

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN DISEÑO DE TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO ESPIRITUAL PARA MUJERES CON FIBROMIALGIA

María del C. Rivera Cáceres

Disertación sometida al Programa Doctoral en Psicología del Recinto de San Germán de
la Universidad Interamericana de Puerto Rico para optar por el grado de Doctora en
Filosofía con especialidad en Consejería Psicológica

Diciembre de 2020

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN DISEÑO DE TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO ESPIRITUAL PARA MUJERES CON FIBROMIALGIA

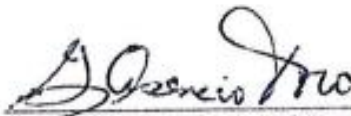
Por

María del C. Rivera Cáceres

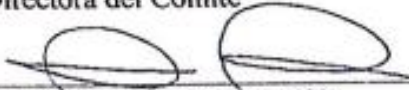
Nosotras, las integrantes del Comité de Disertación Doctoral y del Comité de Defensa de la estudiante María del C. Rivera Cáceres, certificamos que la investigación sometida por ésta cumple con los requisitos para las disertaciones doctorales establecidos por el Programa Doctoral en Psicología del Recinto de San Germán, de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y, para que así conste, firmamos, certificando la aprobación de la misma.

Aprobada: 11 de diciembre de 2020

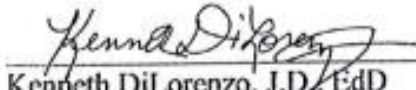
Fecha



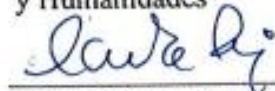
Gloria Asencio Toro, PhD
Directora del Comité



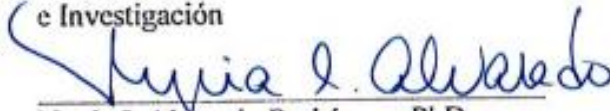
Ivonne Romero García, EdD
Codirectora del Comité



Kenneth DiLorenzo, J.D., EdD
Director, Departamento de Ciencias Sociales
y Humanidades



Carlos Irizarry Guzmán, DBA
Director, Escuela de Estudios Graduados
e Investigación



Nyvia I. Alvarado Rodríguez, PhD
Decana de Asuntos Académicos

15 de diciembre de 2020

Fecha

11 de diciembre de 2020

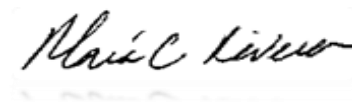
Fecha

11- dic. - 2020

Fecha

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, María del C. Rivera Cáceres, certifico que la disertación doctoral titulada Desarrollo y Evaluación de un Diseño de Tratamiento Psicológico Espiritual para Mujeres con Fibromialgia, la cual presento como requisito para optar por el Grado de Doctora en Filosofía en Psicología, con especialización en Consejería Psicológica en el Programa Graduado en Psicología del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, es el producto de mi labor investigativa. Asimismo, doy fe que este trabajo es uno original e inédito. Al firmar esta certificación garantizo que este trabajo cumple con las disposiciones éticas y profesionales sobre autoría.



Firma

RESUMEN

La alta prevalencia de fibromialgia en mujeres y la escasez de literatura científica en Puerto Rico justifican el desarrollo de un programa de intervención terapéutica que responda a las necesidades de esta población. Por eso, a través de esta investigación se ha desarrollado y evaluado el diseño de un programa de tratamiento psicológico espiritual para mujeres diagnosticadas con fibromialgia. Para el mismo, se utilizó la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), a la cual se integró la práctica espiritual de la oración contemplativa, llamada Oración Centrante (OC). El desarrollo del diseño de tratamiento tuvo como marco conceptual, el Modelo Biopsicosocial espiritual (Sulmasy, 2002) y aspectos prácticos del Modelo Multidimensional de Conexión Espiritual (González Rivera, 2017). El Diseño fue evaluado por 15 jueces, entre los cuales se encontraban psicólogos, trabajadoras sociales, personas diagnosticadas con fibromialgia y, una profesora de yoga. La parte relacionada con la TCC fue adaptada del Manual del Dolor (Moix & Kohvacks, 2017); con permiso de los autores. La parte relacionada con la integración de la espiritualidad fue desarrollada por la investigadora. En los resultados, se describe el programa y la evaluación realizada por los jueces. Se encontró que los por cientos de acuerdo entre jueces para cada una de las 10 sesiones fluctuaron entre 80% y 100% y en general, el programa diseñado obtuvo una puntuación de concordancia entre jueces de 91.62%; que significa que las actividades, presentaciones y tareas diseñadas representan de manera fuerte cada uno de los objetivos. Además, los jueces brindaron recomendaciones que pudieran ayudar a ampliar el tratamiento. Esta investigación podría servir como base para desarrollar y evaluar programas para tratar personas con otras condiciones médicas.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo principalmente, a la memoria de Carlos Amador Taura; quien me acompañó por casi 30 años, apoyándome y motivándome a crecer personal y profesionalmente. Él fue para mí, una encarnación del amor de Dios. Lo dedico a la memoria del Padre Rafael Checa Kuri, con quien aprendí a ver la espiritualidad como una cualidad humana. Además, a mis Hermanas Misioneras del Buen Pastor. Con ellas viví la dimensión personal y comunitaria de la espiritualidad, desde el compromiso social con los más pobres y necesitados. Ellas me brindaron la oportunidad de comenzar a trabajar profesionalmente en el desarrollo humano espiritual de las personas.

Dedico este trabajo a mi familia, que me ha acompañado y animado en todo este proceso. Su apoyo, oración y ayuda incondicional han sido invaluableles.

Agradezco el apoyo y dirección de las Dras. Gloria Asencio Toro e Ivonne Romero García. Su acompañamiento, recomendaciones certeras y su guía, me han ayudado a lograr esta meta. A mis compañeras de la Universidad, agradezco su disponibilidad para apoyar, dialogar y ayudarnos mutuamente; especialmente, a Militza López Feliciano. También agradezco a todos los profesionales que participaron voluntariamente en esta investigación, aportando su tiempo y recomendaciones.

Hoy, agradezco sobre todo a Dios, por su amor, su fuerza, su paz y su silencio... Por acompañarme cada día en el camino de la vida. Por estar conmigo y sostenerme a lo largo de este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
RESUMEN	iv
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	v
TABLA DE CONTENIDO	vi
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	vii
LISTA DE APÉNDICES.....	viii
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
Definición de variables	20
CAPÍTULO II	22
Intervenciones psicológicas en personas con fibromialgia	22
Tratamiento cognitivo conductual	22
Terapias de tercera generación.....	26
Necesidades e intervenciones espirituales en personas con fibromialgia	35
Integración de la literatura revisada	43
CAPÍTULO III.....	47
MÉTODO	47
Diseño	47
Participantes.....	47
Instrumentos	49
Procedimientos	51
Análisis de datos	54
CAPÍTULO IV	55
RESULTADOS	55
Diseño del programa	55
Evaluación del diseño del programa	58
CAPÍTULO V	75
DISCUSIÓN	75
Implicaciones.....	76
Limitaciones	77
Recomendaciones	77
REFERENCIAS.....	78
APÉNDICES	90

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla	Página
1. <i>Datos reportados por Moral de la Rubia, González Ramírez y Landero Hernández (2011)</i>	25
2. <i>Criterios de inclusión para la selección de jueces</i>	48
3. <i>Evaluación sesión introductoria</i>	59
4. <i>Evaluación sesión 1</i>	61
5. <i>Evaluación sesión 2</i>	62
6. <i>Evaluación sesión 3</i>	63
7. <i>Evaluación sesión 4</i>	64
8. <i>Evaluación sesión 5</i>	65
9. <i>Evaluación sesión 6</i>	66
10. <i>Evaluación sesión 7</i>	67
11. <i>Evaluación sesión 8</i>	67
12. <i>Evaluación sesión final</i>	68
13. <i>Comentarios y recomendaciones sesiones</i>	69
Figura	Página
1. <i>Fase inicial del programa de tratamiento cognitivo conductual espiritual aplicada a esta investigación</i>	14
2. <i>Adaptación realizada por la investigadora del modelo de Sulmasy y de González-Rivera al estudio propuesto.</i>	19

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice	Página
A Hoja de Perfil de Jueces	91
B Cuestionario de Evaluación por Jueces	92
C Permiso de Uso y Adaptación Manual del Dolor	93
D Carta Informativa a Posibles Jueces	99

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es descrita en la literatura científica como una condición de dolor crónico generalizado que afecta principalmente a las mujeres. La misma ha sido considerada como un síndrome que se extiende a diversos puntos sensibles del cuerpo, produce rigidez en las articulaciones; y síntomas como desórdenes del estado de ánimo, fatiga, insomnio y disfunción cognitiva (Bellato et al., 2012). En el año 2017, el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés), en una revisión del concepto fibromialgia, la definió como “un problema de salud neurológico común que provoca dolor y sensibilidad generalizados (sensibilidad al tacto)” (párr. 1). Además, la describió “como un desorden de amplificación de dolor central, lo cual significa que el volumen de la sensación de dolor en el cerebro es muy alto” (ACR, 2017, párr. 2). En la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11, por sus siglas en inglés), la fibromialgia es calificada como un dolor crónico primario (IASP, 2018). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) refiere que el dolor ocasionado por la fibromialgia suele estar acompañado de otros síntomas como disturbios del sueño, fatiga y ansiedad; y manifestaciones clínicas como la depresión, síntomas gastro intestinales y dolor de cabeza (2018). La IASP refiere que el tema común en los pacientes de fibromialgia es el dolor crónico y otros síntomas somáticos, sin un aparente daño o inflamación del tejido.

La causa de la enfermedad aún no es clara y los estudios recientes sugieren que el sistema nervioso central está relacionado con la misma (ACR, 2017). Algunos posibles

factores desencadenantes de la condición, mencionados por el ACR son: factores genéticos, estrés físico y emocional.

En el año 1990, el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios para la clasificación de la fibromialgia. Estos fueron a) dolor generalizado con una duración de al menos, tres meses y b) combinación de 11 puntos sensibles o más; de un total de 18 puntos identificados (Wolfe et al., 1990). De acuerdo con estos autores, el dolor generalizado incluía ambos lados del cuerpo (derecho e izquierdo). Además, incluía las áreas sobre y bajo la cintura. Asimismo, indicaron que la sensación de dolor se experimentaba en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar y pared torácica anterior).

Desde 1992, la condición fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tipificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0 (Belenger, Ramos, Siso & Rivera, 2008).

Una década después de establecidos los criterios por la ACR, esta organización hizo una clasificación más simple que no requería el examen de puntos sensibles y proveía una escala de severidad de los síntomas para las características de la enfermedad. Los criterios para el diagnóstico según el Colegio Americano de Reumatología (ACR 2010, 2017) fueron los siguientes:

a) Dolor y síntomas durante una semana relacionado con las 18 partes del cuerpo afectadas; sumadas al nivel de severidad de los síntomas de fatiga, despertar cansado y problemas cognitivos de memoria o pensamiento; y otros síntomas físicos generales.

b) La duración de los síntomas debe ser de al menos tres meses en un nivel similar.

c) Ausencia de otro problema de salud que pudiera explicar el dolor.

Según Queiroz (2013), la fibromialgia había sido considerada como una de las mayores causas de dolor en el mundo. En su estudio sobre epidemiología de la fibromialgia, Queiroz, encontró que la prevalencia de la enfermedad a nivel mundial era de 2.7%, con una fluctuación entre .4% y 9.3%. De acuerdo con este investigador, la prevalencia era mayor en mujeres de 50 años. En un estudio de Wolfe (2010) citado por Queiroz (2013), se indicó que en Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia era de 6.4%, de los cuales 7.7% eran mujeres y 4.9% varones. De otra parte, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, (CDC, por sus siglas en inglés), reportó que, en el 2019, la fibromialgia estaba afectando alrededor de cuatro millones de adultos en Estados Unidos; aproximadamente el 2% de esa población.

De acuerdo con los CDC, “el término artritis se utiliza para describir sobre 100 enfermedades reumáticas y condiciones que afectan las articulaciones, tejidos que las rodean y otros tejidos conectivos” (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2012, p. 45). Entre las enfermedades incluidas y mencionadas por el CDC, se encuentra la fibromialgia. Teniendo en cuenta la descripción del CDC; el Departamento de Salud de Puerto Rico, en su Informe de Enfermedades Crónicas, no presentó estadísticas específicas relacionadas a la enfermedad de fibromialgia. En el informe se reportó que la prevalencia de artritis, para el año 2012 fue de 24.6 %, siendo mayor en las mujeres (31.0%). Entre los jóvenes, la prevalencia de artritis reportada fue 2.4%, y en el grupo de mayor de edad fue de 57.7%. Las Regiones de Salud Oeste y Sur de la Isla, ocuparon el segundo lugar en la prevalencia de artritis.

En Puerto Rico, para el año 2005, se estableció la Ley Núm. 50-2005 la cual declaró y estableció el 12 de mayo de cada año como el Día de Concienciación sobre la Fibromialgia. En esta Ley se afirmó que en el país no había estadísticas sobre la cantidad de personas que padecían la condición; pero existía un concepto generalizado entre los especialistas donde se estimaba que la fibromialgia podía estar afectando hasta un 4% de la población, mayormente mujeres entre las edades de 35 a 55 años.

A nivel general, la fibromialgia se enmarca en el tema del dolor, el cual ha sido considerado como un grave problema de salud pública en el mundo. El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés) sostuvo que:

Hoy el dolor se ha convertido en el trastorno universal, un tema de salud pública serio y costoso, y un desafío para la familia, amigos y proveedores médicos que deben dar apoyo al individuo que sufre las consecuencias físicas al igual que las emocionales del dolor (párr. 3).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, lo definió como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial” (citado por Casal & Vázquez, 2011, p. 59). Martínez, Collado, Rodríguez y Moya (2015), indicaron que el tratamiento para el dolor fue reconocido por la OMS como un derecho humano.

Según la Fundación Nacional de Dolor (NPF, 2016), 100 millones de personas en Estados Unidos de Norteamérica sufrían de dolor. De acuerdo con la OMS, en el 2004, esta dolencia de salud afectaba 1 de cada 5 personas (ONU, 2004). En una entrevista realizada al Dr. Francisco Lebrón, director de la Clínica de Manejo del Dolor del Recinto de Ciencias Médicas en San Juan, éste indicó que en Puerto Rico no había cifras al

respecto, pero se estimaba que la situación era similar a la descrita por la OMS y la IASP (Delgado, 2015, p. 9).

Dependiendo del tiempo de duración, el dolor ha sido clasificado como agudo o crónico. Para el NIH (2006), el dolor agudo es el que se experimenta como consecuencia de una enfermedad, inflamación o lesión. Suele iniciar de forma abrupta y generalmente se puede tratar. Por otra parte, definió el dolor crónico como aquél que dura más tiempo y resiste a la mayoría de los tratamientos médicos. La IASP (2011) lo definió como el dolor que persiste en el tiempo, por más de tres meses desde su aparición, o que recurre durante ese periodo. Se estima que el 20% de la población mundial se ve afectada por el mismo (IASP, 2018).

Cuando se convierte en crónico, el dolor provoca sufrimiento y afecta tanto a la persona como a su familia (Muñoz, Giró, Puig & Semings, 2008). La IASP (2018) refiere que el dolor crónico primario, como la fibromialgia, interfiere con las actividades diarias y la vida social. Además, afirma que los pacientes con este tipo de dolor suelen reportar un aumento en síntomas de depresión, ansiedad; así como coraje y frustración.

Teniendo en cuenta los datos y estimados reportados sobre la prevalencia del dolor y sus consecuencias; y habiéndose considerado el mismo como un grave problema de salud pública; es imperativo que se aborde el tema y se trabaje por lograr una mejor calidad de vida en las personas que lo padecen. Específicamente, la fibromialgia ha sido considerada como una de las mayores causas de dolor en el mundo; siendo las mujeres quienes se ven principalmente afectadas por la condición. Sus consecuencias a nivel psicológico presentan nuevos retos a los profesionales de la salud mental. Es por eso, por lo que los psicólogos, tienen un rol importante en el tratamiento de la enfermedad.

Entre las terapias psicológicas más utilizadas para el tratamiento de la fibromialgia, Moix y Casado (2013), destacaron la cognitiva conductual. Ellos enfatizaron la necesidad de realizar investigaciones dirigidas a optimizar los tratamientos cognitivo-conductuales, por haber sido los más efectivos. Respondiendo a esa necesidad, en este estudio se desarrolló un programa de tratamiento cognitivo conductual para mujeres puertorriqueñas diagnosticadas con fibromialgia; al cual se integró un elemento espiritual que fue la práctica de la oración. La parte cognitiva conductual del programa fue adaptada del libro Manual del Dolor, con permiso de sus autores.

El tema de la espiritualidad y su integración en el tratamiento psicológico ha sido cada vez más frecuente. Diversos autores han incluido esta dimensión en sus investigaciones. La literatura científica ha apoyado la integración de la espiritualidad en el tratamiento psicológico de personas con dolor crónico, incluyendo la fibromialgia. Se han investigado y trabajado aspectos biológicos, emocionales, cognitivos, sociales y espirituales relacionados a esta enfermedad.

González Rivera, et al. (2006) indicaron que “En las últimas décadas, la espiritualidad se ha convertido en algo muy importante en la vida de los seres humanos” (párr. 3). Asimismo, “ha surgido el interés de diversas disciplinas por vincular la salud mental y bienestar con la espiritualidad” (Rodríguez del Real, 2001, p. 205). Por otra parte, en la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), se creó la Sociedad para la Psicología de la Religión y Espiritualidad, conocida actualmente como División 36, la cual promueve la investigación e integración de la espiritualidad en la psicoterapia. Las siguientes investigaciones evidencian el esfuerzo por conocer los efectos del dolor crónico y los trabajos realizados con el propósito de lograr tratamientos

psicológicos que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con dolor.

Principalmente, se enfocan en el tema de la fibromialgia.

Antecedentes del problema

Los estudios enfocados en investigar diversos aspectos relacionados con la fibromialgia comenzaron en el año 1843 (Moioly & Merayo, 2005). Desde entonces se han estado desarrollando investigaciones que han tratado aspectos psicosociales, biológicos y espirituales, entre otros. Con el objetivo de examinar los antecedentes relacionados al tema de estudio, se presentan hallazgos asociados a intervenciones psicológicas y espirituales en pacientes con fibromialgia.

