad, donde el dolor puede tomar diferentes interpretaciones. Asimismo, Caballero Molina (2023) destaca las

inexistencia de intervenciones donde se combinan alimentación con ejercicio. Además, en la revisión sistemática realizada por Buiza (2010), destaca la necesidad de seguimientos a más largo plazo para determinar los posibles efectos de las intervenciones que permitan la consolidación de la mejoría de calidad de vida. A su vez, Gaitan-Moyar (2020) afirma que grupos formados por hombres y mujeres pueden limitar los resultados de la intervención. Esto es debido a factores sociales y contextuales como estereotipos de género.

En la literatura científica revisada no se han encontrado programas que abordasen los patrones de actividad ni alimentación. Tampoco de intervenciones multidisciplinarias que incluyesen todas las variables relevantes mencionadas en su conjunto. Por todo ello, se presenta una propuesta de intervención con mujeres con fibromialgia, cuyo objetivo general es mejorar su manejo del dolor y calidad de vida, incluyendo todas las variables psicosociales expuestas y que han demostrado tener relación con el manejo del dolor y la enfermedad.

Método

Objetivos

El objetivo general de este programa de intervención es mejorar el manejo del dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

Para ello, se han considerado los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer qué es el dolor, tipos de dolor y la influencia de variables culturales, psicosociales y de género en su percepción y manejo.
2. Conocer los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico, así como la eficacia de tratamientos multidisciplinarios.
3. Reducir pensamientos catastrofistas.
4. Fomentar la autoeficacia en el manejo del dolor.
5. Mejorar la higiene del sueño.
6. Incorporar hábitos alimenticios saludables.
7. Promover patrones de actividad saludables.
8. Aumentar la adhesión al ejercicio físico.
9. Fortalecer el apoyo social informal para el funcionamiento.

Participantes

El programa va dirigido a mujeres mayores de edad con síndrome de fibromialgia.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad.
- Presentar diagnóstico de fibromialgia.
- Tener disponibilidad para asistir presencialmente a las sesiones.
- Baja adhesión a tratamiento no farmacológico

Criterios de exclusión:

- No disponer de un nivel medio de lengua castellana.
- Presencia de problemas de salud comórbidos que impidan adherirse a los hábitos a trabajar en las sesiones.
- No disponer de un nivel educativo básico.

Procedimiento

En primer lugar, se contactará con el equipo responsable de atención primaria del Hospital General Universitario de Elche para llevar a cabo la presentación del programa y solicitar su colaboración en la remisión de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Contarán con folletos informativos sobre el programa para que las mujeres se inscriban a través de un formulario de Google forms. En este cuestionario se incluirán diversas preguntas relacionadas con los criterios de inclusión y exclusión del programa de forma que este sirva como segundo cribado. Las participantes se escogerán en función del cumplimiento de los criterios establecidos. Se les notificará a través de correo electrónico su admisión o exclusión al programa.

Temporalización de las sesiones

La organización temporal de las sesiones será la como se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. Temporalización de las sesiones.

	Marzo				Abril				Mayo			Nov.
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1
Sesión 1												
Sesión 2												
Sesión 3												
Sesión 4												
Sesión 5												
Sesión 6												
Sesión 7												
Sesión 8												
Sesión 9												
Sesión 10												
Sesión 11												
Postest 1												
Postest 2	Se realizará al cabo de un año del inicio del programa.											

Instrumentos de evaluación

Se harán uso de los siguientes instrumentos de evaluación.

Escala de conocimientos del dolor. Se aplicará un cuestionario adhoc compuesto por 6 ítems con una escala de respuesta tipo Likert desde el 1 “*Totalmente en desacuerdo*” hasta el 5 “*Totalmente de acuerdo*”.

Chronic Pain Self-Efficacy Scale. Se empleará la adaptación para población española realizada por Martín Aragón et al. en 1999. Cuenta con 19 ítems cuya escala de respuesta tipo Likert consta de 10 opciones de respuesta (0 “*Me creo totalmente incapaz*” - 10 “*Me creo totalmente capaz*”). Su interpretación puede realizarse de forma general o en función de las subescalas, donde una mayor puntuación significa mayor autoeficacia. El cuestionario presenta índices de fiabilidad test-retest y de consistencia interna adecuados, con un alfa de Cronbach de 0.91.

Pain Catastrophizing Scale. Se aplicará la adaptación española de la escala presentada por García Campayo et al. en 2008. Está formada por 13 ítems con una escala de respuesta tipo Likert, de 0 (*Nada en absoluto*) a 4 (*Todo el tiempo*). La puntuación final oscila entre 0 y 52, interpretándose 14 o inferior como bajo, entre 14 y 24 moderado y 25 o superior clínicamente significativo. Cuenta con características psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach de 0.79.

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP). Se aplicará la adaptación para la población española. Esta consta de 9 ítems, los 4 primeros con respuesta semiabierta y los 5 siguientes con una escala de respuesta dicotómica. La interpretación es propia de cada subescala (ver en Jiménez-Genchi et. al, 2008). Su coeficiente de correlación es óptimo, oscilando entre 0.53 y 0.77 en las diferentes subescalas y suma total.

Cuestionario ISSADI-PAIN-SV. Se aplicará la adaptación española del mismo. Cuenta con 11 ítems con una escala de respuesta tipo Likert desde (1) nada frecuente hasta (5) extremadamente frecuente. Está formado por 4 subescalas, cuyas puntuaciones se obtienen a partir del promedio de sus elementos. Las puntuaciones más altas indican una mayor percepción de apoyo a la autonomía funcional o a la dependencia. Muestra adecuadas propiedades psicométricas, obteniendo una consistencia interna igual o superior a 0.79 en todas sus subescalas (Esteve et al., 2021).