Por sus repercusiones a nivel emocional, la terapia psicológica se ha convertido en parte fundamental en el tratamiento de la condición de fibromialgia. Entre las intervenciones psicológicas que han demostrado ser efectivas en mayor o menor grado se han encontrado la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), el Condicionamiento Operante, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Relajación, el Biofeedback y la Hipnosis Clínica (Hofstadt & Quiles, 2001).

En una investigación empírico-descriptiva realizada por Moioli y Merayo (2005), se evaluó la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal en 48 pacientes féminas con diagnóstico de fibromialgia, a las que previamente se les había dado un taller de relajación de tres semanas. Sus objetivos fueron valorar los cambios en la intensidad de dolor, la ansiedad y la depresión como efecto del tratamiento.

Los resultados evidenciaron que, en las participantes, el dolor estaba presente prácticamente todos los días del año y de manera progresiva, con una intensidad media alta. De acuerdo con los autores, los principales factores responsables del empeoramiento

del dolor fueron las tensiones y los estados emocionales de irritación o de ansiedad. Moiola y Merayo indicaron que, luego de la intervención psicológica los niveles de depresión, ansiedad y dolor disminuyeron significativamente. Ellos llegaron a la conclusión de que a pesar de que la muestra del estudio fue pequeña y que no hubo seguimiento, los resultados parecieron indicar que el tratamiento psicológico fue beneficioso.

En cuanto al tema de la espiritualidad, Eriksen (2007) sostuvo que ésta había sido considerada cada vez más por parte de los practicantes de la salud mental. Por su parte, Rippentrop, Altmaer, Chen, Found y Keffala (2005) habían afirmado que en una gran cantidad de estudios se había establecido la relación entre la religión-espiritualidad y sus resultados en la salud física y mental. Sobre ese tema, Zeiders y Pekala (1995), sostuvieron que la oración era un componente de la vida moderna que influía en la salud física, psicológica y espiritual. Estos autores hicieron una revisión sobre los estudios relacionados con la eficacia de la oración cristiana en aspectos médicos, psicológicos y conductuales de las personas. Encontraron evidencias clínicas de que algunas formas de oración, como la “Oración de Jesús”, causaban cambios saludables en el organismo, lo que influía positivamente en la salud mental. Citaron un estudio realizado en el 1986 por Benzon y sus colaboradores en el que se encontró una relación entre la “Oración de Jesús” y la reducción del estrés. En otras investigaciones encontraron que la meditación trascendental, podía reducir la respuesta de estrés e impulsar la respuesta de relajación.

Con relación a la salud física, Zeiders y Pekala (1995), afirmaron que muchas personas tendían a buscar grupos de oración cuando estaban enfermos. De acuerdo con ellos, los estudios habían demostrado que la oración por las personas enfermas era eficaz.

En cuanto a la relación de la oración con la salud mental, los investigadores hallaron evidencia empírica y anecdótica de que existía una relación entre la oración y la sanación psicológica. Por otro lado, resaltaron que la oración fue considerada como un componente muy importante en la vida moderna y se documentó que la misma había ejercido influencia en la salud psicológica, física y espiritual de las personas que la practicaban (Zeiders & Pekala, 1995). Finalmente, afirmaron que la oración era la terapia complementaria más utilizada para lidiar con el dolor.

Por su parte, Moreira y Koenig (2008) discutieron la importancia de manejar asuntos espirituales en la práctica clínica y documentaron un aumento en las investigaciones relacionadas con la religiosidad/espiritualidad y los pacientes con dolor crónico. De acuerdo con estos autores, la evidencia científica apoyaba una asociación positiva entre estas dos variables que redundaba en un mayor bienestar. Además, encontraron que se había documentado la existencia de una asociación negativa con síntomas de depresión y ansiedad. Afirmaron que los pacientes con dolores crónicos usualmente reportaban que la religiosidad y espiritualidad eran importantes en sus vidas.

En un estudio sobre la relación entre religión, espiritualidad y salud física, salud mental y dolor; Rippentrop et al. (2005), encontraron que uno de los métodos mediante los cuales se estableció la relación positiva entre religión-espiritualidad; y salud física y mental, fue la incorporación de la oración como variable independiente o predictora.

Entre las terapias complementarias utilizadas para el manejo de la fibromialgia y enmarcada en el tema de la espiritualidad, se encuentra la meditación de atención plena. Ésta ha sido considerada como una práctica budista que de acuerdo con Knabb (2010) había tenido un impacto significativo en la psicología occidental secular. De ella

surgieron los métodos de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR, por sus siglas) para el tratamiento de pacientes con dolor crónico y posteriormente la terapia cognitiva basada en atención plena para aliviar la depresión crónica (Knabb 2010). Esta práctica, considerada por algunos como espiritual, mostró resultados significativos en las variables de calidad de vida, presencia e intensidad del dolor y síntomas depresivos, reducción de percepción de estrés, disturbios del sueño; y severidad de los síntomas.

En Occidente se han desarrollado otros tipos de meditación enraizados en el cristianismo, los cuales, de acuerdo con Blanton (2011), habían sido ignorados. Antes del planteamiento de Blanton, en el 2007, Weld y Eriksen (2007) sostuvieron que no se había encontrado ningún estudio que hubiese explorado las expectativas de los clientes cristianos acerca de la oración en la consejería.

Entre los métodos judeocristianos de meditación se encuentra la oración contemplativa (Ferguson, Wilemsen & Castaneto, 2009). Insertada en esta tradición meditativa contemplativa se ha ubicado la Oración Centrante (OC), considerada por algunos como un tipo de meditación de atención plena (Blanton, 2011; Knabb, 2010). Johnson et al. (2009) presentaron la hipótesis de que la OC debía producir efectos positivos similares a otras prácticas de meditación. Por su parte Blanton, en un artículo investigativo del 2011, propuso la integración de la Oración Centrante en la psicoterapia.

Aunque no se han encontrado estudios relacionados con los efectos de la OC en pacientes con fibromialgia, en el 2009 se encontró que en una investigación se relacionó este tipo de oración con una condición de salud. Johnson et al., llevaron a cabo un estudio piloto descriptivo con 10 mujeres de entre 51 a 74 años que estaban recibiendo quimioterapia para cáncer de ovario recurrente. El propósito de los investigadores era

explorar la viabilidad de implementar la OC en el tratamiento de quimioterapia y evaluar su influencia en el estado de ánimo, bienestar espiritual y calidad de vida de las participantes.

Los resultados relacionados con estados de ánimo indicaron una reducción significativa en los niveles de depresión, ansiedad y coraje después de la sesión final. En general la mayoría de las participantes reportaron mejoría en su habilidad para usar la Oración Centrante y describieron beneficios fisiológicos y psicológicos.

Propósito de la investigación

En este estudio se desarrolló y evaluó el diseño de un programa de tratamiento psicológico espiritual para mujeres diagnosticadas con fibromialgia. El diseño fue desarrollado por la investigadora, y se evaluó su fase inicial. Para la elaboración del programa se utilizaron dos modelos que abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. El tratamiento consistió en la integración de la oración cristiana contemplativa llamada Oración Centrante y la Terapia Cognitiva Conductual. La evaluación se llevó a cabo mediante juicio de expertos.

Justificación

La alta prevalencia de la fibromialgia en el mundo ha llevado a los profesionales de la salud a investigar y desarrollar tratamientos médicos y psicológicos que alivien tanto la enfermedad como sus consecuencias. La estimación de que en Puerto Rico las cifras son similares a las reportadas por la OMS y la IASP, constituye un reto para que los profesionales de la salud mental en la Isla se envuelvan en el tratamiento de personas diagnosticadas con la condición.

Con relación a la literatura científica en PR; no se han encontrado investigaciones publicadas sobre tratamientos psicológicos para la población de mujeres con fibromialgia. No obstante, es posible que, en la práctica privada de profesionales de salud mental, y en las clínicas u hospitales donde los psicólogos se están integrando en el cuidado primario; se estén utilizando estrategias cognitivas conductuales, de hipnosis clínica, meditación y terapia de aceptación y compromiso, entre otras.

Considerando que la terapia cognitiva conductual ha sido una de las más efectivas en el tratamiento psicológico de la fibromialgia; y que la espiritualidad está siendo considerada cada vez más como un factor importante en el tratamiento de condiciones de dolor, esta investigación se enfocó en proponer la integración de ambas modalidades de intervención. Concretamente, se pretendía desarrollar un programa de tratamiento que integrara la práctica espiritual de la Oración Centrante a la Terapia Cognitiva Conductual (TCC).

El tema de estudio elegido responde a la necesidad de contar con un tratamiento psicológico que tenga en cuenta todas las dimensiones del ser humano (física, emocional, social y espiritual). Se espera que este estudio sirva como base a otro en el que se implemente el programa de tratamiento y se evalúe su efectividad en mujeres con fibromialgia. De resultar efectiva su implementación, podría adaptarse al manejo de otras condiciones médicas ya sean de dolor u otras enfermedades crónicas.

Marco conceptual

Para esta investigación se utilizaron dos marcos conceptuales. El primero de ellos, cubrió los aspectos relacionados al programa de tratamiento y su evaluación. Para este se utilizaron elementos relacionados al diseño, desarrollo y evaluación de programas. El

segundo marco conceptual se utilizó para el desarrollo del contenido. En este, se integraron dos enfoques biopsicosociales espirituales con los cuales se elaboró el contenido del programa de tratamiento. A continuación, se presentan y explican cada uno de los marcos conceptuales.

Programa de tratamiento y evaluación. De acuerdo con Montero (2004) y Escobar Záez (2017); el diseño y desarrollo de programas de intervención o tratamiento consta de diversas fases que deben ser evaluadas. Montero indicó que evaluar “es una herramienta fundamental para iluminar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de los programas e intervenciones, desde su concepción y diseño hasta su implementación y resultados” (p. 2). Por su parte, Escobar Záez, describió cada una de estas fases. En la primera de ellas, llamada fase inicial, indicó que se exploran y determinan las necesidades de la población y se justifica el desarrollo del programa. En esta etapa se plantean los objetivos y luego se realiza el diseño de la intervención o el tratamiento. Los objetivos planteados son evaluados para determinar si fueron los correctos y si fueron llevados a cabo de manera idónea para el problema identificado. Durante ese proceso, también se debe tener en cuenta el plan de acción y los recursos con los que cuenta el programa; así como la pertinencia de los instrumentos y actividades utilizadas. Una de las formas propuestas por Escobar Záez, para llevar a cabo la evaluación de la fase inicial, es buscar la opinión de expertos en esa problemática.

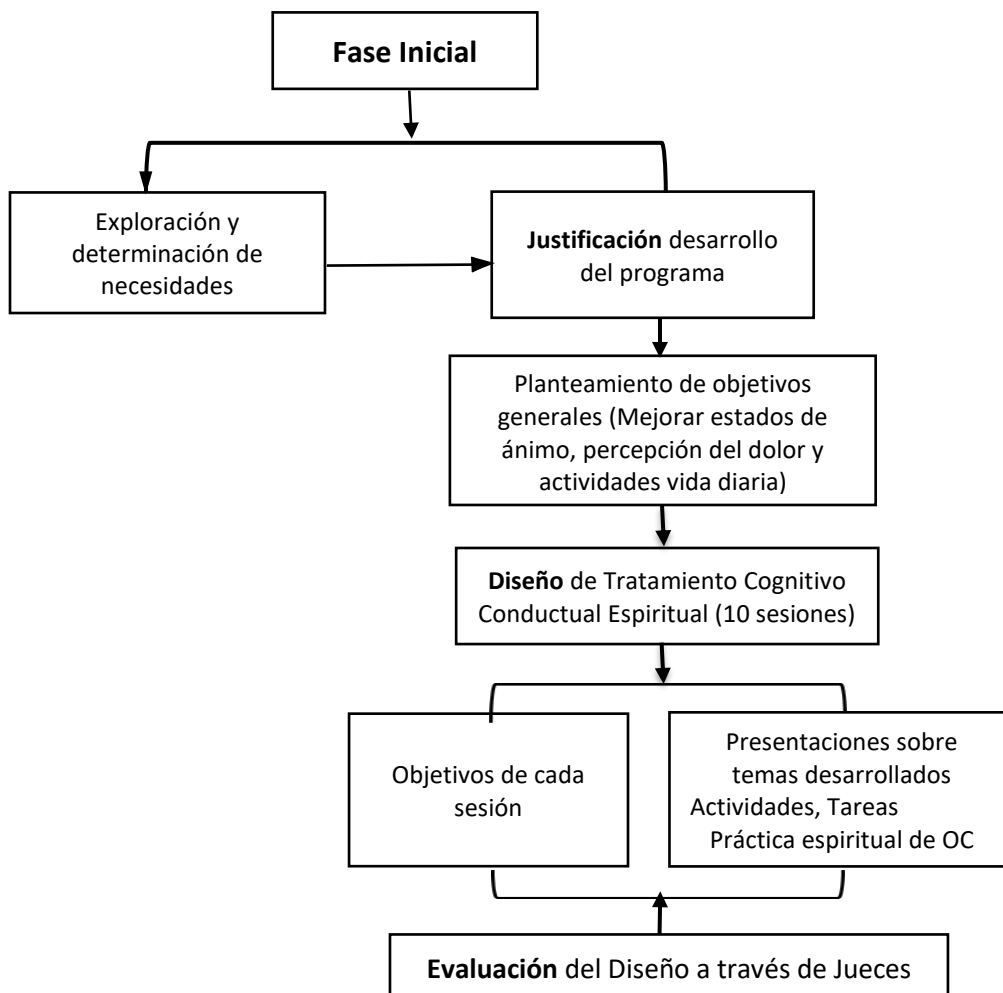
La segunda fase, se relaciona con la evaluación de la implementación del programa. En esa etapa se evalúa si los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con lo previsto, o si tuvieron algún cambio. La tercera fase, se relaciona con la evaluación de la cobertura, donde se pretende conocer si se logró que el programa llegara a la población

para la cual fue diseñado. La fase final, descrita por Escobar Záez, se refiere a la evaluación de los resultados. Con esta se quiere conocer si se lograron los resultados y si los mismos, estuvieron relacionados o no con el programa.

En esta investigación se trabajó la fase inicial del programa de tratamiento cognitivo conductual espiritual para mujeres con fibromialgia. La siguiente figura, presenta la aplicación del marco conceptual relacionado con la justificación, diseño y evaluación de la primera etapa del programa, descrita por Escobar Záez.

Figura 1.

Fase inicial del programa de tratamiento cognitivo conductual espiritual aplicada a esta investigación



Para la fase inicial, se comenzó con la exploración de la problemática relacionada a enfermedades de dolor crónico, enfocada principalmente en la condición de fibromialgia. Además, se llevó a cabo una revisión de literatura sobre el tema. Se obtuvieron estadísticas relacionadas a la fibromialgia a nivel mundial, en estados Unidos de América y Puerto Rico. Con los datos obtenidos, se determinaron las necesidades y se elaboró la justificación para el desarrollo del programa. El contenido del diseño: objetivos específicos de cada sesión, temas, actividades personales o grupales, y tareas; se elaboró teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial espiritual. Se diseñaron 10 sesiones de tratamiento con sus respectivos objetivos y actividades a realizar. La evaluación del diseño, en esta fase inicial, se llevó a cabo mediante juicio de expertos. Se esperaba conocer si la conceptualización del programa y su diseño fueron apropiados.

Contenido del programa. Para el desarrollo del contenido del programa de tratamiento en esta investigación, el marco conceptual utilizado abarca los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. Se utilizan dos modelos, el de Sulmasy (2002), y el de González-Rivera (2017) de manera complementaria, con el propósito de incluir aspectos teóricos, prácticos y de adaptación cultural.

Inicialmente, el modelo biomédico estaba centrado en un concepto de salud que era interpretado como ausencia de enfermedad (Valiente, 2012). Consideraba a los pacientes como un objeto y no respondía a sus necesidades como personas (Sulmasy, 2002). La Organización Mundial de la Salud cambió esa visión cuando en 1948, definió la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.” (Expedientes Oficiales de la Organización Mundial de la

Salud no. 2, p. 100). Por otro lado, en 1977, George Engel propuso un modelo biopsicosocial que tomó en consideración las esferas afectivo-cognitiva, biológica e interpersonal (Valiente, 2012). Este modelo ha sido utilizado tanto en la medicina como en la psicología de la salud. Daniel Sulmasy (2002) planteó más tarde, que el paradigma biopsicosocial de Engel, no consideraba la dimensión espiritual de la persona. Él quiso promover un modelo más comprensivo de cuidado e investigación que tuviera en cuenta al paciente en su totalidad. A este modelo le llamó biopsicosocial-espiritual. Sulmasy explicó que todos los que buscan el significado trascendente de la vida tienen una espiritualidad, aunque no tengan una religión. Este autor propuso que los seres humanos son espirituales y que esto se basa en la noción de que son seres en relación. De acuerdo con él, los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual son dimensiones de la persona y cada una puede ser afectada de manera diferente por la propia historia y la enfermedad que se padece. Además, todos estos factores podían interactuar y afectarse mutuamente.

De acuerdo con Sulmasy, la enfermedad perturbaba las relaciones intrapersonales y extra personales. Su modelo holístico veía a la persona enferma como un todo que requería atención en todas las áreas y no solo la parte física. La sanación, según él, consistía en la restauración parcial o total de estas relaciones.

Para lograr la integración de elementos prácticos desde la dimensión espiritual, se utilizó un modelo aplicable a la psicoterapia, desarrollado en Puerto Rico por González-Rivera en el 2017. Él sostuvo que de acuerdo con el Pew Research Center's Forum on Religion and Public Health, el 96% de la población puertorriqueña era cristiana. Por tal razón indicó que consideraba necesario proveer un marco teórico que integrase la

dimensión espiritual, con el propósito de “ofrecer servicios terapéuticos culturalmente sensibles para clientes cuya espiritualidad es importante” (p. 57). González-Rivera, indicó que el modelo de Sulmasy, así como otros que incluían la espiritualidad; eran más teóricos, descriptivos y explicativos, que prácticos. Por tal razón, él desarrolló, en Puerto Rico, un modelo teórico que pudiera aplicarse a la práctica e integrarlo a las intervenciones terapéuticas basadas en evidencia. A éste le llamó: Modelo Multidimensional de Conexión Espiritual (MMCE).

González-Rivera definió la espiritualidad como la facultad multidimensional de búsqueda de sentido, trascendencia, conexión espiritual; y conexión en las relaciones consigo mismo, los demás, la naturaleza o lo sagrado. De acuerdo con su modelo, “la búsqueda de conexión espiritual favorece el desarrollo de variables asociadas a una salud mental positiva y al bienestar psicológico y físico de los individuos” (p.59). Algunas de las variables mencionadas fueron: armonía, sentido, paz, propósito y esperanza. Este autor explicó tres contextos dentro de los cuales él entiende que la espiritualidad se enmarca. Estos son el intrapersonal, interpersonal y transpersonal. Cada uno de ellos integra una de las tres dimensiones importantes de la espiritualidad que se describen a continuación:

- Conexión intrapersonal – Ésta se encuentra ligada a la búsqueda espiritual de sentido, significado y propósito en la vida; alcanzados mediante el autodescubrimiento, conexión consigo mismo y transformación interior.
- Conexión interpersonal – El modelo establece que la espiritualidad trata sobre las relaciones consigo mismo, los otros, la naturaleza y Dios, entre otros. En esta dimensión, la conexión se logra a través del respeto, amor, aceptación y compasión.

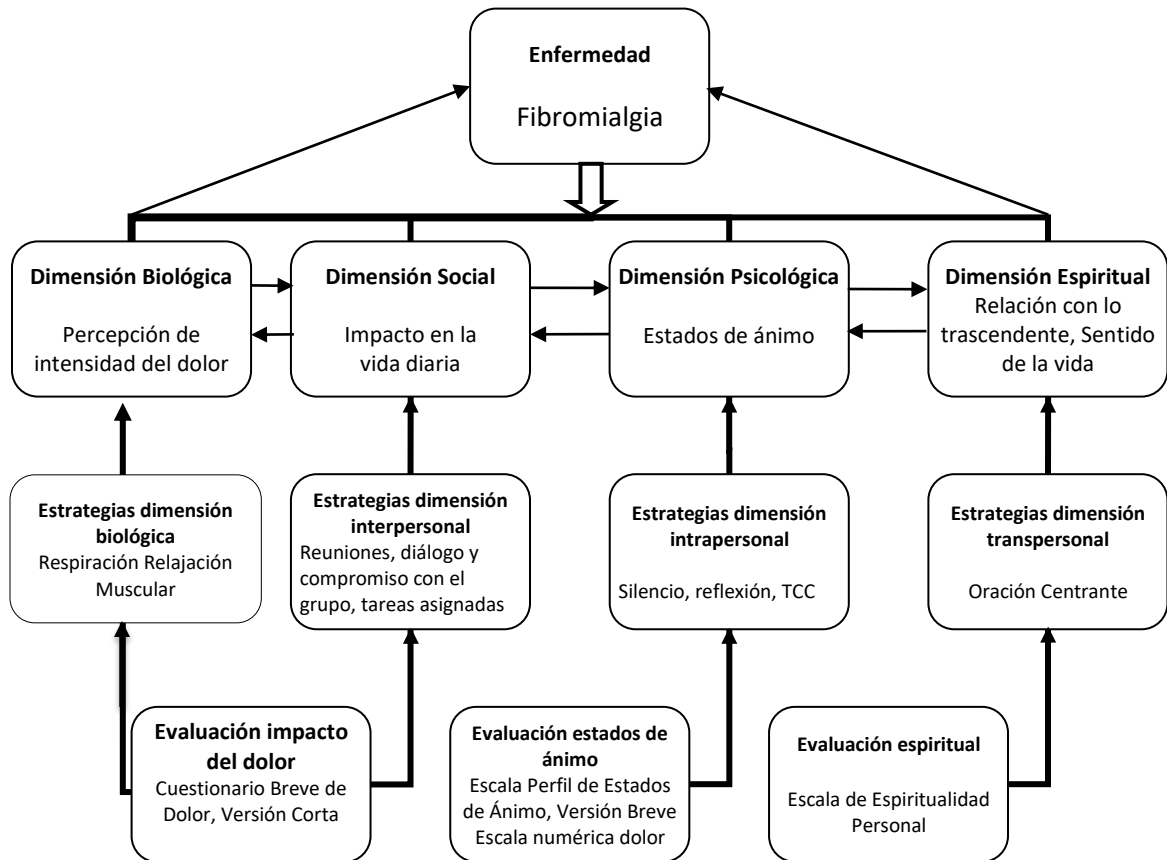
- Conexión transpersonal – Según el autor, este dominio representa “la dimensión transpersonal de la espiritualidad ligada a aspectos intangibles y trascendentales de la experiencia humana” (p. 56). González-Rivera, citando un artículo suyo del 2016; sostuvo que, en Puerto Rico, la dimensión trascendental, “está fundamentada en la relación de la persona con un ser o fuerza superior, generalmente denominado Dios” (p. 60).

En su artículo, González-Rivera recomendó una serie de estrategias para el desarrollo espiritual. En la dimensión intrapersonal, propuso estrategias espirituales de silencio, reflexión, meditación y atención plena, conocida como mindfulness. A nivel interpersonal, sugirió el pertenecer a una comunidad de fe, el compromiso con alguna causa y el ejercicio de realizar actos a favor de los más necesitados. Las estrategias transpersonales recomendadas fueron la oración comunitaria, la lectura de libros sagrados y la oración entendida como comunicación con lo sagrado mediante acciones, pensamientos y actitudes. Por último, sugirió el uso de las Sagradas Escrituras y la contemplación, entendida por el autor como meditación teísta. A nivel práctico, el autor sugirió realizar una evaluación espiritual breve y una evaluación multidimensional del cliente que incluyera las dimensiones: psicológica, física, intelectual, social, ocupacional y espiritual.

En la figura 2 se integran ambos modelos (Sulmasy y de González-Rivera) aplicándolos a esta investigación. Se resumen aspectos importantes planteados por Sulmasy, y se presentan estrategias sugeridas por González-Rivera tanto para evaluación como para tratamiento.

Figura 2

Adaptación del modelo de Sulmasy y de González-Rivera al contenido del programa de tratamiento, realizado por la investigadora



De acuerdo con la adaptación del modelo de Sulmasy y de González Rivera, la enfermedad (fibromialgia) afecta todas las dimensiones de la persona. Éstas a su vez, pueden interactuar y afectarse mutuamente. El modelo de González-Rivera se integró a la intervención terapéutica mediante el uso de estrategias concretas, en las dimensiones: extra personal, intrapersonal y transpersonal. Se espera que cuando este modelo sea puesto en práctica, la restauración parcial o total de las relaciones, reflejadas en las distintas dimensiones (Sulmasy) y el desarrollo de la conexión, intrapersonal,

interpersonal y transpersonal (González Rivera); evidencien la efectividad del tratamiento cognitivo conductual espiritual.

Para la evaluación del diseño del programa de tratamiento, se utilizará el marco teórico de desarrollo de instrumentos. Se realizó una consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencia de validez basada en el contenido. De acuerdo con Elosúa (2003) “el objetivo de los estudios de validez es recoger las suficientes evidencias que pueden prestar una base científica a la interpretación de las puntuaciones en un uso concreto” (p. 316).

Los Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas aprobados por la American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (2018); indican que

...la validez se refiere al grado en que la evidencia y la teoría respaldan las interpretaciones de los puntajes de una prueba para usos propuestos de las pruebas... El proceso de validación involucra acumular evidencia pertinente para proporcionar una base científica sólida para las interpretaciones de puntajes propuestas. Lo que se evalúa son las interpretaciones de los puntajes de la prueba para los usos propuestos, no la prueba propiamente dicha (p. 11).

Definición de variables

En esta investigación se evaluó el nivel de concordancia entre jueces; el cual se utiliza cuando se compara y se persigue describir el grado de acuerdo entre estos. Esta variable fue operacionalizada mediante el cálculo del por ciento de acuerdo de las puntuaciones aportadas por cada uno de los jueces que evaluaron el diseño del programa de tratamiento propuesto. El criterio establecido en esta investigación para evaluar el

programa diseñado fue el 75%. La concordancia aumenta en la medida en que las puntuaciones coinciden. Por otro lado, disminuye en la medida en que las puntuaciones difieren.

CAPÍTULO II

REVISION DE LITERATURA

En esta sección se presenta una revisión de literatura acerca de investigaciones publicadas en torno a los temas de intervenciones psicológicas y espirituales como tratamiento para dolor crónico; y necesidades y efectos de prácticas espirituales en personas con fibromialgia. Las reseñas se presentarán de acuerdo con los temas más investigados y dentro de los mismos se utilizará una organización temática y cronológica.

Intervenciones psicológicas en personas con fibromialgia

Los tratamientos para el manejo de la fibromialgia, así como de otras condiciones de dolor crónico han sido diversos; comprendiendo desde la prescripción de medicamentos, hasta terapias complementarias (Bellato et al., 2012). Mujeres que han sido diagnosticadas con la condición han expresado su percepción del tratamiento y la necesidad de mejores alternativas para el manejo de sus síntomas (Collazo Vázquez & Oliver Russo, 2015)

De otra parte, se han encontrado modelos de tratamiento psicológico para personas con fibromialgia y otras condiciones relacionadas con el dolor que han sido validados. Entre las terapias psicológicas utilizadas, sobresale la cognitivo conductual.

Tratamiento cognitivo conductual

Comeche Moreno et al. (2010), desarrollaron un tratamiento cognitivo-conductual; protocolizado y en grupo para pacientes con fibromialgia. En el mismo participaron 34 personas, de los cuales 33 eran mujeres con una edad media de 46 años. El tratamiento tuvo una duración de 10 semanas donde se brindaron sesiones grupales

de dos horas, una vez por semana. Posteriormente, se evaluaron las participantes a los 3 meses de terminar el tratamiento.

Los instrumentos utilizados fueron: Beck Depression Inventory (BDI), Anxiety and Depression Scale Hospital (HAD), Self Efficacy Scale (SES), Pain Catastrophizing Scale (PCS) y el Self-recording of pain. Las medidas tomadas con los instrumentos de evaluación fueron: antes del tratamiento, después del tratamiento y a los 3 meses del tratamiento.

Comeche Moreno et al., indicaron que el nivel de depresión disminuyó de manera significativa entre el pre y post tratamiento. Así se reflejó a través del Inventario de Beck ($\chi^2=14.69$, $p<0.001$), y del HAD-D ($\chi^2=17.29$, $p<0.001$). En cuanto al síntoma de ansiedad, también se encontró mejoría. Tanto al final de la intervención como a los tres meses de haber culminado el tratamiento se encontró que el contraste entre el pre-tratamiento y el seguimiento fue estadísticamente significativo (HAD-A: $\chi^2=12.44$, $p<0.001$). Los investigadores señalaron que “El porcentaje de personas con un nivel normal de depresión se incrementa hasta el 47% en el post-tratamiento, y permanece en un nivel similar (41%) a los 3 meses de finalizada la intervención” (p. 112).

En cuanto a la eficacia, Comeche Moreno et al., reportaron un incremento al final del tratamiento. No obstante, el mismo no se mantuvo en el seguimiento. Los datos reportados al final del tratamiento fueron los siguientes: “(Autoeficacia Total: $\chi^2=9.53$, $p <0.002$; Manejo del Dolor: $\chi^2 =7.53$, $p <0.006$; Manejo de las Actividades Físicas: $\chi^2 10.94$, $p<0.001$; Manejo de los Síntomas: $\chi^2 =5.12$, $p <0.024$)” (p. 113).

Con relación al catastrofismo, los resultados reflejaron una disminución estadísticamente significativa en las subescalas de Rumiación ($\chi^2=6.54$, $p <0.001$) y

Magnificación ($\chi^2= 12.45$, $p <0.001$). En cuanto a las subescalas de Puntuación de Catastrofismo Total (PCS-Total) y la de Indefensión; los investigadores encontraron mejoría al finalizar el tratamiento, aunque la misma no fue significativa.

A través de los resultados relacionados al nivel del dolor, se encontró una reducción leve tras el tratamiento (de 2.78 a 2.41). No obstante, la misma no fue considerada como estadísticamente significativa. Comeche Moreno et al., concluyeron que el programa de tratamiento fue “eficaz para mejorar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los pensamientos rumiativos y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de su enfermedad” (p. 114).

Con el objetivo de estimar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual y determinar las variables que estaban más asociadas con el cambio terapéutico; Moral de la Rubia, González Ramírez y Landero Hernández (2011), crearon y evaluaron un tratamiento en grupo para mujeres diagnosticadas con fibromialgia. Trabajaron en la reducción de activación fisiológica simpática, aumento en la conciencia de las emociones, modificación de creencias disfuncionales, aumento de la comunicación entre pensamientos y reacciones emocionales en los procesos cognitivos; y reducción del refuerzo de la conducta enferma.

La muestra estuvo compuesta por 26 mujeres voluntarias, quienes fueron evaluadas al inicio del estudio. Al final quedaron 17 mujeres, las cuales volvieron a ser evaluadas. Debido a lo pequeño de la muestra, los autores decidieron no tener grupo control. La media de edad fue de 50.46 años, el 61% reportó estar casada, 5% divorciadas, 8% en unión libre, 8% viudas y 8 % solteras. El 35% indicó tener trabajo, mientras que el 65% carecían de ingresos. Los criterios de inclusión fueron: a) tener edad

entre 18 a 65 años, b) otorgar el consentimiento informado y c) cumplir con los criterios para el diagnóstico de fibromialgia.

Los instrumentos utilizados fueron: a) Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS); b) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); c) Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Reactivos, (TAS-20); d) Escala de Evaluación de la Relación (RAS); e) Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ); f) Escala Analógica Visual (VAS); y g) Escala de Catastrofización del Dolor (PCS).

Los investigadores reportaron que el impacto de la fibromialgia era de relevancia clínica en 88% de las pacientes. El análisis de las puntuaciones medias reflejó cambios estadísticamente significativos en las variables evaluadas a excepción de la satisfacción marital. Se reportaron los resultados obtenidos antes del tratamiento (Pre) y después del mismo (Post):

Tabla 1

Datos reportados por Moral de la Rubia, González Ramírez y Landero Hernández (2011)

Variable	Pretratamiento	Post tratamiento
Disminución de intensidad de fibromialgia (FIQ)	50.9	22.1
Escala Analógica Visual (VAS)	73.5	26.5
Afecto negativo (NA)	31.1	19.2
Alexitimia (TAS)	69.6	54.0
Dificultad para identificar sentimientos (DIS)	26.8	19.7
Dificultad para expresar sentimientos (DES)	18.9	13.6
Pensamiento externamente orientado (PEO)	24.0	20.6
Ansiedad (A)	9.2	5.8
Depresión (D)	7.6	17.0
Catastrofismo	27.3	17.0

Los resultados de la investigación evidenciaron que el tratamiento generó cambios significativos en las variables evaluadas. Estos fueron disminución en la intensidad de la fibromialgia, dolor, afecto negativo, alexitimia, dificultad para identificar y expresar sentimientos, ansiedad y catastrofismo. De otra parte, el afecto positivo (PA) aumentó, de 28.8 en la preprueba a 38.3 en la post prueba. Los investigadores resaltaron que el impacto fue mayor en la variable de dolor.

Moral de la Rubia et al. (2011) afirmaron que el cambio en el impacto de fibromialgia correlacionó con el cambio en ansiedad ($r = .68, p < .01$), depresión ($r = .62, p < .01$) y afecto negativo ($r = .50, p = .04$). “A mayor disminución de la ansiedad, depresión y afecto negativo, se reporta menor impacto de los síntomas de fibromialgia” (p. 156). Por otro lado, recalcaron que la disminución del dolor estuvo relacionada con la atenuación del catastrofismo ($r = .55, p = .02$).

Los investigadores concluyeron que “el tratamiento cognitivo conductual diseñado parece efectivo para el abordaje de los casos de fibromialgia en mujeres adultas, observándose mejoría, sobre todo en el afecto negativo” (p. 159). Entre otras cosas, recomendaron intensificar la intervención sobre el catastrofismo, incluir un grupo control, y que la evaluación sea realizada por personas distintas a las que intervienen en el tratamiento.

Terapias de tercera generación

Entre las intervenciones de tercera generación utilizadas para tratar pacientes con fibromialgia se encuentran el programa de Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) y la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Estas, a su vez han sido

consideradas como terapias de Meditación de Atención Plena de primera generación. Las siguientes investigaciones se enfocan en estos dos tipos de tratamiento.

Franco Justo, Mañas Mañas y Justo Martínez (2010) llevaron a cabo una investigación con un grupo de 33 mujeres diagnosticadas con fibromialgia; de las cuales 15 formaron el grupo experimental y 18 el grupo control. En el estudio, analizaron los efectos de un programa de meditación para el desarrollo de la conciencia plena (mindfulness), en la salud percibida por las participantes. Utilizaron un diseño cuasi experimental con preprueba, posprueba y seguimiento.

Para evaluar la salud percibida, los investigadores utilizaron el cuestionario F-36, el cual incluye aspectos de salud física, psíquica y social. El mismo está constituido por 36 reactivos distribuidos en 8 escalas y una evaluación del estado de salud al momento de responder el cuestionario. La puntuación de cada reactivo se transforma en una escala del 0 al 100; siendo las puntuaciones mayores indicadoras de una mejor calidad de vida.

El programa psicoeducativo brindado al grupo experimental fue un curso titulado “Entrenamiento y práctica de la conciencia plena en pacientes con fibromialgia” (Franco Justo et al., 2010, p. 120). Las sesiones se brindaron semanalmente y tuvieron una duración de dos horas.

Franco Justo et al., indicaron que los objetivos del programa fueron: a) “Tomar conciencia de la tendencia de la mente a oscilar entre el pasado y el futuro, al tiempo que se resiste a permanecer en el momento presente.” (p. 121); b) Ser conscientes de que los pensamientos, sensaciones y emociones, surgen y desaparecen continuamente, por lo que era importante aprender a observar su carácter transitorio y no permanente; y c) Aprender a observar el alto consumo de energía diario tratando de evitar pensamientos,

sentimientos, emociones y sensaciones consideradas como molestas y negativas; en lugar de dejarlas fluir y concentrarse en realizar y resolver las tareas importantes de cada momento.