Autorregistro patrones de alimentación. Se aplicará un autorregistro en el que se obtiene información sobre la dieta de las personas, así como la cantidad de líquido ingerido de lunes a domingo.

Escala de Patrones de Actividad. El instrumento consta de 24 ítems agrupados en 8 subescalas de tres ítems cada una. Su escala de respuesta tipo Likert va desde 0 “*En absoluto*” a 4 “*Siempre*”. Mayores puntuaciones indican mayor discapacidad. La escala

cuenta con buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente de correlación que oscila entre 0.73 y 0.83 en las diferentes subescalas (Esteve et al., 2016).

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Se aplicarán únicamente los ítems de la subescala *Caminata*. Esta contiene 2 preguntas con respuesta semiestructurada. Se aplicará una adaptación de los mismos para la evaluación de natación.

Descripción de las sesiones

El presente programa se desarrollará en 11 sesiones con una duración de 90 minutos y una frecuencia semanal. Estas se impartirán en grupos de 8 mujeres en una sala habilitada en el Hospital General Universitario de Elche.

La primera sesión estará dedicada tanto a la evaluación pretest como al establecimiento del rapport. Lo mismo ocurre en la undécima sesión, donde se realizará la evaluación posttest y un plan para el mantenimiento del vínculo. Habrá 2 evaluaciones retest, las cuales se realizarán a los 6 meses y 1 año de forma online a través de un cuestionario de Google Forms. En las demás sesiones se trabajarán los objetivos establecidos.

La metodología de las sesiones será participativa. Estas incluirán actividades grupales, pero permitiendo identificar factores que afectan individualmente. Esto permitirá a las participantes involucrarse de forma activa en el taller y ser las protagonistas de su cambio. Así mismo, habrá una sesión centrada en analizar la relación entre género, identidad de género y manejo del dolor. No obstante, la perspectiva de género se tendrá en cuenta en las diferentes sesiones (p. ej. en el establecimiento de metas o análisis de creencias).

Todas las sesiones poseen la misma estructura. Contarán con un espacio de 5 minutos dedicado a la bienvenida y resolución de dudas, y de 10 minutos dedicado a la revisión de tareas. Al finalizar cada sesión también se reservarán 5 minutos dedicados al resumen y cierre de la sesión. Ante las dificultades que hayan podido experimentar en la realización de tareas, el grupo será quien guíe en la resolución del problema. De esta manera, se potencia el apoyo social del grupo y la percepción de utilidad en el apoyo proporcionado de cada participante.

Además, en todas las sesiones se contará con la participación de una paciente experta en el grupo, la cual ya haya desarrollado previamente estrategias de afrontamiento del dolor adaptativas. Compartirá su experiencia, sirviendo como modelo y analizando las diferencias entre patrones con las participantes.

Sesión 1

Nº de sesión y título	Sesión 1. Conociéndonos, compartiendo hilos.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del profesional y del programa - Administrar cuestionarios - Establecer rapport
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del/ de la profesional (5 minutos). - Presentación de los objetivos y contenidos del programa (5 minutos). - Actividad: Se harán preguntas relacionadas con factores sociodemográficos y la experiencia del dolor. Aquellas mujeres que respondan afirmativamente a las preguntas se irán pasando entre sí un ovillo de lana, con el fin de crear un tejido de experiencias compartidas. Se pretende generar las bases de una identidad grupal (20 minutos). - Explicar la importancia de la confidencialidad de la evaluación (5 minutos). - Consensuar los valores y normas que regirán al grupo para que sea un espacio seguro y de expresión libre. Estos valores serán plasmados en un póster que estará presente en las diferentes sesiones en un lugar visible (20 minutos). - Administrar cuestionarios y firma del contrato de confidencialidad (30 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Diapositivas presentación profesional, programa, importancia confidencialidad y evaluación. - Ordenador - Pantalla

	<ul style="list-style-type: none">- Proyector- Ovillo de lana- Cuestionarios y contrato de confidencialidad impresos- Bolígrafos
Tareas	En caso de no haber finalizado, terminar de cumplimentar los cuestionarios.



Sesión 2

Nº de sesión y título	Sesión 2. Descubriendo las raíces.
Objetivos específicos del programa	<p>Conocer qué es el dolor, tipos de dolor y la influencia de variables culturales, psicosociales y de género en su percepción y manejo.</p> <p>Conocer los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico, así como la eficacia de tratamientos multidisciplinares.</p>
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer qué es el dolor y tipos de dolor. - Ampliar conocimientos sobre los beneficios y limitaciones de los tratamientos farmacológicos, así como de las intervenciones multidisciplinares. - Conocer cómo las variables culturales, en especial el género, y psicosociales influyen en el dolor y su manejo. - Identificar las variables culturales y psicosociales que pueden estar influyendo en ellas mismas.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad: Puesta en común: ¿Cómo definirías el dolor? ¿Pensáis que es algo fisiológico sobre todo? ¿Qué factores pensáis que pueden influir en el dolor? (10 minutos) - Explicación teórica qué es el dolor y tipos de dolor (5 minutos). - Actividad: Puesta en común: ¿Qué tratamientos habéis probado? ¿Cuáles han sido efectivos y cuáles no? ¿Cómo os han hecho sentir? (25 minutos). - Explicación teórica sobre los beneficios y limitaciones de los tratamientos farmacológicos, así como de las intervenciones multidisciplinares (10 minutos). - Actividad: Visita de 3 mujeres con fibromialgia que hayan aprendido a manejar el dolor y relatan su experiencia. Se analizan las diferencias con las

	<p>participantes al mismo tiempo que se explican e identifican las variables culturales y psicosociales (20 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad: cada participante deberá identificar las variables culturales y psicosociales a los que estén expuestas en su día a día (10 minutos).
<p>Materiales y recursos necesarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla - Proyector - 3 botellas de agua para las invitadas - Diapositivas contenido teórico
<p>Tareas</p>	



Sesión 3

Nº de sesión y título	Sesión 3. ¿Quiénes me enseñaron qué es el dolor?
Objetivos específicos del programa	Conocer la influencia del género en la percepción y manejo del dolor.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar conocimientos sobre la identidad de género y su impacto en el manejo del dolor. - Identificar factores y responsabilidades que las mujeres asumen y afectan al manejo del dolor. - Proporcionar herramientas para el establecimiento de límites y la gestión de la culpa.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación teórica de la identidad de género (5 minutos). - Actividad: Debate: ¿Cómo fue tu primera experiencia de dolor que recuerdas? ¿Cómo reaccionó tu entorno y cómo lo viviste? ¿Qué cosas nos han enseñado sobre cómo “debe” ser una mujer? ¿Cómo “debemos” comportarnos según la sociedad? ¿Qué nos han enseñado en casa y en el colegio? ¿Qué vemos en la música o la televisión sobre esto? ¿Creéis que esto puede afectarnos en el manejo del dolor? (10 minutos) - Explicación sobre la relación entre la identidad de género y su impacto en el manejo del dolor (10 minutos). - Actividad: Rueda de la vida. Se entregará una plantilla donde deben asignar una puntuación sobre el nivel de malestar que les provocan distintas tareas cotidianas por no poder hacerlas o no hacerlas como antes. Deberán analizar su relación con su identidad de género y hacer una puesta en común (15 minutos). - Actividad: Seleccionan las 2-3 áreas con mayor puntuación en la <i>Rueda de la vida</i> y se proponen posibles soluciones para disminuir el malestar asociado con dichas actividades (10 minutos). Puesta

	en común (20 minutos).
	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla - Proyector - Folios - Bolígrafos - Plantilla Ruleta de la vida - Diapositivas contenido teórico
Tareas	Poner en práctica las soluciones propuestas para las áreas afectadas.



Sesión 4

Nº de sesión y título	Sesión 4 ¿Habría así a alguien que quiero?
Objetivos específicos del programa	Reducir pensamientos catastrofistas.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Ampliar conocimientos sobre los pensamientos catastrofistas y su impacto en el manejo del dolor.- Identificar pensamientos catastrofistas.- Proporcionar herramientas para reducir pensamientos catastrofistas.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none">- Actividad: Se pide a las participantes que piensen en situaciones donde lidian con mucho dolor. Comparten en voz alta sus pensamientos automáticos. (15 minutos).- Explicación teórica de los pensamientos catastrofistas y su impacto en el manejo del dolor (10 minutos).- Actividad: Se les pide que identifiquen los pensamientos catastrofistas que les afecten a ellas mismas, cómo les hacen sentir, cómo determinan la situación, en qué situaciones aparecen, nivel de malestar que provocan y sus consecuencias (30 minutos).- Actividad: Individualmente, identificarán pensamientos sustitutorios adaptativos para su puesta en práctica durante la semana (5 minutos). Se realiza una puesta en común de dichos pensamientos (10 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none">- Ordenador- Pantalla- Proyector- Diapositivas contenido teórico
Tareas	Poner en práctica al menos 2 pensamientos adaptativos.

Sesión 5

Nº de sesión y título	Sesión 5. Sin pausa, pero sin prisa.
Objetivos específicos del programa	Promover patrones de actividad saludables.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar conocimientos sobre los patrones de actividad y su relación con el dolor. - Identificar patrones de actividad adaptativos y desadaptativos. - Proporcionar pautas para promover patrones de actividad saludables.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación teórica sobre los patrones de actividad y su relación con el dolor (15 minutos). - Actividad: Las participantes identifican su patrón de actividad más recurrente y los factores influyentes (10 minutos). - Actividad: Realizar una planificación de al menos 5 días de la semana, estableciendo la consecución de al menos 3 metas vitales diferentes. Se planificarán las tareas diarias del día teniendo en cuenta las metas, y eligiendo patrones adaptativos que les permitan disfrutar de la meta (25 minutos). Puesta en común (20 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla - Proyector - Folios - Bolígrafos - Plantilla damero - Diapositivas contenido teórico
Tareas	Puesta en práctica del damero de los 5 días escogidos.

Sesión 6

Nº de sesión y título	Sesión 6. Paso a paso.
Objetivos específicos del programa	Aumentar la adhesión al ejercicio físico.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar conocimientos sobre el ejercicio físico y su relación con el dolor. - Conocer qué ejercicios disminuyen el dolor. - Proporcionar herramientas para implementar el ejercicio físico en su día a día.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad: Puesta en común. Se lanza la pregunta ¿Quién de aquí hace ejercicio? Las participantes que asientan comentan los motivos que le llevan a hacerlo y cómo se sienten al finalizar. Las participantes que lo nieguen explicarán los motivos que las llevan a no hacerlo (10 minutos). Al mismo tiempo, el/la profesional explica la relación entre ejercicio físico y dolor. De forma conjunta, se analizarán las diferencias entre participantes y se identificarán las barreras de adhesión (15 minutos). - Explicación teórica del ejercicio físico recomendado (15 minutos). - Actividad: Deberán establecer una meta semanal de realización de ejercicio físico (cuándo, dónde, con quién y duración). Deberán identificar las barreras más probables que aparecerán en su caso y buscar posibles soluciones (10 minutos). - Actividad: Caminata conjunta. Las participantes saldrán, junto con el/la profesional, a andar durante 20 minutos haciendo una pausa de 5 minutos a mitad de tiempo.
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla

	<ul style="list-style-type: none">- Proyector- Diapositivas contenido teórico- Ruta caminata
Tareas	Caminar al menos 3 veces a la semana durante 30 minutos.