Las sesiones psicoeducativas incluían comentarios de los participantes sobre la práctica de la meditación de atención plena, prácticas de un ejercicio de recorrido corporal por 10 minutos, presentación de metáforas y ejercicios propios de la sesión; y práctica de 30 minutos de atención plena enfocándose en la respiración. Además, en el hogar, las participantes debían practicar tanto el recorrido corporal como la práctica de la meditación por 30 minutos. Por otro lado, debían completar un auto registro durante la semana donde anotaban si habían practicado los ejercicios asignados.

Se encontró que el grado medio de cumplimiento con el ejercicio de recorrido corporal fue de 64%; mientras que en el ejercicio de conciencia plena fue del 79%. Los resultados obtenidos por las participantes que acudieron a menos del 50% de las sesiones y que practicaron menos del 50% no fueron tenidos en cuenta. A los tres meses de haber finalizado la intervención, Franco Justo et al. tomaron medidas de seguimiento con el propósito de comprobar si los resultados se mantenían a lo largo del tiempo. Al finalizar la última evaluación, las participantes del grupo control recibieron el tratamiento.

Los análisis estadísticos relacionados a las puntuaciones medias mostraron una mejora en las mujeres con fibromialgia, en las siguientes dimensiones: a) funcionamiento físico (pre prueba 14.09, post prueba 14.81); b) dolor corporal (pre prueba 31.18, post prueba 29.45); c) salud general (pre prueba 29.36, post prueba 30.78); d) funcionamiento social (pre prueba 34.09, post prueba 37.54); e) rol emocional (pre prueba 42.91, post prueba 46.63); y salud mental (pre prueba 35.09, post test 38.45). Estas mejoras se

mantuvieron en la evaluación de seguimiento llevada a cabo tres meses después. Los investigadores indicaron que mediante la práctica de la conciencia plena las personas aprendían habilidades que incorporaban en la vida diaria. Franco Justo et al., concluyeron que dada su eficacia y fácil aplicación, las técnicas podían ser incorporadas como parte de un tratamiento para mejorar los síntomas de personas con fibromialgia. Finalmente señalaron que los resultados debían ser tomados con cautela debido al tamaño pequeño de la muestra y la posible influencia de factores inespecíficos como apoyo social, atención terapéutica y esperanza positiva. Además, reportaron que no se evaluaron datos sociodemográficos de las participantes que pudieron influenciar los resultados obtenidos.

Quintana y Rincón (2011) llevaron a cabo un estudio sobre la eficacia del entrenamiento en meditación de atención plena en los síntomas de dolor y depresión de mujeres con fibromialgia. En la investigación se aplicó un programa de entrenamiento de ocho semanas basado en Meditación de Atención Plena (MBSR, por sus siglas en inglés) a un grupo de 14 mujeres de entre 40 y 60 años, diagnosticadas con la condición. Los instrumentos elegidos fueron la Encuesta Psicosocial, el Cuestionario de Salud (SF-36), el Cuestionario de Evaluación del Dolor Mc Hill (MPQ-SV), el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

En la segunda fase de la investigación se llevó a cabo el programa de entrenamiento cuyas sesiones semanales constaban de dos horas de duración. Además, se llevó a cabo una novena sesión intensiva de 6 horas. Las sesiones fueron impartidas por una psicóloga y un profesional experto en el entrenamiento en meditación de atención plena. En la fase tercera se llevó a cabo la segunda evaluación y se instó a continuar la práctica diaria de las técnicas y ejercicios de yoga aprendidos. Se les instruyó sobre el uso

de la aplicación “Mindfocus” que fue instalada en sus teléfonos móviles para facilitar la práctica. Finalmente, la fase de seguimiento consistió en evaluar por tercera vez a las participantes, transcurrido un mes desde la finalización del programa de entrenamiento.

A través de la investigación, Quintana y Rincón comprobaron una mejoría significativa en la calidad de vida manifestada “mediante el aumento de la función social ($Z = -2.55$; $p < 0.05$), así como de la salud mental ($Z = -2.57$; $p < 0.01$), la vitalidad ($Z = -2.83$; $p < 0.01$) y la percepción de salud general ($Z = -2.48$; $p < 0.05$)” (p.57). Por otro lado, encontraron mejoría significativa debido a la disminución en la presencia e intensidad del dolor ($Z = -2.33$; $p < 0.05$); así como en la sintomatología depresiva, la cual también se redujo ($Z = -2.7$; $p < 0.05$). Otras variables como las estrategias de afrontamiento del dolor basadas en la autoafirmación ($Z = -2.22$; $p < 0.05$) y en la búsqueda de información ($Z = -2.08$; $p < 0.05$) también aumentaron significativamente al finalizar el tratamiento. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en relación con el empleo de la religión, catarsis, distracción y autocontrol.

Los resultados obtenidos, según Quintana y Rincón, no se mantuvieron luego de un mes de transcurrido el estudio. Los autores concluyeron que el entrenamiento en meditación de atención plena redujo significativamente el dolor y los síntomas depresivos. No obstante, indicaron que tuvieron que motivar a las pacientes para que mantuvieran la adherencia al programa de entrenamiento. Los autores sugirieron que en estudios subsiguientes se utilice un grupo más grande y se incluya un grupo control.

Con el propósito de probar la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Conciencia Plena (MBCT, por sus siglas en inglés), en los síntomas de ansiedad de pacientes con fibromialgia; Parra Delgado, Latorre Postigo y Montañés Rodríguez

(2012), llevaron a cabo una investigación con un grupo de 34 personas pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de Almansa (AFIBROAL). Los participantes se encontraban entre las edades de 30 y 77 años; y llevaban entre 4 y 60 años con la enfermedad. El diseño fue uno “experimental pre-post tratamiento con seguimiento a los 3 meses” (p. 141).

Para participar en el estudio, las personas debían estar diagnosticadas con fibromialgia, mostrar interés por participar en la terapia y comprometerse con la práctica de la práctica de atención plena en la casa. Las personas que tuvieran diagnóstico por dependencia o abuso de alcohol o sustancias; así como los que estaban en terapia psicológica con el equipo de fibromialgia del SESCAM de Albacete. España, quedaron excluidas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental (n=17) y el grupo control (n=17). El 76.4% tomaba medicamentos para los síntomas de depresión y/o ansiedad.

Los datos sociodemográficos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada, para pacientes con dolor crónico adaptada de Miró (2003). Para diagnosticar categorías clínicas que ayudaran en la exclusión de aspirantes a participar en el estudio, se administraron módulos de la Mini International Neuropsychiatric Interview. La ansiedad estado y rasgo fue medida a través del State-Trait Anxiety Inventory (STAI). El tratamiento consistió de ocho sesiones estructuradas con una duración de dos horas y media. Según los datos reportados, el 88.23% de los participantes del grupo experimental participaron en la terapia. De estos, el 41.1% participó en la terapia 6 o más sesiones. Parra Delgado et al. indicaron que los resultados estadísticos descriptivos reflejaron que ambos grupos eran homogéneos en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas

evaluadas. En cuanto al análisis de los datos reportaron que el mismo se efectuó con un Intervalo de Confianza del 95%. Los resultados de ANOVA reflejaron “diferencias significativas en la disminución de los síntomas de ansiedad entre el grupo experimental y control en el posttest, situándose la puntuación media del grupo experimental en el percentil poblacional 50” (p. 149). Estos resultados no se mantuvieron en el seguimiento. Al hacer la comparación intragrupos, los autores reportaron que no se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental ni en el grupo control. El tamaño del efecto en el grupo experimental, en la medida post tratamiento fue mediano ($d = .53$). El porcentaje de cambio relacionado a síntomas de ansiedad en la medida post tratamiento, fue de 16.57%. Según reportado por Parra et al., en el grupo control se encontró un aumento pequeño de los síntomas de ansiedad en la medida post tratamiento ($d = -.25$) y en el seguimiento ($d = -.37$).

Entre las limitaciones reportadas por los autores se encontró que no llevaron a cabo, al menos, una sesión de recuerdo durante el seguimiento. Consideraron la conveniencia de obtener datos sobre la práctica diaria de las habilidades de atención plena durante ese periodo. Recalaron el carácter imprescindible de realizar un seguimiento más continuo de los síntomas de ansiedad para estudiar su relación con la práctica de atención plena. Finalmente, Parra Delgado et al., indicaron que en general “la TCBCP resulta eficaz en la disminución de los síntomas de ansiedad de las personas con fibromialgia, sobre todo a corto plazo” (p.151).

Cash et al. (2014) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorio con el propósito de probar los efectos de un programa basado en atención plena (MBSR), en el funcionamiento psicológico y fisiológico de mujeres con fibromialgia. El grupo estuvo

compuesto por 91 participantes de 18 años en adelante. De éstas, 51 constituyeron el grupo experimental y 41 el grupo control. El grupo de tratamiento recibió la intervención basada en atención plena y el grupo control permaneció en lista de espera hasta proveer los datos de seguimiento. Las participantes del grupo experimental fueron divididas en dos sub grupos para recibir el tratamiento; uno de 30 ($n=30$) y otro de 21 ($n=21$).

La evaluación se llevó a cabo en tres momentos: al inicio, inmediatamente después de las sesiones de tratamiento y dos meses después de concluida la intervención. La intervención se hizo mediante reuniones semanales por un periodo de 2.5 horas, durante 8 semanas. A las participantes se les pidió que practicaran por 45 minutos diarios durante 6 días, las técnicas de atención-enfoque, meditación sentada y una serie de posiciones simples de yoga. Entre la sexta y séptima semana, se les brindó a los grupos de tratamiento un retiro de meditación de medio día.

Como parte de la evaluación se exploró el uso de medicamentos, el hábito de fumar, y la presencia de otras enfermedades. Los síntomas de depresión fueron evaluados con el Beck Depression Inventory; el posible abuso o negligencia durante la niñez se evaluó mediante el Childhood Trauma Questionnaire, Short Form. Por otro lado, los instrumentos utilizados para evaluar síntomas de fibromialgia fueron: The Perceived Stress Scale, Visual Analog Scale, Stanford Sleep Questionnaire, Fatigue Symptom Inventory. El funcionamiento físico y la severidad de los síntomas fueron medidos a través del Fibromyalgia Impact Questionnaire.

Las funciones neuroendocrinas fueron evaluadas mediante la colección de saliva para medir el cortisol por dos días consecutivos mientras las pacientes caminaban; 45 minutos después de haber caminado; y a la hora de acostarse. Con ese propósito las

participantes asistieron a un adiestramiento grupal donde los investigadores les explicaron los procedimientos y proveyeron un cuestionario para complementar en el hogar.

A través del análisis preliminar, Cash et al. reportaron que el 72% de las participantes tenían otras condiciones como artritis, fatiga crónica y síntomas respiratorios. Por otro lado, el 63.7% utilizaba antidepresivos y el 23.1% ansiolíticos. El 29% de las mujeres presentaron síntomas de depresión clínica. Con relación a la participación en el tratamiento, se encontró que el 82.3% completó el programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena con una media de participación de 5.5 sesiones.

El análisis primario reflejó, reducciones significativas en las puntuaciones promedio de la percepción de estrés (pretratamiento: 22.0 y post tratamiento: 19.2); problemas de sueño (pretratamiento: 9.0, post tratamiento: 8.5); fatiga (pre tratamiento (6.1) post tratamiento (5.6); y severidad de los síntomas (pre tratamiento: 67.5 y post tratamiento: 58.4). Los autores indicaron que los efectos relacionados al dolor, funcionamiento físico y cortisol no fueron significativos. El análisis secundario replicó los hallazgos primarios. Por otro lado, en la evaluación de seguimiento, los efectos del tratamiento basado en conciencia plena no resultaron significativos en la variable de sueño.

Los efectos potenciales de la intervención mediante MBSR fueron significativos en la práctica de conciencia plena en el hogar. Los autores reportaron que la misma predijo la reducción del dolor ($r^2 = .42$; $p < .01$, parcial $r = -.45$) y la severidad de los síntomas (Fibromyalgia Impact Questionnaire; $r^2 = .24$, $p < .05$, parcial $r = -.40$). Por el

contrario, no se observaron efectos significativos en estrés percibido, sueño, fatiga, funcionamiento físico o cortisol.

Cash et al., plantearon la necesidad de investigar posibles interacciones entre los cambios en variables psicosociales, síntomas y funciones endocrinas. Además, recomendaron que se examine el componente de yoga utilizado. Finalmente indicaron que los resultados obtenidos apoyaban el uso del MBSR como terapia complementaria en el tratamiento de fibromialgia.

Necesidades e intervenciones espirituales en personas con fibromialgia

El tema de la espiritualidad en la práctica de la psicología ha sido tratado con mayor frecuencia. Se ha ido acumulando evidencia de que las prácticas de meditación y la espiritualidad pueden tener efectos significativos en el manejo del dolor. De acuerdo con Montero Marin (2019); el interés por la relación entre religiosidad, la práctica de la meditación y el bienestar ha estado creciendo. Entre las prácticas de meditación consideradas como espirituales, se encuentra la atención Plena de segunda generación (Van Gordon, Shonin, Dunn, García-Campayo & Griffiths, 2016). Las investigaciones reseñadas a continuación tratan los temas de las necesidades espirituales de los pacientes con fibromialgia y tratamientos basados en atención plena de segunda generación.

Con el objetivo de evaluar las necesidades espirituales de pacientes con fibromialgia y las correlaciones entre variables relacionadas a la salud y la enfermedad Offenbaecher et al. (2013), llevaron a cabo un estudio con 141 pacientes, de los cuales el 95% eran mujeres.

Los autores enviaron una batería de pruebas a 300 pacientes diagnosticados con fibromialgia que eran tratados en un programa de rehabilitación localizado en el Hospital Universitario de Munich. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes

- Cuestionario de datos sociodemográficos
- Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ): mide las necesidades espirituales de los pacientes y las categoriza en 4 factores: *necesidades religiosas, necesidades existenciales, necesidad de paz interior y necesidad de dar*.
- SpR Attitudes and Convictions in Coping with Chronic Diseases (SpREUK-15): mide actitudes y convicciones de los pacientes que están manejando enfermedades crónicas.
- Hospital Anxiety and Depression Scale: cuestionario de auto reporte que mide síntomas de ansiedad y depresión.
- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): instrumento de evaluación del estatus, progreso y resultados de la condición.
- Quality of Life Scale (QOLS): mide calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la fibromialgia.
- Short Form 36 (SF-36): mide el estado de salud desde el punto de vista del paciente.
- Escape From Illness Scale: es un indicador de estrategias de evitación y escape que conducen a una actitud inseguridad con miedo, tendencia a huir de la enfermedad y el deseo de que todo sea solo un mal sueño.
- Brief Multidimensional Illness Scale (BMLSS): instrumento que se utiliza para medir la satisfacción con la vida personal y social externa y futura.

- UCLA Loneliness Scale: está compuesta por 20 reactivos que miden sentimientos de aislamiento, soledad, e insatisfacción con la interacción social.
- Catastrophizing Subscale of the Coping Strategy Questionnaire (CSQ): se utiliza en pacientes con dolor crónico incluyendo fibromialgia.

Con relación a los datos sociodemográficos los autores reportaron que 95 % de los participantes fueron mujeres y 5% varones. La edad media de los participantes fue de 57.8. El 73.3 % indicó que su orientación religiosa era cristiana, mientras que el 6% reportó tener otra orientación y el 20 % indicó no tener orientación religiosa alguna. Los autores encontraron 4 categorías en el área espiritual/religiosa. Éstas fueron: a) religioso y espiritual (R+S+/18.2%), b) religioso, pero no espiritual (R+S-/22.7%), c) no religioso pero espiritual (R-S+/19.7%) y d) ni religioso ni espiritual (R-S-/39.4%).

A través de los resultados de las pruebas se encontró que el 58% de los pacientes presentaban un porcentaje alto de ansiedad y el 44% tenían puntuaciones altas relacionadas a síntomas de depresión. En cuanto a las necesidades espirituales las puntuaciones medias reflejaron que fueron más altas en pacientes con actitud religiosa R+S+ (1.23) y R+S- (1.07). Por otro lado, fueron más bajas en pacientes no religiosos R-S- (0.25). Las necesidades existenciales fueron significativamente altas en individuos religiosos y espirituales R+S+ (1.20) y no religiosos pero espirituales R-S+ (1.22). Los participantes no religiosos ni espirituales obtuvieron las puntuaciones más bajas R-S- (0.63). Las necesidades de paz interior fueron mayores en los participantes no religiosos pero espirituales R-S+ (2.14); seguidos por los no religiosos ni espirituales R-S- (1.90). En cuanto a las necesidades de dar y generar las puntuaciones más altas también se obtuvieron en individuos no religiosos pero espirituales: R-S+ (1.85).

Los análisis de correlación entre necesidades espirituales y variables relacionadas con la salud revelaron que las mismas estaban correlacionadas. Particularmente la necesidad de paz interior estuvo correlacionada con las necesidades existenciales. Las puntuaciones relacionadas a dolor y salud física estuvieron poco o nada asociadas con necesidades espirituales. Los autores indicaron que solo las necesidades de paz interior estuvieron moderadamente asociadas con fibromialgia.

Las necesidades religiosas no estuvieron relacionadas a variables de salud. Por otro lado, las necesidades existenciales estuvieron moderadamente asociadas con ansiedad y necesidad de escapar. En cuanto a necesidades de paz interior, se encontró que éstas estuvieron asociadas con ansiedad, necesidad de escapar, depresión, catastrofización y reducción de la salud mental. Por último, las necesidades de dar y generar solo estuvieron relacionadas de forma débil; principalmente con el dolor corporal ($r = -0.26$).

Mediante un análisis de regresión, los autores identificaron predictores de necesidades espirituales. Las necesidades religiosas fueron predichas por la creencia religiosa ($r^2 = 0.45$). Esto tendría una influencia positiva adicional en la búsqueda de espiritualidad, en las puntuaciones relacionadas al deterioro en la fibromialgia y en la satisfacción por la vida. Las necesidades existenciales se predijeron mejor por la ansiedad, ($r^2 = 0.43$). Esto tendría un impacto positivo adicional en la búsqueda espiritual y la creencia religiosa. Las necesidades de paz interior también fueron predichas por la ansiedad ($r^2 = 0.29$); y más adelante por la habilidad de hacer una interpretación positiva de la enfermedad. Las habilidades de dar y de generar, fueron explicadas principalmente por la variable depresión ($r^2 = 0.25$); y más

adelante por una influencia positiva en catastrofización como una estrategia de manejo, la habilidad para reflexionar y una reducción de la satisfacción por la vida.