Sesión 7

Nº de sesión y título	Sesión 7. Descanso como privilegio.
Objetivos específicos del programa	Mejorar la higiene del sueño.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender la influencia bidireccional entre sueño y dolor, así como los factores que influyen en la calidad del sueño. - Identificar los hábitos que perjudican y favorecen su descanso. - Proporcionar herramientas para mejorar su descanso.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad: Cada participante cuenta qué hace normalmente 1 hora antes de dormir. Se hace una lluvia de ideas sobre factores que alteren la calidad del sueño (25 minutos). - Explicación teórica de la influencia bidireccional entre dolor y sueño, factores influyentes y hábitos que perjudican y favorecen (15 minutos). - Actividad: Las participantes elaboran su propia rutina de sueño, teniendo en cuenta qué hábitos le benefician, cuáles les perjudican y cuáles quieren mantener, eliminar o introducir en su rutina (10 minutos). - Actividad: Los participantes ponen en práctica técnicas de relajación instruidas por el/la profesional. Se acompaña de una breve explicación de los beneficios de realizarlas antes de dormir (20 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla - Proyector - Folios - Bolígrafos - Diapositivas contenido teórico

Tareas	Poner en práctica al menos 2 días a la semana las técnicas de relajación. Implementar al menos 2 hábitos beneficiosos en la rutina.
--------	--



Sesión 8

Nº de sesión y título	Sesión 8. El dolor: ¿con cuchara o tenedor?
Objetivos específicos del programa	Incorporar hábitos alimenticios saludables.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Ampliar conocimientos sobre hábitos alimenticios saludables y su relación con el dolor.- Identificar alimentos que aumentan y disminuyen el dolor.- Proporcionar herramientas para implementar estos hábitos en su alimentación cotidiana.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none">- Actividad: Debate. Se lanza la pregunta: ¿Pensáis que la alimentación tiene alguna relación con el dolor? Si es así, ¿de qué manera influye? (20 minutos).- Explicación teórica sobre los hábitos alimenticios y su influencia sobre el dolor (15 minutos).- Actividad: Se les entrega el autorregistro de patrones de alimentación cumplimentado el primer día. Se les pide que identifiquen aquellos alimentos beneficiosos y perjudiciales en su dieta (5 minutos). Se realiza una puesta en común (10 minutos).- Actividad: Con el mismo autorregistro, se les pide que modifiquen aquellas comidas que han sido calificadas como perjudiciales para que sean beneficiosas (10 minutos). Se realiza una puesta en común para que puedan adquirir más ideas de recetas (10 minutos minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none">- Ordenador- Pantalla- Proyector- Folios- Bolígrafos- Diapositivas contenido teórico

Tareas	Sustituir al menos 5 comidas perjudiciales por una alternativa más saludable.
--------	---



Sesión 9

Nº de sesión y título	Sesión 9. Acompañar(nos).
Objetivos específicos del programa	Fortalecer el apoyo social informal para el funcionamiento.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conocimientos sobre el apoyo social informal y su relación con el dolor. - Identificar el apoyo social informal adaptativo y el apoyo social informal desadaptativo.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación teórica sobre el apoyo social informal y su relación con el dolor (15 minutos). - Actividad: Identificar qué tipo de apoyo dan 2 de las personas con las que más tiempo pasan en su día a día. Se les pedirá que piensen en personas que tengan disponibilidad para asistir a la próxima sesión (10 minutos). - Actividad: Se explicará que en la próxima sesión serán ellas quienes expliquen los contenidos a sus familiares. Se les pedirá que por parejas acuerden una definición sobre qué es el dolor, tipos de dolor y de qué manera influyen las variables psicosociales vistas (25 minutos). - Actividad: Se acordará qué contenidos explicará cada pareja (5 minutos) y se concederá tiempo para la recopilación de información o la elaboración de los materiales necesarios (20 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla - Proyector - Folios - Bolígrafos - Diapositivas contenido teórico
Tareas	Terminar la preparación de la próxima sesión en caso de no

	haber finalizado.
--	-------------------

Sesión 10

Nº de sesión y título	Sesión 10. Compartida pesa menos.
Objetivos específicos del programa	Fortalecer el apoyo social informal para el funcionamiento.
Objetivos específicos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conocimientos de los familiares sobre el apoyo social informal y su relación con el dolor. - Proporcionar pautas para fortalecer el apoyo social informal.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición de los correspondientes contenidos a los familiares (50 minutos). - Resolución de dudas de familiares (15 minutos). - El profesional proporcionará pautas para fomentar un apoyo social informal adaptativo (10 minutos). - Tiempo para feedback por parte de las familias (5 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Pantalla - Proyector - Diapositivas contenido teórico
Tareas	

Sesión 11

Nº de sesión y título	Sesión 10. Hilos que continúan.
Objetivos específicos de la sesión	Evaluación postest
Contenidos	<ul style="list-style-type: none">- Administrar cuestionarios (45 minutos).- Plan de mantenimiento del vínculo. Se conversará sobre si les gustaría mantenerse en contacto y cómo lo harán. Se propondrán actividades como comidas o caminatas (15 minutos).
Materiales y recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none">- Cuestionarios- Bolígrafos
Tareas	