Según los investigadores, la limitación principal del estudio consistió en que el reclutamiento de los pacientes con fibromialgia fue hecho en un Centro donde todos los participantes habían recibido un tratamiento multidisciplinario que incluía elementos de educación psicosocial y control de emociones. Por otro lado, la tasa de respuesta fue de 46% y no se podía establecer una comparación con los que no respondieron.

Offenbaecher et al., concluyeron que una proporción alta de pacientes con fibromialgia indicaron necesidades espirituales específicas en dominios asociados con ansiedad y restricciones psicosociales, las cuales debían ser atendidas.

Con el propósito de identificar el impacto de la espiritualidad en las estrategias de afrontamiento de personas con fibromialgia, Biccheri, Roussiau y Mambet-Doue' (2016), llevaron a cabo una investigación en Francia con una muestra de 590 personas. Para el estudio se registraron 541 mujeres y 49 hombres con un rango de edad entre 18 a 76 años (M edad = 48.5; DE = 10.31). Los participantes respondieron anónimamente una serie de cuestionarios relacionados con la enfermedad. Biccheri et al., indicaron que la variable independiente fue la espiritualidad y la dependiente el afrontamiento; el cual se dividió en 3 subcategorías: a) afrontamiento enfocado en el problema, b) afrontamiento enfocado en la emoción, y c) afrontamiento a través de la búsqueda de apoyo social.

De acuerdo con los investigadores, el cuestionario estuvo compuesto por cinco partes: a) entrevista sobre datos sociodemográficos; b) subcuestionario sobre estrategias de afrontamiento, basado en la versión francesa del WCC-R de Cousson et al. (1996); c) sub cuestionario para evaluar espiritualidad (ESL), desarrollado por Renard and Roussiau

(2016); y la versión francesa del cuestionario sobre satisfacción con la vida, de Diener et al. (1985). Además de responder los instrumentos enviados, a los participantes se les brindó un espacio de expresión libre.

Biccheri et al., reportaron que el promedio de satisfacción con la vida fue de 17.5 ($DE = 7$) y con la espiritualidad fue de 44.9 ($DE = 16.83$). Las correlaciones entre espiritualidad y estrategias de afrontamiento; así como las estrategias de afrontamiento y satisfacción con la vida fueron significativas ($r = .33, p < .01$). La satisfacción de vida se correlacionó positivamente con las estrategias de afrontamiento ($r = .33, p < .01$) y de apoyo social ($r = .16, p < .01$). Por otra parte, hubo una correlación negativa con las técnicas de afrontamiento a nivel emocional ($r = -.25, p < .01$).

El coeficiente de correlación del afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento a través de la búsqueda de apoyo social fue menor a .5 ($r = .25, p < .01$ y $r = .10, p < .05$). La satisfacción con la vida correlacionó positivamente con el afrontamiento enfocado en resolución de problemas ($r = .33, p < .01$) y con el de búsqueda de apoyo social ($r = .16, p < .01$). Por otro lado, los autores reportaron una relación negativa con el afrontamiento enfocado en las emociones ($r = -.25, p < .01$).

A través del análisis de regresión, Biccheri et al., reportaron que se encontró un vínculo positivo entre espiritualidad y afrontamiento enfocado en problema, $F(1,587) = 37.73, p = .000$; así como entre afrontamiento enfocado en el problema y satisfacción por la vida, $F(2,586) = 36.82, p = .000$. En tercer lugar, se encontró un efecto indirecto de la espiritualidad en la satisfacción de la vida ($IE = .08, SE = .02.95 \%$). Además, se reportó un vínculo positivo entre espiritualidad y afrontamiento enfocado en la búsqueda de apoyo social, $F(1,587) = 37.73, p = .02$, así como un vínculo positivo entre

afrontamiento a través de la búsqueda de apoyo social y la satisfacción con la vida, $F(2,586) = 8.60, p = .000$. De acuerdo con los autores, esto confirmó de manera indirecta el efecto de la espiritualidad en la satisfacción con la vida.

En conclusión, Bicchieri et al., recalcaron que a través del estudio encontraron correlaciones significativas entre espiritualidad y estrategias de afrontamiento; y entre estrategias de afrontamiento y satisfacción con la vida. De la misma manera encontraron un efecto indirecto de la espiritualidad en la satisfacción con la vida a través de la resolución de problemas. Finalmente encontraron un efecto indirecto de la espiritualidad en la satisfacción con la vida a través de la búsqueda del apoyo social. Los resultados de la investigación “indicaron que un nivel más alto de espiritualidad favorece el uso de afrontamiento enfocado en el problema, lo que tendría un impacto más positivo en la satisfacción con la vida a largo tiempo, que cualquier otra forma de afrontamiento” (Bicchieri et al., 2016). Teniendo en cuenta los testimonios de los participantes, los investigadores indicaron que sería interesante asesorar a los clientes sobre la importancia de desarrollar la espiritualidad con el propósito de mejorar su tratamiento.

En el año 2016, Van Gordon, Shonin, Dunn, García-Campayo y Griffiths, condujeron el primer ensayo aleatorio controlado (RTC, por sus siglas en inglés), para evaluar la efectividad de una intervención basada en mindfulness de segunda generación (SG-MBI, por sus siglas en inglés), en pacientes con fibromialgia. Según los autores este tipo de intervención reconoce más el aspecto espiritual del mindfulness.

La participación en el estudio fue voluntaria. Los autores eligieron 148 pacientes de entre la muestra reclutada y evaluada. Tanto el grupo de intervención como el grupo control estuvieron formados por 74 participantes. La edad media del grupo de

intervención fue de 46.41 y la del grupo control fue de 47.34. El 82% de los participantes del grupo de intervención fueron mujeres y en el grupo experimental, el número de féminas fue de 83.8%. Los criterios de inclusión incluyeron tener entre 18 y 65 años de edad, ser capaces de leer y escribir en inglés, no estar en tratamiento psicológico, no tener cambios en el tratamiento farmacológico desde un mes antes de la intervención y no estar practicando mindfulness o algún otro tipo de meditación. Además, a los participantes se les requirió una asistencia de al menos siete sesiones para considerar que habían completado el curso. Los instrumentos administrados fueron los siguientes: a) Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-R), b) Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), c) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), d) Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), d) Non Attachment Scale (NAS), y Civic Engagement.

El programa consistió en ocho sesiones de dos horas en donde la meditación de atención plena fue un componente integral, pero no exclusivo. Los participantes recibieron un CD con meditaciones guiadas para facilitar la práctica diaria. Ellos decidirían la frecuencia y duración de la práctica de acuerdo con sus posibilidades.

El análisis de los datos se realizó a un nivel de significancia de $p < .05$. Van Gordon et al. reportaron que no hubo diferencia significativa entre los participantes que abandonaron el estudio: En el Grupo de intervención, abandonaron el estudio 20 participantes abandonaron y en el grupo control, 22. Los resultados generales demostraron que el adiestramiento brindado al grupo de intervención (MAT) fue superior al del grupo control (CBTG), tanto en el post tratamiento como en el seguimiento. Con relación a los síntomas de fibromialgia medidos por el FIQ-R, los grupos de intervención

(I) y Control (C) obtuvieron las siguientes puntuaciones medias: a) pre tratamiento I (55.24), C (54.0); post tratamiento I (46.89), C (51.93); y seguimiento I (45.65), C (52.36). En cuanto al impacto de la fibromialgia medidos a través del SF-MPQ, las puntuaciones medias fueron las siguientes: a) pretratamiento I (28.04), C (27.58); post tratamiento I (24.82), C (26.38); c) seguimiento I (23.84), C (26.39). Con relación a los síntomas de estrés y ansiedad medidos a través del DASS, se recopilaron los siguientes datos: pretratamiento I (26.61), C (26.24; b) post tratamiento I (21.82), C (25.16); seguimiento (I (20.65), C (25.15). Los demás instrumentos reflejaron resultados similares. Los autores indicaron que los participantes del grupo de tratamiento (MAT), demostraron una mejoría significativa sobre los participantes del grupo control con relación a sintomatología de la enfermedad, percepción del dolor, calidad del sueño, tensión psicológica, desapego y involucramiento cívico.

Entre las limitaciones reportadas por Van Gordon et al., se encontraron: la dependencia de medidas de auto reporte y que los participantes fueron evaluados solo en tres tiempos. Finalmente, recomendaron un número mayor de sesiones de evaluación. Los autores concluyeron que el MAT es efectivo en el tratamiento de la fibromialgia y contribuye más evidencia que apoya la aplicación de esta en diversos escenarios fueran o no clínicos.

Integración de la literatura revisada

A través de la revisión de literatura se ha evidenciado que el dolor crónico, como es el que experimentan las mujeres que han sido diagnosticadas con fibromialgia, está relacionado con los estados de ánimo de quienes lo padecen. Considerando las repercusiones de la fibromialgia en los estados de ánimo y la salud mental de las personas

que la padecen; se han desarrollado una diversidad de tratamientos psicológicos, entre los que sobresale la Terapia Cognitiva Conductual. Comeche Moreno et al., reportaron en su investigación que el nivel de depresión disminuyó de manera significativa y se encontró mejoría en el síntoma de ansiedad. Además, indicaron que los resultados reflejaron una disminución significativa en subescalas de Rumiación y Magnificación. El nivel del dolor se redujo levemente luego del tratamiento. Los autores concluyeron que el Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual fue eficaz para mejorar problemas emocionales relacionados a la fibromialgia.

En una investigación realizada por Moral de la Rubia, González Ramírez, y Landero Hernández (2011) se utilizaron estrategias cognitivo conductuales en un tratamiento grupal de mujeres con fibromialgia. Estos investigadores reportaron evidencias de que el tratamiento generó cambios significativos, especialmente en el síntoma de dolor. Afirmaron que el cambio en el impacto de la fibromialgia correlacionó con el cambio en la ansiedad, depresión y afecto negativo.

Al enfoque cognitivo conductual se han integrado prácticas de meditación de atención plena, desarrollando terapias como la Mindfulness Based Cognitive therapy (MBCT) y la Mindfulness Based Stress Reduction Therapy (MBSRT). Ambas han sido consideradas como Terapias de Tercera Generación.

En una investigación realizada por Franco Justo, Mañas Mañas y Justo Martínez (2010), se analizaron los efectos de un programa de meditación de atención plena en la salud percibida por las mujeres con fibromialgia. Los autores reportaron una mejoría en el funcionamiento físico, salud general, dolor corporal, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Por otro lado, Quintana y Rincón (2011) estudiaron la eficacia

de un programa de entrenamiento en meditación, sobre síntomas de dolor y depresión. Los autores comprobaron mejoría significativa en calidad de vida manifestada en el aumento de la función social, salud mental, vitalidad y percepción de la salud en general. Además, reportaron una disminución en la presencia e intensidad del dolor y sintomatología depresiva. Parra Delgado, Latorre Postigo y Montañez Rodríguez (2012) investigaron los efectos de un tratamiento cognitivo basado en atención plena en un grupo de personas con fibromialgia. Los autores encontraron diferencias significativas en la disminución de los síntomas de ansiedad. Por otro lado, Cash et al. (2014) demostraron reducciones significativas en la percepción del estrés, problemas de sueño, fatiga y severidad de los síntomas de fibromialgia.

El tema de la espiritualidad también ha sido integrado en la práctica psicológica ya que se ha evidenciado que las personas tienen necesidades espirituales y las mismas son importantes en su proceso de recuperación. Sobre este tema, Offenbaecher et al. (2013) concluyeron que una proporción alta de pacientes con fibromialgia indicaron necesidades espirituales asociadas con ansiedad y restricciones psicosociales. Además, Collazo Vázquez y Oliver Ruso (2015), reportaron en sus hallazgos que las mujeres con fibromialgia identificaron la espiritualidad como un factor que les ayudó a trabajar con sus emociones y las situaciones que se les presentaron. Por otro lado, Biccheri, Roussiau y Mambet (2016) reportaron que la espiritualidad tiene un efecto en la satisfacción con la vida. Además, indicaron que encontraron correlaciones significativas entre espiritualidad y estrategias de afrontamiento. Finalmente, en el estudio de Van Gordon, Dunn, García-Campayo y Griffiths (2016), quedó evidenciado que la intervención basada en mindfulness de segunda generación: Meditation Awareness Training (MAT), fue más

efectiva en la mejoría de síntomas de la enfermedad, percepción del dolor, calidad del sueño, tensión psicológica, desapego y involucramiento cívico de los pacientes con fibromialgia.

CAPÍTULO III

MÉTODO

En este capítulo se presenta el diseño de investigación y la descripción de la muestra con sus criterios de inclusión. Además, se describen los procedimientos de la investigación y del análisis de los datos.

Basado en los Estándares de Pruebas Educativas y Psicológicas, en este estudio se evaluaron las puntuaciones de los jueces, relacionadas con las sesiones de tratamiento. Mediante un cuestionario, estos indicaron si las actividades, tareas y temas programados representaban adecuadamente cada uno de los componentes de las sesiones de tratamiento descritos en los objetivos que se pretendían lograr.

Diseño

El diseño utilizado en esta investigación fue descriptivo. De acuerdo con Hernández et al. (2010), en el diseño descriptivo se va a “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (152). En este tipo de estudios, el procedimiento consiste en ubicar una o diversas variables y proporcionar una descripción de las mismas (Hernández et al., 2010). Para propósitos de esta investigación, se describe el diseño del programa de tratamiento psicológico espiritual para mujeres con fibromialgia. Además, se presenta la evaluación, los comentarios y las sugerencias de jueces expertos acerca del diseño desarrollado.

Participantes

Para la investigación se reclutaron 15 jueces puertorriqueños residentes en las Puerto Rico o en Estados Unidos de América. Ellos debían cumplir con los criterios de inclusión que se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

Criterios de inclusión para la selección de jueces

Inclusión
Aceptar participar voluntariamente en el estudio.
Ser un profesional que trabaje en el área de la salud mental, espiritualidad, o ser paciente de dolor crónico.
Contar con disponibilidad para participar en reuniones virtuales o presenciales para evaluar el programa propuesto.
De participar en las reuniones virtuales, deberán poseer un aparato electrónico con la aplicación Zoom instalada para participar de la reunión.
De participar en reuniones presenciales, deben seguir los protocolos relacionados a la pandemia de COVID-19

Para el reclutamiento de los jueces; entre los cuales participaron profesionales de salud mental, pacientes de dolor crónico, terapeutas y personas que trabajaban en áreas relacionadas con la espiritualidad; se enviaron cartas de invitación a participar en la investigación (ver Apéndice A).

La investigación no conllevó ningún riesgo para las personas que evaluaron el programa. En cuanto a los beneficios, los jueces tuvieron la oportunidad de conocer sobre esta modalidad de intervención propuesta y, entre aquellos que ya habían incorporado estrategias de intervención con la terapia cognitiva conductual tuvieron la oportunidad de reflexionar sobre los posibles efectos de incorporar la dimensión espiritual al trabajar con personas con la condición de fibromialgia.

Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron diversos recursos e instrumentos; a saber: los cuestionarios Perfil de los Jueces, Cuestionario de Evaluación por Jueces, y la aplicación Centering Prayer. A continuación, se discute cada uno de ellos.

Perfil de los jueces. Esta Hoja de Perfil de Jueces fue diseñada por la investigadora y contenía información sobre características de las personas que evaluaron el programa (ver Apéndice B). A través de este perfil se buscaba describirlos en términos de edad, preparación académica, tiempo que llevaba practicando su profesión, experiencia trabajando con personas diagnosticadas con fibromialgia e integración de la espiritualidad o Terapia Cognitiva Conductual en su práctica profesional. Los jueces hacían marcas de cotejo o escribían la información que se les solicitaba.

Cuestionario de Evaluación por Jueces. El cuestionario que se utilizó tenía como propósito evaluar si las sesiones de tratamiento del programa desarrollado representaban adecuadamente los objetivos que se pretendían lograr (ver Apéndice C). El cuestionario proveía para que los jueces emitieran juicio sobre 10 áreas correspondientes a la sesión introductoria, a ocho sesiones de tratamiento y a una sesión final del programa propuesto.

Los jueces, debían marcar el 1, si entendían que el contenido de la sesión representaba de manera *débil* cada objetivo propuesto. Marcarían el 2, si entendían que el contenido de la sesión representaba de manera *aceptable* los objetivos propuestos y el 3, si entendían que el material de la sesión representaba de manera *fuerte* los objetivos propuestos.

Aplicación de dispositivo móvil Centering Prayer. La aplicación Centering Prayer es una herramienta tecnológica para la práctica de la Oración Centrante (<https://play.google.com/store/apps/details?id=org.centeringprayer&hl>). Se encuentra disponible a través de la plataforma de distribución digital Google Play. La misma fue desarrollada por el programa internacional de formación y apoyo para la vida contemplativa, llamado Extensión Contemplativa Internacional. La aplicación consta de seis pasos que se programan en el dispositivo móvil antes de iniciar el periodo de oración y que luego se utilizan para dirigir el proceso. La aplicación fue explicada a los jueces con el propósito de facilitar su comprensión y evaluación del objetivo relacionado al uso del instrumento. A continuación, se describe cada uno de los pasos relacionados al uso de la aplicación Centering Prayer.

1. Paso previo. En este primer paso se brindan cuatro pautas de la OC, de las cuales la persona elige una o ninguna. Las cuatro pautas guían al orante en el proceso de la oración y brindan instrucciones concretas: a. “Escoja una palabra sagrada como símbolo de su intención de consentir a la presencia y la acción de Dios en su interior.”; b. “Sentado cómodamente y con los ojos cerrados, sósieguese brevemente e introduzca silenciosamente la palabra sagrada como símbolo de su consentimiento a la presencia y la acción de Dios en su interior.”; c. Cuando se encuentre que está reteniendo algún pensamiento, “*regrese muy sosegadamente a la palabra sagrada.”; y d. “Al final del periodo de oración permanezca en silencio, con los ojos cerrados, por un par de minutos.” El asterisco brinda información adicional sobre los pensamientos. Se explica que el término “pensamientos” incluye sensaciones corporales, sentimientos imágenes y reflexiones.

2. Categoría de oración. En este paso se elige una categoría de oración que incluye salmos, Sagradas Escrituras, escritos del Padre Thomas Keating, otras oraciones o ninguna de ellas.

3. Sonido para comenzar. En el tercer paso se elige uno de 15 sonidos que se escuchará al inicio y al final de los 20 minutos de oración. El propósito del mismo es marcar el tiempo de duración del periodo de oración.

4. Duración del silencio. El cuarto paso consiste en seleccionar el tiempo que durará la oración para la persona, el cual puede fluctuar entre 5 y 99 minutos.

5. Sonido para terminar. En el sexto paso se elige un sonido, entre 15 disponibles, para terminar la oración. Al igual que el sonido para comenzar, el propósito del mismo es marcar el tiempo de duración del periodo de oración.

6. Oración de cierre. En el último paso se elige una de cinco categorías de oración. La persona puede decidir no elegir ninguna. Una vez hechas las selecciones; se comienza el periodo de oración; dejándose guiar por la aplicación. Para evitar interrupciones, la aplicación bloquea cualquier llamada o mensaje que se reciba durante ese tiempo.

Procedimientos

Para comenzar el diseño del contenido relacionado a las sesiones de tratamiento, se solicitó autorización para usar y adaptar el Manual del Dolor de Moix y Kovacs (ver Apéndice D). La propuesta evaluada por el Comité de Disertación fue defendida y aprobada por éste. A continuación, se describe el procedimiento.

Desarrollo del diseño del programa. Para desarrollar el programa, se estudió el Manual del Dolor, coordinado por Moix y Kovacs y se eligieron 8 de las 10 sesiones

propuestas por ellos. Cada una de las sesiones fue adaptada para el grupo de mujeres con fibromialgia. Además, se integraron elementos relacionados con la espiritualidad; así como la oración contemplativa. Se incluyó la práctica de la Oración Centrante durante las sesiones; y en el hogar, por un periodo de 15 minutos diarios.

Cada una de las sesiones fueron divididas en tres partes; la primera relacionada con la entrega y diálogo sobre las tareas asignadas durante la semana. Durante ese periodo se facilitaría la expresión de la experiencia vivida, dudas, y preguntas relacionadas con las tareas asignadas. La segunda parte consistía en la presentación del contenido y actividades de práctica. La tercera parte consistía en la práctica de la oración, un diálogo breve sobre la experiencia y la asignación de tareas para realizar durante la semana. Además, se añadió un receso de 10 minutos antes de la práctica de la oración.

Luego de haber concluido el diseño del programa y su respectiva redacción; se entregó al comité de disertación para su revisión. Se hicieron las correcciones solicitadas y finalmente fue aprobado por el comité. El Programa fue ensamblado en forma de manual escrito, en el cual se integraron las 10 sesiones de trabajo.

Evaluación del diseño del programa. La primera parte de la evaluación y refinamiento fue realizada con mi comité de disertación y una vez fue aprobado, se procedió a contactar a posibles jueces y a reclutarlos. La investigadora preparó una presentación en Power Point para ser utilizada en las reuniones virtuales o presenciales con los jueces.

Para el reclutamiento de jueces, la investigadora contactó personalmente, mediante llamada telefónica o correo electrónico a profesionales de la salud previamente consultados con su Comité de Disertación. Les explicó el propósito del estudio,

metodología; y les aclaró dudas. Por otro lado, les envió mediante correo electrónico una carta de invitación e información sobre el estudio, la solicitud de colaboración como jueces, la Hoja de Perfil de los Jueces y el instrumento de evaluación preparado por la investigadora y aprobado por el comité de disertación.

Los jueces que aceptaron participar del estudio y que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a asistir a una reunión virtual a través de la plataforma Zoom. Los jueces que informaron estar disponibles para contactarse a la reunión por Zoom fueron citados para la reunión. Tomando en consideración los horarios y días de preferencia de los jueces, se llevaron a cabo un total siete reuniones por Zoom con uno o dos jueces cada una. Además, se llevaron a cabo dos reuniones presenciales, con un juez cada una. Para éstas, se tomaron medidas de prevención y protección relacionadas con la pandemia de COVID-19. En cada una de las reuniones, el procedimiento realizado fue de la siguiente forma:

- Introducción y presentación de la investigadora
- Presentación de los jueces
- Explicación del procedimiento para evaluar el programa
- Explicación del instrumento a ser completado
- Presentación del programa
- Aclaración de dudas o preguntas
- Cierre y agradecimiento

Una vez se terminó cada una de las reuniones de presentación, la investigadora dio una semana para que los jueces le devolvieran el formulario de evaluación

completado. Al recibir cada uno de los cuestionarios la investigadora fue anotando la evaluación a una tabla para evaluar los mismos.

Análisis de datos

Para describir los jueces participantes se utilizaron análisis descriptivos. Los comentarios y recomendaciones vertidas por los jueces se presentaron y analizaron de acuerdo con el contenido de estos. Para lograr el objetivo presentado, se evaluó el por ciento de acuerdo entre jueces, para cada una de las sesiones del tratamiento. Los jueces evaluaron si el contenido de las sesiones de tratamiento del programa propuesto, representaban adecuadamente los objetivos que se pretendían lograr. Cada objetivo fue evaluado de manera separada. Además, se evaluó el por ciento de acuerdo entre jueces, relacionado con el programa en su totalidad. La pregunta general de investigación fue ¿Qué por ciento de acuerdo existe entre los jueces sobre la representación de los objetivos a través de las tareas, temas y actividades grupales diseñadas para cada una de las sesiones del programa de tratamiento?

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se dividen en dos partes. En la primera de ellas, se desarrolló el programa de tratamiento psicológico espiritual para mujeres con fibromialgia; en la segunda, se evaluó su diseño a través de jueces expertos. Este capítulo describe los resultados de ambas partes.

Diseño del programa

A continuación, se presentan los resultados del diseño del programa de tratamiento de acuerdo con sus objetivos. En éste se integraron dos elementos principales; la Terapia Cognitiva Conductual y la espiritualidad. El programa consistió en una sesión introductoria, ocho sesiones de terapia y la sesión de cierre y evaluación. En cada una de ellas se establecieron objetivos; así como actividades, temas y tareas conducentes al logro de los objetivos. En la sesión introductoria se incluyeron las siguientes temáticas: a) integración grupal y desarrollo de ambiente seguro; b) confidencialidad, privacidad y normas; c) conocimiento de que no se estarían trabajando aspectos religiosos específicos; f) aspectos básicos de oración contemplativa y la Oración Centrante (OC) y, g) práctica breve de OC por un periodo de 5 minutos.

En la sesión 1 se trabajaron aspectos básicos sobre el dolor y se introdujo la Terapia Cognitiva Conductual (TCC). Con ese propósito se incluyeron los siguientes temas: a) aspectos generales del dolor y su tratamiento; b) influencia de factores psicológicos y espirituales sobre el dolor; c) aspectos básicos de la TCC. En esta sesión se introdujo la “teoría de la puerta del dolor” propuesta por Melzack y comentada por

Moix y Kovacs (2015); con el propósito de que las participantes identificaran los factores que aumentan o disminuyen su percepción del dolor.

La sesión 2 incluyó un entrenamiento en respiración y relajación. Este consistió en presentar un modelo llamado círculo vicioso dolor-tensión- dolor; con el propósito de facilitar a las participantes la comprensión del propio dolor. En esta sesión se incluyó un entrenamiento práctico en respiración profunda y relajación muscular.

En la sesión 3 se desarrolló el tema sobre manejo de la atención. El mismo estaba dirigido a que las participantes: a) entendieran la naturaleza de la atención; b) conocieran y valoraran el manejo de la atención en sus vidas; y c) practicaran técnicas de manejo de atención basadas en distracción e imaginación.

La sesión 4 tuvo como propósito comenzar a trabajar el tema de reestructuración cognitiva. Sus objetivos fueron los siguientes: a) conocer el modelo cognitivo mediante la explicación del modelo ABC de Albert Ellis, citado en (Moix y Kovacs, 2014); b) conocer el papel de los pensamientos en las emociones y la conducta, y; c) aprendizaje de la diferencia entre pensamientos negativos y preocupaciones racionales. Además, se incluyó un entrenamiento en observación, identificación y registro de pensamientos negativos distorsionados.

El diseño de la sesión 5 estuvo dirigido a continuar trabajando el tema de reestructuración cognitiva. Éste se enfocó en que las participantes conocieran estrategias de reestructuración y cómo utilizarlas para las preocupaciones negativas no basadas en la realidad. Se enseñarían estrategias para la sustitución de pensamientos negativos.

En la sesión 6 se enfocó el manejo de emociones. Las áreas propuestas para trabajar fueron: a) identificación de estados emocionales desagradables y su relación con

el dolor; y b) estrategias de distanciamiento para el manejo de las emociones desagradables.

Para la sesión 7 se propuso trabajar un entrenamiento en asertividad. Con ese propósito se establecieron los siguientes objetivos: a) que las participantes conozcan el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales y; b) que practiquen el entrenamiento en asertividad.

En la sesión 8 se tuvo como propósito que las participantes trabajaran en la organización de su tiempo y la inclusión de actividades de refuerzo. Los objetivos estaban dirigidos a que: a) las participantes lograsen establecer la distribución de su tiempo y; b) que las participantes identificaran actividades gratificantes y planificaran la puesta en práctica de las mismas.

El diseño de la sesión final, estuvo dirigido a que a) las participantes adquirieran conocimientos sobre posibles recaídas relacionadas a su enfermedad o estado emocional y cómo prevenirlas; b) llevar a cabo una actividad de cierre con el propósito de facilitar a las participantes la expresión de su aprendizajes, sentimientos y experiencias significativas vividas durante el proceso de tratamiento; c) evaluación escrita sobre el tratamiento, uso de la Carpeta de trabajo y; d) expresión de comentarios y recomendaciones.

Para reportar los resultados de la segunda parte, se realizaron análisis de los por cientos de acuerdo entre jueces con el propósito de responder la pregunta de investigación: ¿Qué por ciento de concordancia existe entre jueces sobre la representación de los objetivos a través de las actividades, tareas y temas desarrollados para cada una de las sesiones de tratamiento? Se incluyeron los por cientos de acuerdo

entre jueces para cada uno de los objetivos y para cada sesión a nivel individual. A continuación, se presenta el análisis descriptivo de los jueces y los resultados de la evaluación realizada por ellos.

Evaluación del diseño del programa

A continuación, se presentan los resultados relacionados con la evaluación que se realizó para el programa diseñado. En primera instancia se describen las características de quienes actuaron como jueces en este proceso de evaluación y, luego se presentan los resultados obtenidos de la evaluación realizada.

Análisis descriptivo de jueces. El grupo de jueces estuvo constituido por 15 personas entre 36 y 70 años. En cuanto a su profesión, 10 eran psicólogos o psicólogas, con una experiencia de práctica profesional de entre 6 y 44 años. Su nivel de educación fluctuó entre maestría y doctorado en Psicología con especialidad en Consejería. Entre el grupo de psicólogos, siete de ellos indicaron haber atendido mujeres diagnosticadas con fibromialgia; ocho informaron haber integrado la espiritualidad en su práctica profesional; y todos reportaron haber utilizado la terapia cognitiva conductual.

Entre el grupo de jueces hubo tres trabajadoras sociales, con una práctica profesional de entre 5 y 30 años. Todas reportaron haber trabajado con mujeres diagnosticadas con fibromialgia y dos indicaron haber integrado la espiritualidad; así como la terapia cognitiva conductual.

Entre los jueces, hubo dos personas certificadas como Coach personal y una de ellas estaba certificada en mindfulness. Una participante era educadora, profesora de yoga y facilitadora de terapia acuática. Durante las reuniones, tres de los participantes, manifestaron haber sido diagnosticados con fibromialgia u otro tipo de dolor crónico.

Resultados de evaluación por jueces. En esta parte, se reporta la evaluación realizada por los jueces sobre cada una de las sesiones y sus respectivos componentes, relacionados a los objetivos específicos de cada sesión. El por ciento de acuerdo se determinó a través de la evaluación hecha para cada objetivo. Para determinar la puntuación se calcula el por ciento de las personas que lo evaluaron como *débil*, *adecuada* o *fuerte*.

En la tabla 3 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para cada uno de los componentes de la sesión introductoria.

Tabla 3

Evaluación de la sesión introductoria

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Integración y ambiente seguro	0	1	14	93.33
Privacidad, confidencialidad y normas	0	2	13	86.66
Exclusión de aspectos religiosos específicos	0	1	14	93.33
Conocimientos de oración contemplativa	0	3	12	80.00
Aspectos básicos de OC	0	2	13	86.66
Práctica de OC y aclaración de dudas	0	2	13	86.66
Puntuación total para la sesión introductoria	0	11	74	87.05

En el objetivo conducente a que las participantes y la investigadora se conozcan entre sí e inicien un ambiente de trabajo seguro, se encontró que los jueces expertos coinciden en un 93.33%. Es decir, que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas contenidas en el programa, representan de manera fuerte el objetivo.

En el objetivo conducente a que las participantes conozcan y entiendan aspectos de privacidad, confidencialidad y normas del grupo; se encontró que los jueces expertos

coinciden en un 86.66%; 13 de 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera *fuerte* el objetivo.

En el objetivo conducente a que las participantes adquirieran conocimiento y comprensión de que no se estarían trabajando aspectos religiosos específicos de alguna denominación religiosa, el por ciento de concordancia fue 93.33% que significa que 14 de 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera *fuerte* el objetivo.

En cuanto al objetivo conducente a que las participantes adquirieran conocimientos básicos sobre la oración contemplativa, se encontró que los jueces expertos coinciden en un 80%. Es decir, que 12 de 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar en el programa, representan de manera *fuerte* el objetivo.

En el objetivo conducente a que las participantes conozcan aspectos básicos de la Oración Centrante (OC), se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 86.66% en que las actividades, presentaciones y tareas del programa, representan de manera *fuerte* el objetivo.

En cuanto al objetivo dirigido a que las participantes hagan una práctica breve de la Oración Centrante y aclaren dudas, se encontró que los jueces expertos coinciden en un 86.66%. Es decir, que 13 de 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas contenidas en el programa creado representan de manera *fuerte* el objetivo. A nivel general se encontró que, en la sesión introductoria el por ciento de concordancia entre los jueces expertos fue 87.05%, que supera el 75% que fue el criterio establecido para evaluar el programa diseñado.

En la Sesión 1 se incluían aspectos básicos del dolor y una introducción a la Terapia Cognitivo Conductual-Espiritual. Sobre la evaluación realizada por los jueces a esta parte, en la tabla 4 se presentan los resultados para cada uno de los componentes relacionados con los objetivos de esta sesión.

Tabla 4

Evaluación Sesión 1: Aspectos básicos del dolor e introducción a TCC-E

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Aspectos generales dolor y su tratamiento	0	0	15	100
Influencia factores psicológicos y espirituales en dolor	0	0	15	100
Aspectos básicos de TCC	0	0	15	100
Puntuación total para la sesión 1	0	0	45	100

En todos los objetivos se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 100%. Es decir, los 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas contenidas en el programa, representan de manera fuerte cada uno de los objetivos de la sesión.

En la tabla 5 se presenta el por ciento de acuerdo para cada uno de los componentes relacionados con los objetivos de la Sesión 2. Los mismos están dirigidos a trabajar un entrenamiento en respiración y relajación.

Tabla 5*Evaluación de la Sesión 2: Entrenamiento en respiración y relajación*

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Modelo Circulo Vicioso del dolor	0	3	12	80
Beneficios de la respiración	0	3	12	80
Práctica incorporación relajación muscular y respiración	0	0	15	100
Puntuación total para la sesión 2	0	6	39	86.66

En el objetivo conducente a que las participantes conozcan el Círculo Dolor Tensión Dolor para facilitar la propia comprensión del dolor; se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 80%, es decir, que 12 de 15 jueces consideraron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

En el componente conducente a que las participantes conozcan los beneficios de la respiración en la relajación, se encontró que los jueces expertos coinciden en un 80%. Es decir, que 12 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera *fuerte* el objetivo.

En cuanto al objetivo conducente a que las participantes conozcan y practiquen la incorporación de la relajación muscular y la respiración como estrategia para romper el círculo de dolor tensión dolor; se encontró que los jueces expertos coinciden en un 100%. Es decir, que 15 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera *fuerte* el objetivo

En la tabla 6 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para para cada uno de los objetivos de la sesión 3 la cual está relacionada con el manejo de atención.

Tabla 6*Evaluación Sesión 3: Manejo de la atención*

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor	0	1	14	93.33
Manejo de la atención en la vida cotidiana	0	2	13	86.66
Técnicas de manejo de atención basadas en distracción e imaginación	0	1	14	93.33
Puntuación total para la sesión 3	0	4	41	91.11

En el objetivo conducente a que las participantes entiendan la naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor; se encontró que los jueces expertos coinciden en un 93.33%. Es decir, que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

En cuanto al objetivo conducente a que las participantes conozcan y valoren el manejo de la atención en su vida cotidiana, se encontró que los jueces expertos coinciden en un 86.66%. Es decir, que 13 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

Con relación al objetivo conducente a que las participantes practiquen técnicas de la atención; se encontró que los jueces expertos coinciden en un 93.33%. Es decir, que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo. En general, el acuerdo entre jueces fue de 91.11%.

En la tabla 7 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para para cada uno de los objetivos de la sesión 4, relacionada con la primera parte de reestructuración cognitiva.