Discusión y conclusiones

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico generalizado acompañado de numerosos síntomas (Grupo SER y Gefiser de la Sociedad Española de Reumatología, 2020), cuya prevalencia es especialmente elevada en mujeres (De Reumatología, 2001; Mas et al., 2008). Su impacto es significativo, resultando realmente discapacitante e interfiriendo notablemente en el día a día de las personas afectadas (Ben-Yosef et al., 2020; Björnsdóttir et al., 2013; Cerón-Lorente et al., 2018; Pérez De-Heredia-Torres et al., 2017; Russek et al., 2015; Sallinen et al., 2011). Su diagnóstico suele tardar en torno a unos 6 años desde el inicio de la sintomatología, generando frustración, mal pronóstico de la enfermedad y un alto coste sanitario (Collado et al., 2020; Oliva-Moreno & Vilaplana-Prieto, 2024). Su origen es multifactorial y todavía desconocido, aunque se consideran hipótesis genéticas y psicosociales.

No existe tratamiento curativo para la fibromialgia. Las estrategias más eficaces son multidisciplinarias, incluyendo la preocupación por el dolor, la autoeficacia, los patrones de actividad, el ejercicio físico, apoyo social informal y hábitos de sueño y alimentación (Sánchez et al., 2021). Los programas existentes suelen centrarse en variables específicas,

sin abordarlas de manera integral. Por ello, el objetivo de este programa es mejorar el manejo del dolor y aumentar la calidad de vida en mujeres con fibromialgia.

Tras la implantación de este programa se espera un aumento de conocimientos sobre el dolor, sus tipos y la influencia de variables culturales, psicosociales y de género. Se esperan resultados positivos gracias a la inclusión de la perspectiva de género, como en el caso del programa realizado por Gaitán Moyar en 2020. Asimismo, también se espera un aumento de los conocimientos sobre los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico, así como la eficacia de tratamientos multidisciplinarios. En línea con los resultados de otros programas previos (Alonso et al, 2014; Romero et al, 2002; Buiza et al, 2010; Moioli & Merayo, 2005), se espera notables mejoras al incluir la disminución de la preocupación por dolor, estimándose mejoras paralelas en la autoeficacia y los patrones de sueño. Así mismo, se pretende alcanzar una mejoría a través de la adhesión al ejercicio físico (Bidonde et al., 2019; Fernandes et al., 2016; Sanromán, 2023) y de un apoyo social informal que promueva la autonomía (Gaitan Moyar, 2020). Por último, se estiman cambios favorables en los patrones de actividad, así como en los hábitos alimenticios de las mujeres participantes.

No obstante, el programa cuenta con algunas limitaciones, destacando dos. Una de ellas, la duración del programa, la cual podría ser insuficiente para consolidar hábitos a largo plazo. Para contrastar dicha posibilidad, se ha establecido una medición al año de la finalización del programa. Otra de las limitaciones puede ser la accesibilidad al programa. Aquellas mujeres que tengan un grado alto de discapacidad puede resultarles complicado trasladarse hasta el centro, bien sea por su movilidad reducida o por la escasez de medios.

Con respecto a las aportaciones del programa en primer lugar, destaca su enfoque integral al trabajar de manera simultánea múltiples factores, aumentando las posibilidades de eficacia de la intervención. Otra característica diferenciadora es el fuerte hincapié en la perspectiva de género, adaptando el contenido a la realidad del día a día de las mujeres y ofreciendo una intervención más específica. De la misma forma, la incorporación de un seguimiento a largo plazo, a través de evaluaciones pretest, posttest y retest, permiten una mayor precisión en la evaluación de los resultados obtenidos, tal y como indica Buiza et al en 2010.

Para futuras líneas de investigación se propone una mayor investigación en hombres con el fin de conocer en qué medida les afectan las diferentes variables y así poder adaptar los tratamientos (Gaitan Moyar, 2020).

Para concluir, la presente propuesta de programa resulta de gran interés y utilidad para las mujeres adultas con diagnóstico en fibromialgia. A pesar de las limitaciones encontradas, su enfoque multidisciplinar gracias a la integración de las diferentes variables influyentes, así como la inclusión de perspectiva de género, puede resultar de gran utilidad para las mujeres afectadas.



Bibliografía

- Acuña, J. P. (2019). RIESGO DE ADICCIÓN a ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. *Revista Médica Clínica las Condes*, 30(6), 466-479. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.10.004>
- Alonso, M. R., Tirado, S., Hofstadt, C. V., & Marín, J. R. (2014). Evaluación de un programa de intervención grupal en dolor crónico y fibromialgia. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 2(1), 42-75. <https://doi.org/10.21134/pssa.v2i1.529>
- Amaya-Ropero, M. C., & Carrillo-González, G. M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4). <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3470>
- Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(1), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022>
- Andrews, N. E., Strong, J., & Meredith, P. J. (2012). Activity Pacing, Avoidance, Endurance, and Associations With Patient Functioning in Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 93(11), 2109-2121.e7. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.029>
- Barrera, R. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Revista Enfermería del trabajo*, 7(2), 49-54.
- Batista, E. D., Andretta, A., De Miranda, R. C., Nehring, J., Paiva, E. D. S., & Schieferdecker, M. E. M. (2015). Food intake assessment and quality of life in women with fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 56(2), 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2015.08.015>
- Ben-Yosef, M., Tanai, G., Buskila, D., Amital, D., & Amital, H. (2020). Fibromialgia y su consecuente discapacidad. *Revista de la Asociación Médica de Israel: IMAJ*, 22(7), 446–450.

- Bidonde, J., Busch, A. J., Schachter, C. L., Webber, S. C., Musselman, K. E., Overend, T. J., Góes, S. M., Bello-Haas, V. D., & Boden, C. (2019). Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Library*, 2019(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013340>
- Björnsdóttir, S., Jónsson, S., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scandinavian Journal Of Rheumatology*, 42(1), 59-70. <https://doi.org/10.3109/03009742.2012.697916>
- Boonen, A., van den Heuvel, R., van Tubergen, A., Goossens, M., Severens, J. L., van der Heijde, D., & van der Linden, S. (2005). Grandes diferencias en el costo de la enfermedad y el bienestar entre pacientes con fibromialgia, dolor lumbar crónico o espondilitis anquilosante. *Anales de las enfermedades reumáticas*, 64(3), 396–402. <https://doi.org/10.1136/ard.2003.019711>
- Buiza, M. J. M., Muñoz, I. F., Barrera, F. B., Muñoz, C. M., Silva, J. H., & Echevarría-Moreno, M. (2010). Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126270>
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Cadenas-Sánchez, C., & Ruiz-Ruiz, J. (2014b). Efecto de un programa de actividad física en pacientes con fibromialgia: revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 143(12), 548-553. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.12.010>
- Cane, D., Nielson, W. R., McCarthy, M., & Mazmanian, D. (2013). Pain-related Activity Patterns: measurement, interrelationships, and associations with psychosocial functioning. *The Clinical Journal of Pain*, 29(5), 435–442. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e31825e452f>
- Cerón-Lorente, L., Valenza, M. C., Pérez-Mármol, J. M., Del Carmen García-Ríos, M., Castro-Sánchez, A. M., & Aguilar-Ferrándiz, M. E. (2018). The influence of balance, physical disability, strength, mechanosensitivity and spinal mobility on physical activity at home, work and leisure time in women with fibromyalgia. *Clinical Biomechanics*, 60, 157-163. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2018.10.009>

- Chávez Hidalgo, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina legal de Costa Rica*, 30(1),83–88. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100011
- Collado, A., Rivera, J., Alegre, C., & Casanueva, B. (2020). Fibromialgia. Viejas opiniones frente a nuevos conocimientos. *Reumatología Clínica*, 17(9), 554. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.04.003>
- Crombez, G., De Paepe, A. L., Veirman, E., Eccleston, C., Verleysen, G., & Van Ryckeghem, D. M. (2020). Let's talk about pain catastrophizing measures: an item content analysis. *PeerJ*, 8, e8643. <https://doi.org/10.7717/peerj.8643>
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Den Broeck, A., Goubert, L., & Van Houdenhove, B. (2004). Hypervigilance to Pain in Fibromyalgia. *Clinical Journal Of Pain*, 20(2), 98-102. <https://doi.org/10.1097/00002508-200403000-00006>
- De Baets, L., Matheve, T., & Timmermans, A. (2020). The Association Between Fear of Movement, Pain Catastrophizing, Pain Anxiety, and Protective Motor Behavior in Persons With Peripheral Joint Conditions of a Musculoskeletal Origin. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(10), 941-949. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001455>
- De Reumatología, S. E. (2001). Estudio ePiSer. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.
- Esteve, R., Bernardes, S. F., López-Martínez, A. E., Martín-Delgado, C. E., & Ramírez-Maestre, C. (2021). The Informal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory Spanish version. *Health & Social Care In The Community*, 30(5). <https://doi.org/10.1111/hsc.13632>
- Esteve, R., López-Martínez, A. E., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruíz-Párraga, G. T., González-Gómez, H., & Ramírez-Maestre, C. (2017). Activity Pattern Profiles: Relationship With Affect, Daily Functioning, Impairment, and Variables Related to Life Goals. *Journal Of Pain*, 18(5), 546-555. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.013>

- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruíz-Párraga, G. T., & López-Martínez, A. E. (2016). Desarrollo y validación inicial de la escala de patrones de actividad en pacientes con dolor crónico. *The Journal of Pain: Revista oficial de la Sociedad Americana del Dolor*, 17(4), 451–461. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.009>
- Estévez-López, F., Segura-Jiménez, V., Álvarez-Gallardo, I. C., Borges-Cosic, M., Pulido-Martos, M., Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Geenen, R., & Delgado-Fernández, M. (2017). Adaptation profiles comprising objective and subjective measures in fibromyalgia: the al-Ándalus project. *Lara D. Veeken*, 56(11), 2015-2024. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex302>
- Fernandes, G., Jennings, F., Cabral, M. V. N., Buosi, A. L. P., & Natour, J. (2016). Swimming Improves Pain and Functional Capacity of Patients With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 97(8), 1269-1275. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.01.026>
- Gaitán Moyar, A. (2020). *Programa psicosocial de tratamiento para la fibromialgia* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Alcalá]. e-BUAH Repositorio Institucional. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/42887>
- Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Duschek, S., & Del Paso, G. A. R. (2020). Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. *Journal Of Affective Disorders*, 265, 486-495. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.129>
- Gamero Ruiz, F., Gabriel Sánchez, R., Carbonell Abello, J., Tornero Molina, J., & Sánchez-Magro, I. (2005). El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Revista clínica española*, 205(4), 157–163. <https://doi.org/10.1157/13074161>
- García Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Medicina clínica*, 131(13), 487–492. <https://doi.org/10.1157/13127277>