Tabla 7*Evaluación Sesión 4: Reestructuración cognitiva 1*

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Modelo cognitivo ABC	0	1	14	93.33
Papel de pensamientos en emociones y conductas	0	0	15	100.00
Diferencia entre pensamientos negativos distorsionados y preocupaciones racionales.	0	0	15	100.00
Entrenamiento en observación, identificación y registro de pensamientos negativos distorsionados	0	0	15	100.00
Puntuación total para la sesión 4	0	1	59	98.33

En el objetivo conducente a que las participantes conozcan el modelo cognitivo; se encontró que los jueces expertos coinciden en un 93.33%. Es decir, que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

En el objetivo conducente a que las participantes conozcan el papel de los pensamientos en sus emociones y conductas, se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 100%. Es decir, que 15 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

En cuanto al objetivo conducente a que las participantes aprendan la diferencia entre pensamientos negativos distorsionados y preocupaciones racionales, se encontró que los jueces expertos también coincidieron en un 100%. Todos estuvieron de acuerdo en que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

Relacionado con el objetivo conducente a que las participantes se entrenen en observación, identificación y registro de pensamientos negativos distorsionados, se

encontró que los jueces expertos coincidieron en un 100%, todos los jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo. En general, el acuerdo entre jueces para esta sesión fue de 98.33%.

En la tabla 8 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para para cada uno de los objetivos de la sesión 5, relacionada con la segunda parte de reestructuración cognitiva.

Tabla 8

Evaluación Sesión 5: Reestructuración cognitiva 2

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Conocimiento estrategias de reestructuración cognitiva y su uso para preocupaciones negativas no basadas en la realidad	0	1	14	93.33
Aplicación de estrategias para sustitución de pensamientos negativos	0	0	15	100.00
Puntuación total, para la sesión 5	0	1	27	96.42

En cuanto al objetivo conducente a que las participantes conozcan estrategias de reestructuración cognitiva y como utilizarlas para aquellas preocupaciones negativas no basadas en la realidad, se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 93.33%. Es decir, que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

En cuanto al objetivo conducente a que las participantes puedan aplicar las estrategias para la sustitución de los pensamientos negativos, se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 100%. Todos los jueces coincidieron en que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo. A nivel general, el acuerdo entre jueces para esta sesión fue de 96.42%.

En la tabla 9 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para para cada uno de los objetivos de la sesión 6, relacionada con manejo de emociones.

Tabla 9

Evaluación Sesión 6: Manejo de emociones

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Identificación de estados emocionales desagradables y su relación con dolor	0	1	14	93.33
Estrategia distanciamiento y su uso en estados emocionales desagradables	0	3	12	80.00
Total, para la sesión 6	0	4	26	86.66

Sobre el objetivo conducente a que las participantes identifiquen estados emocionales desagradables y su relación con el dolor, se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 93.33% o sea que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo. Al evaluar el objetivo conducente a que las participantes entiendan la estrategia de distanciamiento y lo puedan utilizar para manejar estados emocionales desagradables, los jueces expertos coincidieron en un 80%; 12 de los 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo. A nivel general, se encontró que el acuerdo entre jueces para la sexta sesión fue de 86.66%.

En la tabla 10 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para cada uno de los objetivos de la sesión 7, la cual está relacionada con el entrenamiento en asertividad.

Tabla 10*Evaluación Sesión 7: Entrenamiento en asertividad*

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Entrenamiento asertivo para mejorar relaciones interpersonales	0	2	13	86.66
Práctica de entrenamiento en asertividad	0	3	12	80.00
Total, para la sesión 7	0	5	25	83.33

Sobre el objetivo conducente a que las participantes conozcan el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales, los jueces expertos coincidieron en un 86.66%, 13 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

Al evaluar el objetivo conducente a que las participantes practiquen el entrenamiento en asertividad, se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 80%, que significa que 12 de 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo. En general, el por ciento de acuerdo entre jueces para la sesión 10 fue de 83.33.

En la tabla 11 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para cada uno de los componentes de la sesión 8, relacionada con objetivos dirigidos a lograr la organización del tiempo e integración de actividades de refuerzo.

Tabla 11*Evaluación Sesión 8: Organización del tiempo y actividades de refuerzo*

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	Débil	Adecuado	Fuerte	
Establecimiento de distribución del tiempo	0	1	14	93.33
Identificación de actividades gratificantes y planificación de puesta en práctica	0	1	14	93.33
Puntuación total, para la sesión 8	0	2	28	93.33

Los dos objetivos planteados fueron: a) que las participantes logren establecer la distribución de su tiempo y b) que identifiquen actividades gratificantes y planifiquen su puesta en práctica. En ambos objetivos se encontró que los jueces expertos coinciden en un 93.33%. Es decir, que 14 de 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte los objetivos. A nivel general, el por ciento de acuerdo entre jueces fue de 93.33.

En la Tabla 12 se presenta el por ciento de acuerdo entre los jueces evaluadores para para cada uno de los componentes de la sesión de cierre, relacionada con los objetivos conducentes a la prevención de recaídas y cierre del proceso terapéutico.

Tabla 12

Sesión de Cierre: Prevención de recaídas y evaluación

Componente	Representación de Objetivos			% acuerdo
	<i>Débil</i>	<i>Adecuado</i>	<i>Fuerte</i>	
Aprendizaje sobre posibles recaídas y como prevenirlas	0	0	15	100
Diálogo sobre experiencia, aprendizajes	0	2	13	86.66
Evaluación uso Manual y con la terapia	0	1	14	93.33
Puntuación total para la sesión de cierre	0	3	42	93.33

Al evaluar el objetivo dirigido a que las participantes aprendan acerca de posibles recaídas y como prevenirlas, los jueces expertos coincidieron en un 100%. Esto significa que todos los jueces coincidieron en que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera *fuerte* el objetivo.

En el objetivo conducente a que las participantes hablen acerca de sus experiencias durante el proceso terapéutico, se encontró que los jueces expertos coincidieron en un 86.66%. Es decir, que 13 de los 15 jueces seleccionaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera fuerte el objetivo.

En el objetivo conducente a que las participantes evalúen el uso del Manual y la carpeta de trabajo, los jueces expertos coincidieron en un 93.33%. Es decir, que 14 de los 15 jueces evaluaron que las actividades, presentaciones y tareas a realizar, representan de manera *fuerte* el objetivo. A nivel general se encontró que el acuerdo entre jueces para la sesión de cierre fue de 93.33%.

Análisis cualitativo de comentarios y recomendaciones

Los comentarios y recomendaciones de los jueces evaluadores se analizaron por cada sesión. A continuación, se presentan los resultados en aquellos objetivos donde los jueces presentaron comentarios o recomendaciones. En la Tabla 13, se presentan las recomendaciones brindadas por varios de los jueces a las diferentes sesiones

Tabla 13

Comentarios o recomendaciones

Sesión	Comentarios	Recomendaciones
Introductoria		Énfasis en compromiso de confidencialidad y privacidad Premisas desde una visión positiva. Ampliar comprensión de Oración Contemplativa y OC mediante video instructivo Que aplicación Centering Prayer se explique y programe antes de sesiones.
1	El dolor puede ser subjetivo	Integrar herramienta percepción de dolor (Escala analógica), en cada sesión. Considerar nutrición e ingesta de alimentos como factor que puede incidir en manifestación del dolor.
2	¿El modelo está enfocado en condición de fibromialgia?	Incorporar bases teóricas y prácticas Que explicación de método sea clara detallada y específica

Sesión	Comentarios	Recomendaciones
3	¿Por qué no usar términos como awareness o mindfulness?	Solicitar ejemplos de vida diaria para hacer explicación más pertinente. Combinar estrategias de seguimiento en hogar, con estrategias previas; para obtener efecto acumulativo en bienestar de participantes.
4	Aspecto es de gran importancia para propiciar autoconocimiento y ayudarlas a manejar retos del dolor	
5	¿Existe ayuda clínica adicional a la terapeuta en la eventualidad de alguna crisis emocional?	Usar ejemplos puede ser bien útil para que comprendan mejor el concepto de estados emocionales.
6	Fundamental para hacer gran diferencia en vida de estas personas Mujeres permiten que los demás expresen su sentir, más de lo que lo permiten a sí mismas.	
7	¿Cómo se incorporará en este proceso la familia y su entorno? De gran ayuda para comprender que en la vida tiene que haber un balance al que todos debemos aspirar.	Evaluar qué apoyo familiar tienen participantes y cuáles son sus responsabilidades. Que actividades se acoplen a su situación, roles y estatus socioeconómico.
8	¿Cómo se incorporará en este proceso la familia y su entorno? Evaluar qué apoyo familiar tienen las participantes y cuáles son sus responsabilidades	De gran ayuda para comprender que en la vida tiene que haber un balance al que todos debemos aspirar. Que las actividades se acoplen a su situación, roles y estatus socioeconómico.
De cierre	Fundamental para entender que los cambios no se logran de la noche a la mañana y que, habrá momentos en los que creerán que se han estancado o no valió la pena el sacrificio, pero que cuentan con herramientas útiles para sobrepasar estas etapas normales en el proceso.	Además de la pintura, se pueden usar otros medios como la música y la escritura.

Sesión	Comentarios	Recomendaciones
	El concepto “recaída” se utiliza en el mundo de las dependencias y adicciones	

Además de los comentarios y recomendaciones relacionadas a los objetivos de las sesiones de tratamiento; dos participantes hicieron comentarios generales adicionales que se presentan a continuación:

- “Me parece un proceso muy completo abarcando todas las áreas del desarrollo humano de manera profunda dándole así a las participantes la oportunidad de ser protagonistas activas de su proceso de sanación.”
- “Excelente presentación y pertinencia clínica a la limitada labor terapéutica grupal que se puede realizar actualmente en Puerto Rico con pacientes con fibromialgia, más allá de la terapia psicológica individual y la farmacoterapia.”

Integración de resultados

A continuación, se presenta un resumen de los resultados relacionados a cada una de las sesiones y del diseño del programa en general, así como de su evaluación. En la sesión introductoria donde se trabajaron diversos aspectos relacionados a: integración grupal, asuntos de privacidad, confidencialidad, normas, oración contemplativa, particularmente, la Oración Centrante y clarificación de que no se incluirían aspectos religiosos específicos, los porcentajes de acuerdo entre jueces fluctuaron entre 80% y 93.33%. El por ciento más bajo correspondió al objetivo relacionado a conocimientos sobre oración contemplativa. El más alto correspondió a los objetivos de trabajar la integración grupal y un ambiente seguro; así como a la aclaración de que no se estarían

tratando aspectos religiosos específicos. El porcentaje de acuerdo total entre jueces, para la sesión introductoria fue de 87.05%.

En la sesión 1, dirigida a que las participantes adquirieran conocimientos sobre aspectos básicos del dolor e introducción a la Terapia Cognitiva Conductual Espiritual, el acuerdo entre jueces fue de 100% para todos los objetivos.

La sesión 2, estuvo diseñada para trabajar un entrenamiento en respiración y relajación. El propósito de esta sesión es que las participantes conozcan y practiquen estas estas estrategias para el manejo del dolor. Los por cientos de acuerdo entre jueces fluctuaron entre 80% y 100%. El porcentaje de acuerdo más alto correspondió a la práctica de la respiración y relajación. El porcentaje general de acuerdo fue de 86.66%.

La sesión 3, se diseñó con el propósito de trabajar el manejo de la atención con el propósito de disminuir la percepción del dolor. En esta sesión, el porcentaje de acuerdo entre jueces fluctuó entre 86.66% para los objetivos de manejo de la atención en la vida cotidiana y 93.33% para los objetivos de conocer la naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor; así como el objetivo de conocer y practicar técnicas de manejo de atención basadas en distracción e imaginación. El porcentaje general de acuerdo para esta sesión fue de 91.11%.

En la sesión 4 dirigida a trabajar la primera parte del tema de reestructuración cognitiva, el acuerdo entre jueces para el primer objetivo fue de 93.33%. Los objetivos restantes que tenían como propósito trabajar el papel de pensamientos en las emociones y conductas; establecer la diferencia entre pensamientos negativos distorsionados y preocupaciones racionales; y llevar a cabo un entrenamiento en observación,

identificación y registro de pensamientos negativos distorsionados, el acuerdo entre jueces fue de 100%. El por ciento total de acuerdo para la sesión fue de 98.33%.

La sesión 5 consistió es una continuación del tema de reestructuración cognitiva. Su primer objetivo estaba dirigido a trabajar en el conocimiento de estrategias de reestructuración cognitiva y su uso para preocupaciones negativas no basadas en la realidad. El acuerdo entre jueces para este fue de 93.33%. para el segundo objetivo, relacionado con la aplicación de estrategias para sustitución de pensamientos negativos; el acuerdo d=fue de 100%. El porciento total de acuerdo fue de 96.42%

En la sesión 6, los objetivos propuestos estaban relacionados con el manejo de emociones. El primero de ellos tenía como propósito la identificación de estados emocionales desagradables y su relación con dolor. Su porciento de acuerdo entre jueces fue de 93.33%. El segundo objetivo estaba relacionado con practica de estrategias de distanciamiento y su uso en estados emocionales desagradables . Para este objetivo se obtuvo un por ciento de acuerdo de 80.00%. El por ciento de acuerdo total para la sesión 6 fue de 86.66%.

La sesión 7 estaba dirigida a trabajar con un entrenamiento en asertividad para mejorar relaciones interpersonales. El porciento de acuerdo entre jueces para el primer objetivo fue de 86.66%. El objetivo conducente a llevar a cabo una práctica de asertividad, el porciento de acuerdo fue de 80%. El porciento total de la sesión fue de 83.33%.

En la sesión 8, los objetivos estaban relacionados con la organización del tiempo y actividades de refuerzo. Tanto el primero de sus objetivos, sobre establecimiento de distribución del tiempo, como el segundo, relacionado con la identificación de

actividades gratificantes y planificación de puesta en práctica, y obtuvieron un porcentaje de acuerdo entre jueces de 93.33%. El acuerdo total fue igual al de los objetivos.

La sesión de cierre estaba dirigida a la prevención de recaídas y evaluación. Sus objetivos se relacionaban con el aprendizaje sobre posibles recaídas y como prevenirlas, facilitar el diálogo sobre la experiencia vivida, evaluar el uso de la carpeta de trabajo y el proceso terapéutico. El porcentaje de acuerdo para el primer objetivo fue de 100%; para el segundo objetivo fue de 86.66, y para el tercer objetivo fue de 93.33. El porcentaje total de acuerdo entre jueces para la sesión de cierre fue de 93.33%

A nivel general, las puntuaciones brindadas por los jueces para cada una de las sesiones reflejan que el porcentaje general de concordancia entre los jueces para el programa en total fue de 91.62%

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados de la investigación. Se exponen las conclusiones e implicaciones del estudio. Además, se incluyen las limitaciones y recomendaciones para investigaciones futuras.

El propósito de esta investigación fue diseñar y evaluar un programa de tratamiento cognitivo conductual espiritual para mujeres con fibromialgia; el cual forma parte de la fase inicial de los programas de intervención. Para la evaluación se buscó la opinión de expertos, que se desempeñan en el área de salud mental.

En la investigación, se utilizaron e integraron dos marcos conceptuales. Para el primero, se tomaron elementos del diseño, desarrollo y evaluación de programas de intervención. Este fue utilizado en el diseño y evaluación del programa. Para el contenido de las sesiones de tratamiento, se utilizó el marco conceptual biopsicosocial espiritual planteado por Sulmasy (2002). A éste se le unieron elementos prácticos tomados del Modelo Multidimensional de Conexión Espiritual, de González-Rivera (2017).

Para comenzar la investigación se obtuvieron datos y estadísticas relacionadas a la condición de fibromialgia que apoyaran la necesidad de desarrollar un programa dirigido a esta población. Posteriormente se revisó la literatura relacionada a intervenciones psicológicas y espirituales para el dolor crónico. Se seleccionó el Manual del Dolor (Moix y Kovacs), como base para el tratamiento cognitivo conductual. Además, se seleccionó el método de oración contemplativa llamado Oración Centrante, desarrollado por Thomas Keating. Para esto, se utilizó información de libre acceso. Por otro lado, se seleccionó una aplicación telefónica llamada “Centering Prayer”, la cual se proyecta

utilizar en las sesiones de terapia durante la posible fase de implementación del programa de tratamiento, posterior a esta investigación.

Posteriormente, se diseñó el programa; el cual consistió en 10 sesiones. En éstas se integró la terapia cognitiva conductual y la práctica de la oración contemplativa, llamada Oración Centrante. Para cada sesión, se desarrollaron objetivos con sus respectivos temas, actividades y tareas a realizar.

Finalmente, se llevó a cabo la evaluación del diseño del programa por parte de jueces expertos. En la misma participaron 15 jueces cuyas profesiones estaban relacionadas al área de la salud mental y la espiritualidad. Se obtuvieron por cientos de acuerdo entre los jueces, mediante el cálculo de la suma del número de juicios correspondientes a la representación *fuerte*, relacionada con los objetivos planteados. Los resultados fueron recogidos en tablas, donde el número 3 significaba que los temas, actividades y tareas planificadas representaban de manera *fuerte* cada objetivo evaluado. Además, se recogieron comentarios y sugerencias de los jueces que fueron incluidas en esta investigación.

Implicaciones

Los resultados de esta investigación aportaron la estructura y contenido de un programa de tratamiento psicológico espiritual diseñado para mujeres con fibromialgia. La evaluación de jueces expertos brindó una base científica que apoyó los objetivos y el contenido de cada una de las sesiones. Esto sugiere que se puede continuar trabajando en una fase de implementación del programa.

De otra parte, esta investigación puede despertar el interés en el desarrollo de programas adaptados a la población puertorriqueña. El diseño desarrollado, podría servir

como base para el tratamiento psicológico de otras condiciones médicas. En el futuro, podría considerarse como un aporte a las prácticas terapéuticas basadas en evidencia.

Limitaciones

El hecho de que se llevaran a cabo reuniones separadas, en las cuales participaron una o dos personas, pudo haber afectado la evaluación de los jueces; ya que cada una se enfocó en los intereses particulares y dudas de los participantes. De otra parte, tal vez hubiera sido más enriquecedor llevar a cabo las sesiones de evaluación, de manera presencial, ya que, durante las mismas, se observó que los jueces hicieron más preguntas y comentarios; lo que facilitó la comprensión del programa de tratamiento. Por otro lado, en algunas de las reuniones virtuales, el proceso se afectó debido a dificultades técnicas.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de esta investigación, se recomienda revisar el diseño del programa e integrar algunas de las recomendaciones de los jueces evaluadores. Se sugiere pasar a la implementación y posterior evaluación de la efectividad del programa en reducir la percepción de la intensidad del dolor, mejorar estados de ánimo, fortalecer actividades de la vida diaria y mantener el sentido de la vida; así como la relación con lo trascendente. Con ese propósito, se recomienda, llevar a cabo un estudio cuantitativo, con grupo experimental y grupo control donde se pase a la fase de implementación del tratamiento; en el cual se incluyan todos los objetivos y actividades propuestas.