- García López, A & Campos Sánchez Serafín (2000). *Fibromialgia. Revista Española de Reumatología*, 27(10), 447-449.
https://comafp.pe/wp-content/themes/comafp/assets/documentos_capacitacion/Guia%20Capacitacion%20Fibromialgia.pdf
- Geisser, M. E., Casey, K. L., Brucksch, C. B., Ribbens, C. M., Appleton, B. B., & Crofford, L. J. (2003). Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain*, 102(3), 243-250.
[https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00417-7](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00417-7)
- Gomez, M. I. (2023). Neuropsychiatric Factors Involved in the Development of Fibromyalgia: A Literature Review. *Orthopedics And Rheumatology Open Access Journal*, 22(1).
<https://doi.org/10.19080/oroaj.2023.22.556078>
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Catastrofización del dolor y respuestas neuronales al dolor entre personas con fibromialgia. *Cerebro: Revista de Neurología*, 127(Pt 4), 835–843.
<https://doi.org/10.1093/brain/awh098>
- Grupo SER y GEFISER de la Sociedad Española de Reumatología. (2020). *Aprendiendo a convivir con la fibromialgia*. Sociedad Española de Reumatología.
https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Informacion-pacientes_FM_WEB.pdf
- Hadzic, R., Sharpe, L., & Wood, B. M. (2017). The Relationship Between Pacing and Avoidance in Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Of Pain*, 18(10), 1165-1173. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.04.008>
- Holton, K. (2016). The role of diet in the treatment of fibromyalgia. *Pain Management*, 6(4), 317-320. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0019>
- Hurtado, A. M., & Hernández, J. R. (2012). Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128866>
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Pain*, 15(8), 800-814.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.05.002>

- Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & de la Vega-Pacheco, A. (2008). Fiabilidad y análisis factorial de la versión en español del Índice de Calidad De Sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta médica de México*, *144*(6), 491–496.
- Karasawa, Y., Yamada, K., Iseki, M., Yamaguchi, M., Murakami, Y., Tamagawa, T., Kadowaki, F., Hamaoka, S., Ishii, T., Kawai, A., Shinohara, H., Yamaguchi, K., & Inada, E. (2019). Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *PLoS ONE*, *14*(4), e0215404. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215404>
- Kawai, K., Kawai, A. T., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2017). Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Family Practice*, *34*(6), 656-661. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz034>
- Kindermans, H. P., Roelofs, J., Goossens, M. E., Huijnen, I. P., Verbunt, J. A., & Vlaeyen, J. W. (2011). Activity Patterns in Chronic Pain: Underlying Dimensions and Associations With Disability and Depressed Mood. *Journal Of Pain*, *12*(10), 1049-1058. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.04.009>
- Kundakci, B., Hall, M., Atzeni, F., Branco, J., Buskila, D., Clauw, D., Crofford, L. J., Fitzcharles, M., Georgopoulos, V., Gerwin, R. D., Kosek, E., Macfarlane, G. J., Neal, C., Rudin, N. J., Ryan, S., Da Silva, J. A., Taylor, A. M., Turk, D. C., Whibley, D., . . . Abhishek, A. (2022). International, multidisciplinary Delphi consensus recommendations on non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Seminars In Arthritis And Rheumatism*, *57*, 152101. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152101>
- Luthi, F., Vuistiner, P., Favre, C., Hilfiker, R., & Léger, B. (2018). Avoidance, pacing, or persistence in multidisciplinary functional rehabilitation for chronic musculoskeletal pain: An observational study with cross-sectional and longitudinal analyses. *PLoS ONE*, *13*(9), e0203329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203329>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G.

- M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., Rodríguez-Marín, J., March, M. J., & Lledó, A. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la chronic pain self efficacy scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1), 51-76.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B., Navarro, F., Ortiz, A.M., Ribas, B., Rojas, P., Rodríguez-Lozano, C., Romero, F., Romero, B., Ruiz, E., Salazar, J.M., Sampedro, J., Silva, L.C., Trujillo, E., del Val, N., Valdazo, J.P., Valverde, M., Vidal, J., Villaverde, V., Yelin, E. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26(4), 519-526. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-52649170911&origin=resultslst>
- Moioli, B., & Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 476-484. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n8/original1.pdf>
- Morales Alburquerque, I., & Sosa Torralba, J. E. (2022). EL APOYO SOCIAL Y EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS MAYORES. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 25(1). Recuperado a partir de <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/82177>
- Nicholas, M. K. (2007). El cuestionario de autoeficacia del dolor: Teniendo en cuenta el dolor. *Revista Europea del Dolor (Londres, Inglaterra)*, 11(2), 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.008>
- Oliva-Moreno, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2024). Social costs associated with fibromyalgia in Spain. *Health Economics Review*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00527-1>
- Pagliai, G., Giangrandi, I., Dinu, M., Sofi, F., & Colombini, B. (2020). Nutritional Interventions in the Management of Fibromyalgia Syndrome. *Nutrients*, 12(9), 2525. <https://doi.org/10.3390/nu12092525>

- Pérez-De-Heredia-Torres, M., Huertas-Hoyas, E., Martínez-Piédrola, R., Palacios-Ceña, D., Alegre-Ayala, J., Santamaría-Vázquez, M., & Fernández-De-Las-Peñas, C. (2017). Balance deficiencies in women with fibromyalgia assessed using computerised dynamic posturography: a cross-sectional study in Spain. *BMJ Open*, 7(7), e016239. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016239>
- Pérez, I. M. M., Pérez, S. E. M., Rampérez, R. M., Vaswani, S. S. V., & Borges, M. F. D. (2023). Conocimientos, actitudes y creencias hacia la enfermedad en mujeres con Fibromialgia. Un estudio cualitativo basado en un grupo focal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2023.4022/2022>
- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: putting pieces together. *Frontiers In Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
- Racine, M., Galán, S., De la Vega, R., Pires, C. T., Solé, E., Nielson, W. R., Miró, J., Moulin, D. E., & Jensen, M. P. (2017). Pain-related Activity Management Patterns and Function in Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Clinical Journal Of Pain*, 34(2), 122-129. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000526>
- Racine, M., Sánchez-Rodríguez, E., de la Vega, R., Galán, S., Solé, E., Jensen, M. P., Miró, J., Moulin, D. E., & Nielson, W. R. (2020). Patrones de manejo de la actividad relacionada con el dolor como predictores de los resultados del tratamiento en pacientes con síndrome de fibromialgia. *Medicina del dolor (Malden, Mass.)*, 21(2), e191–e200. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz259>
- Pérez-Velasco, M., & Peñacoba-Puente, C. (2015). Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia. *Enfermería Clínica*, 25(3), 133-137. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.001>
- Prados, G., & Miró, E. (2012). Fibromialgia y sueño: una revisión. *Revista de neurología*, 54(4), 227–240.
- Rodríguez, D. F. G., & Mendoza, C. A. (2020). Fisiopatología de la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 16(3), 191-194. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.02.003>

- Romero, E. B., Moya, N. S., Esteve, M. V., & Valer, S. V. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 30(1), 16-21. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)78958-0](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)78958-0)
- Russek, L., Gardner, S., Maguire, K., Stevens, C., Brown, E. Z., Jayawardana, V., & Mondal, S. (2014). A cross-sectional survey assessing sources of movement-related fear among people with fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 34(6), 1109-1119. <https://doi.org/10.1007/s10067-014-2494-5>
- Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., Peltokallio, L., & Mikkelsen, M. (2011). "I'm tired of being tired" – Fatigue as experienced by women with fibromyalgia. *Advances In Physiotherapy*, 13(1), 11-17. <https://doi.org/10.3109/14038196.2010.546880>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research And Management*, 2018, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Sánchez, A., Nakakaneku, G., Miró, E., & Martínez, P. (2021). Tratamiento multidisciplinar para la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(2), 455-488. <https://doi.org/10.51668/bp.8321214s>
- Sanromán Canelada, Lucía. (2023). *Predictores cognitivos de la funcionalidad en mujeres con fibromialgia. Un estudio a través de la fatiga, los patrones de actividad y la conducta de caminar*. Handle.net; Universidad Rey Juan Carlos. <https://hdl.handle.net/10115/32749>
- Sociedad Española de Reumatología. (2020). *Aprendiendo a convivir con la fibromialgia*. https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Informacion-pacientes_FM_WEB.pdf
- Turcotte, K., Oelke, N. D., Whitaker, G., Holtzman, S., O'Connor, B., Pearson, N., & Teo, M. (2023). Multi-disciplinary community-based group intervention for fibromyalgia: a pilot randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 43(12), 2201-2210. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05403-5>

Van Damme, S., & Kindermans, H. (2015). A Self-Regulation Perspective on Avoidance and Persistence Behavior in Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 31(2), 115-122. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000096>.

Vista de *El papel del entrenamiento de fuerza en mujeres diagnosticadas de fibromialgia mayores de 40 años: una revisión sistemática.* (s. f.-c). <https://www.reefd.es/index.php/reefd/article/view/1072/917>



Anexos

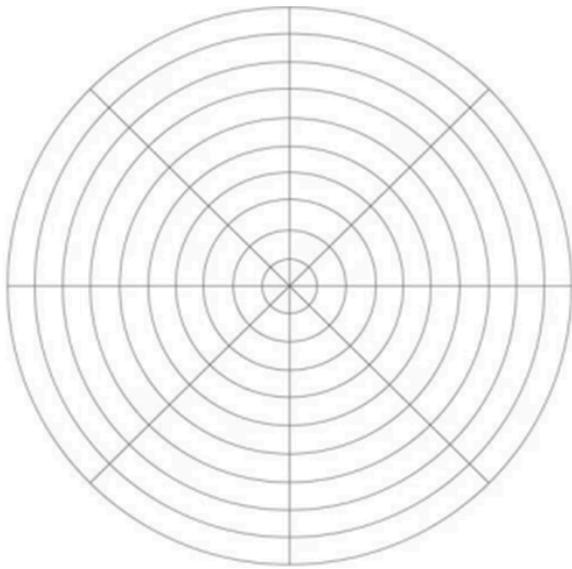
Anexo 1. Escala de conocimientos del dolor.

1. El dolor puede mantenerse incluso sin una lesión física visible.
2. Existen distintos tipos de dolor, como agudo y crónico, que deben tratarse de forma diferente.
3. La expresión y el afrontamiento del dolor pueden estar influidos por el entorno y las relaciones sociales, así como por la historia de vida y experiencias previas.
4. Las emociones no tienen relación con el dolor.
5. Contar con el apoyo de otras personas puede aumentar o disminuir la intensidad del dolor.
6. El género puede influir en el manejo del dolor.

Anexo 2. Autorregistro patrones de alimentación.

	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
<i>Desayuno</i>							
<i>Media mañana</i>							
<i>Comida</i>							
<i>Merienda</i>							
<i>Cena</i>							
<i>Recena</i>							
<i>Bebida</i>							

Anexo 3. Plantilla Ruleta de la vida.



Anexo 4. Plantilla damero.

Hora	L	M	X	J	V	S	D