Posteriormente, se recomienda evaluar la fase de implementación. De encontrarse que el tratamiento fuera favorable para la población de mujeres con fibromialgia en Puerto Rico, se podría comenzar a utilizar el mismo en grupos de personas con esta condición.

REFERENCIAS

- American College of Rheumatology (2017). Fibromyalgia (Fact Sheet).
<https://www.rheumatology.org/i-am-a/patient-caregiver/diseases-conditions/fibromyalgia>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (2018).
<http://www.jstor.org/stable/j.ctvr43hg2.5>.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte, J.M., Perulero, N., Galvez, R., Cleeland, Ch., S. (2002). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clinica (Barc)*, 120(2), 52-59.
doi: 10.1157 / 13042265
- Belenger, R., Ramos, C., Siso, A., & Rivera, J. (2008). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5(2), 55-62.
doi.org/10.1016/j.reuma.2008.07.001
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D.E., & Davide, B. (2012). *Pain Research and Treatment*, 1-17. doi.org/10.1155/2012/426130
- Biccheri, E., Roussiau, N., & Mambet-Doue, C. (2016). Fibromyalgia, spirituality, coping and quality of life, *J. Relig Health*, 55. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0216-9>
- Blanton, P.G., (2008). Integrating postmodern and Christian contemplative thought: Building a theoretical framework. *Journal of Psychology and Christianity*, 27 (1), 73-84. <http://connection.ebscohost.com/c/articles/31613034/integrating-postmodern-christian-contemplative-thought-building-theoretical-framework>

- Blanton, P. G., (2011). The other mindful practice: Centering Prayer & psychotherapy. *Pastoral Psychology*, 60, 133-147. doi:10.1007/s11089-010-0292-9
- Borg, C., Padovan, C., Thomas-Anterion, C., Chaniel, C., Sánchez, A., Godot, M., & fibromyalgia and multiple sclerosis. Dove Press Journal: Journal of Pain, 7, 81-87. https://www.researchgate.net/publication/260063102_Pain-related_mood_influences_pain_perception_differently_in_fibromyalgia_and_multiple_sclerosis
- Laurent, B. (2014). Pain-related mood influences pain perception differently in
- Bourgeois, Le Unes & Meyers (2010). Full-scale and short-form of the Profile of Mood States: a factor analytic comparison. *Journal of Sport Behavior*, 33(4), 355-376. <https://psycnet.apa.org/record/2010-23731-001>
- Camacho Martel, L., & Anarte Ortiz (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15(3), 464-470. <http://www.psicothema.com/pdf/1089.pdf>
- Casal, J.R., & Vázquez, J.V. (2012). Abordaje del dolor musculoesquelético en urgencias. *Emergencias*, 24, 59-65. https://www.researchgate.net/publication/277269126_Abordaje_del_dolor_musculoesqueletico_en_urgencias
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W.N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L.A., ...& Septhon, S.E. (2014). Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: Results of a randomized clinical trial. *Ann. Behav. Med.* 49 (3), 319-330. doi:10.1007/s12160-014-9665-0

- Cleeland, Ch.S. (2009). *The Brief Pain Inventory User Guide*. [https:// www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf](https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf)
- Collazo Vázquez, J., & Oliver Russo, A. (2015). La experiencia de mujeres puertorriqueñas con fibromialgia: contribución al desarrollo de un modelo de consejería profesional. En Rivero Vergne, Berrios Rivera, & Romero García (Eds.), *La aportación de la investigación cualitativa al campo de la salud en Puerto Rico* (pp. 215-241). San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Comeche Moreno, M.I., Martín Fernández, A., Rodríguez Muñoz, M.F., Ortega Pardo, J., Díaz García, M.I., & Vallejo Pareja, M.A. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21(2), 107-121. doi: 10.5093/c12010v21n2a1
- Del Río García y Botella (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Psicología Conductual*, 22(1), 19-35.
<https://core.ac.uk/download/pdf/61450367.pdf>
- Delgado Castro, I. (2015). El dolor crónico. *El Nuevo Día*, pp. 8-11. Recuperado de <https://www.pressreader.com/puerto-rico/el-nuevo-d%C3%ADa/20150320/282840779535370>
- Eizaga Rebollar, R., & García Palacios, M.V. (2015). Métodos clínicos de valoración del dolor. *Escalas de Valoración del Dolor*. https://www.researchgate.net/publication/321462394_
- Elosua Oliden, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1063>

- Erickson, K (2007). Christian clients preferences regarding prayer as a counseling intervention. *Journal of Psychology and Theology*, 35(4), 328-341.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.660.738&rep=rep1&type=pdf>
- Ferguson, J. K., Willemsen, E. W., & Castañeto, M. V. (2010). Centering prayer as a healing response to everyday stress: a psychological and spiritual process. *Pastoral Psychology*, 59, 305-329. doi: 10.1007/s11089-009-0225-7
- Franco Justo, C., Mañas Mañas, I., & Justo Martínez, E. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 117-130. https://www.researchgate.net/publication/267253702_Mejora_en_algunas_dimensiones_de_salud_percibida_en_pacientes_con_fibromialgia_mediante_la_aplicacion_de_un_programa_de_meditacion_mindfulness
- Gelves-Ospina, M., Barceló Martínez, E., Orozco-Acosta, E., Roman, N.F., & Allegri, R.F. (2017). Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. *Salud Uninorte*, 33(3), 285-295.
https://www.researchgate.net/publication/323127050_Sintomas_afectivo-conductuales_y_estrategias_de_afrontamiento_del_dolor_en_pacientes_con_fibromialgia_FM
- Giesecke, T., Gracely R. H., Williams, D. A., Geisser, M. S., Petzque, F. W., & Claw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, 52(5), 1577-1584.

doi:10.1002/art21008

González Rivera, J.A., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2017). Desarrollo, validación y descripción teórica de la Escala de Espiritualidad Personal en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 388-402. https://www.researchgate.net/publication/322011378_Desarrollo_Validación_y_Descripción_Teórica_de_la_Escala_de_Espiritualidad_Personal_en_una_muestra_de_Adultos_en_Puerto_Rico

Gordon, W.V., Shonin, E., Dunn, T. J., García-Campayo, J., & Griffiths, M.D., (2016). Meditation awareness for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22, 186-206.
doi:101111/bjhp.12224

Hawker G., Mian S., Kendzerska T., & French, M., (2011). Measures of pain. *Arthritis Care & Research*, 63, 240-252. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.20543>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Concepción o elección del diseño de investigación En J. M., Chacón (Ed.), *Metodología de la investigación* (pp.118-169). México, D. F., Mc Graw Hill.

Hofstadt Roman C., J. V., & Quiles, M.J. (2001). Dolor crónico: intervención desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 8, 503-510.
https://www.researchgate.net/publication/281347720_Dolor_cronico_Intervencion_terapeutica_desde_la_psicologia

International Association for the Study of Pain (2018). Definition of chronic pain syndromes. <http://www.iasp.pain.org/Advocacy/icd.aspx?Item Number=5354>

- Johnson M. E., Dose A. M., Britt Pipe T., Peterson W. O., Huschka M., Gallenberg M. & M., Frost M. H., (2009). Centering Prayer for women receiving chemotherapy for recurrent ovarian cancer: A pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 421-428. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/a28a/76e7afd65cdf6e3634a2948c5a3107fdd280.pdf?_ga=2.204265232.1414081662.1561760026- Keating, T. (2005). El método de la Oración Centrante, un consentir a la acción divina (Opúsculo). *Extensión Contemplativa Internacional*. <https://www.contemplativeoutreach.org/sites/default/files/private/cp-spanish.pdf>
- Jornet, J.M., Suárez, J.M., & Pérez Carbonell, A. (2000). La validez en la evaluación de programas, *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 341-356.
- Knabb, J. J. (2010). Centering Prayer as an alternative to mindfulness-based cognitive therapy for depression relapse prevention. *J Relig Health*, 51, 908-924. doi: 10.1007/s10943-010-9404-1
- Ley Num. 50-2005. Para declarar y establecer el día 12 de mayo de cada año como el Día de Concienciación sobre la Fibromialgia. <http://www.lexjuris.com /LEXLEX/Leyes2005/lexl2005050.htm>
- Martin Alfonso, L., & Martin Carbonell, M. (2012). Ansiedad y depresión con pacientes con fibromialgia y artritis reumatoide. *Ciencias de la Salud*. <https://www.researchgate.net/publication/280601073>
- Martínez Caballero, C., Collado Collado, F., Rodríguez Quintosa, R., & Moya Riera, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista Sociedad Española Dolor*, 22(5). <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000500007>

- Masedo, A., & Esteve, R. (2002). On the affective nature of chronic pain. *Psichothema*, 14(3), 511-515. https://www.researchgate.net/publication/28079809_On_the_affective_nature_of_chronic_pain
- Moioli, B., & Merayo, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*, 12, 476-484. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n8/original1.pdf> 1658440772.1547113063
- Moix J., & Casado, M.I. (2013). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clinica y Salud*, 22(1), 41-50. doi: 10.5093/c12011v22n1a3
- Moix J., & Kovacs, F.M. (2015). *Manual del dolor*. Barcelona España: Editorial Paidós
- Montero-Marin, J., Perez-Yusl, M.C., Cebolla, A. & Soler, J. (2019). Religiosity and meditation practice: exploring their explanatory power on psychological adjustment. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13. doi:10.3389/fpsyg.2019.00630
- Montero Rojas, E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1(2), 1-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44601206>ttp://
- Moral de la Rubia, J., González Ramírez, M.T., & Landero Hernández, R. (2011). Evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia. *Ciencia Uanl*, 14(2), 154-161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3710005>
- Moreira-Almeida, A., & Koeing H.G., (2008). Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, 12, 327-332. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-008-0055-9>

- National Institute of Health (2016). Dolor: Esperanza en la investigación. *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*. [https:// español .ninds.nih.gov/trastornos/dolor.htm#caras](https://español.ninds.nih.gov/trastornos/dolor.htm#caras)
- National Pain Foundation (2016). Fight pain and raise awareness at the same time. *National Pain Report*. <http://nationalpainreport.com/fight-pain-and-raise-awareness-at-the-same-time-8829370.html>
- Offenbaecher, M., Kohls, N., Toussaint, L.L., Sigl, C., Winkelmann, A., Hieblinger, R., & Bussing, A. (2013). Spiritual needs in patients suffering from fibromyalgia. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*. doi:10.1155/2013/178547.
- Olivares Crespo, M.A., & Cruzado, Rodríguez, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-34. https://www.researchgate.net/publication/262550331_Evaluacion_psicologica_del_dolor/link/57a65fb308ae3f4529338511/download
- OMS (2004). World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/>
- ONU (2004). OMS conmemora Día Mundial contra el Dolor. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2004/10/1043101>
- Parra-Delgado, Latorre-Postigo & Montañez Rodríguez (2012). Terapia cognitiva basada en mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Ansiedad y Estrés*. 18(2-3), 141-154. [https://www. researchgate.net/publication/236004221_Terapia_Cognitiva_basada_en_Mindfulness_y_reduccion_de_los_sintomas_de_ansiedad_en_personas_con_fibromialgia](https://www.researchgate.net/publication/236004221_Terapia_Cognitiva_basada_en_Mindfulness_y_reduccion_de_los_sintomas_de_ansiedad_en_personas_con_fibromialgia)

- Pérez-Pareja, J., Borrás, C. Sese, A., & Palmer A. (2005). Percepción de dolor y fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(5), 303-310.
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=efc941a2-3348-4a50-8afd78963b44ced%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMt bGl2ZS5zY29wZT1zaXRl#AN=18769608&db=fua>
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16 (3), 415-420.
<http://www.psicothema.com/pdf/3012.pdf>
- Poquet N., & Lin, C. (2016). The Brief Pain Inventory. *Journal of Physiotherapy*, 62, 52.
doi.org/10.1016/j.jphys.2015.07.001
- Puerta Polo, J.V., & Padilla Díaz, D.E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257.
[DialnetTerapiaCognitivaConductualTCCComo TratamientoParaLa-3903329%20\(1\).pdf](https://dialnet.terapiacognitivaconductualtccc.como-tratamiento-para-la-3903329%20(1).pdf)
- Queiroz, L.P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. doi: 10.1007/s11916-013-0356-5.
- Quintana, M, & Rincón Fernández, M.A. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1), 51-67. doi: 10.5093/cl2011v22n1a4
- Rainville, P., Huynh Bao, Q.V., & Chretien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118, 306-318.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16289802>

- Rippentrop E., Altmaier E.M., Chen J.J., Found, E. & Keffala V.J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *PAIN*, 116, 311-321. doi: 0.1016/j.pain. 2005.05.008.
- Rosado Morales, L.D. (2012). *Características sociodemográficas y emocionales de mujeres que deambulan en la región suroeste de Puerto Rico*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Interamericana de Puerto Rico Recinto de San Germán.
- Sulmasy, D.P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(18), 24-33. https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/suppl_3/24/569213
- Tassa El, K.O.M., Leite, N., Goes, S. M., Homann, D., Rodacki, A.L.F., Kap Ritski, A. N., Facco Stefajello, J. M. (2018). Mood states, depressive symptoms, and physical function in women with fibromyalgia. *Journal of Exercise Physiology*, 21(3), 119-132. https://www.researchgate.net/publication/326302279_Mood_States_Depressive_Symptoms_and_Physical_Function_in_Women_with_Fibromyalgia
- Toussaint,L.L., Vincent, A., McAllister, S.J., Oh,T.H., Hassett, A.L. et al. (2014). A comparison of fibromyalgia symptoms in patients with healthy versus depressive, low and reactive affect balance. *Scand J. Pain*, 5(3), 161-166. doi: 10.1016/1.sjpain.2014.05.001.
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo, *Avances en Medición*, 6 (1), 37-48.

- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Comus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido, *Educación Médica Superior*, 28 (3), 547-558.
- Valiente-Barroso, C. & Garcia-Garcia, G. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>
- Weld, C., Eriksen K., (2007). Christian clients preferences regarding prayer as a counseling intervention. *Journal of Psychology and Theology*, 35(4), 328-341. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.660.738&rep=rep1&type=pdf>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Winfield, J. B. & Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Research*, 62(5), 600-610. doi: 10.1002/acr.20140.
- Wolfe, F., Ross K., Anderson, J., Russell, I. J. & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M.B., Benneth, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. & Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.1780330203>

Zeiders, Ch. L. & Pekala, R., (1995). A review of evidence regarding the behavioral medical and psychological efficacy on Christian prayer. *The Journal of Christian Healing*, 7(3), 17-28. https://drzeiders.com/wp-content/uploads/2015/09/ClinicalChrist_DrCZeiders.pdf

APÉNDICES

APÉNDICE A
Carta de Invitación a Jueces

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO DE SAN GERMÁN
Departamento de Ciencias Sociales y Artes Liberales

_____ de _____ de 2020.

Nombre del posible juez
Reciba mi saludo cordial

Mi nombre es María del C. Rivera Cáceres y soy estudiante doctoral de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán. Actualmente, me encuentro trabajando en una disertación doctoral titulada: Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento Psicológico Espiritual Para Mujeres con Fibromialgia. La misma consiste en la integración de la Terapia Cognitiva Conductual y un tipo de meditación cristiana, considerada como una de las formas de oración contemplativa, llamada Oración Centrante.

Le invitamos a participar en el proceso de evaluación del Programa de Tratamiento, que se llevará a cabo el día _____, mediante una reunión a través de la Plataforma Zoom o de manera presencial. La reunión tendrá una duración de hora y media. Durante la misma, se hará una presentación sobre el contenido del Programa y usted hará su evaluación escrita, mediante una hoja que se le proveerá con ese propósito.

Agradezco de antemano su colaboración y aportes a este proyecto de investigación.

Cordialmente,

Estudiante doctoral

APÉNDICE B
Hoja Perfil de Jueces

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO DE SAN GERMÁN
Departamento de Ciencias Sociales y Artes Liberales

HOJA DE PERFIL DE JUECES

Instrucciones: Favor de responder las siguientes preguntas

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Profesión: _____
4. Nivel de educación más alto que posee:
____ Bachillerato _____
____ Maestría: MA _____ MS _____ Otro: _____
____ Doctorado: PhD _____ PsyD _____
5. Si es usted psicólogo o psicóloga, marque con una X su especialidad
____ Psicología Clínica Psicología de consejería ____ Psicología escolar
6. Tiempo que lleva practicando su profesión: _____
7. Áreas de experiencia profesional

8. ¿Ha atendido usted alguna persona diagnosticada con fibromialgia?
____ Sí ____ No
9. ¿Ha integrado usted la espiritualidad en su práctica profesional? ____ Sí ____ No
10. ¿Ha utilizado usted la Terapia Cognitiva Conductual en su práctica profesional?
____ Sí ____ No

APENDICE C
Cuestionario de Evaluación por Jueces

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO DE SAN GERMÁN
Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades

Cuestionario de Evaluación por Jueces

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar si las sesiones de tratamiento del programa cognitivo conductual espiritual representan adecuadamente los objetivos que se pretenden lograr. Por favor, siga las siguientes instrucciones:

- Escuche atentamente la presentación que se brindará sobre cada una de las sesiones del manual y haga anotaciones acerca del contenido y observaciones.
- En la siguiente tabla, marque el #1, si usted entiende que el contenido de la sesión representa de manera débil cada objetivo propuesto. Marque el #2, si usted entiende que el contenido de la sesión representa de manera aceptable los objetivos propuestos. Marque el # 3, si usted entiende que el material de la sesión representa de manera fuerte los objetivos propuestos.
 - Esos valores se definirán operacionalmente de la siguiente forma:
 - 1= **débil** y significa que el contenido representa poco o nada cada uno de los objetivos.
 - 2 = **aceptable** y significa que el contenido representa el objetivo propuesto, pero no en su totalidad.
 - 3 = **fuerte** y significa que el contenido representa totalmente el objetivo propuesto.

Evaluación de Programa de Tratamiento para mujeres con fibromialgia
(Haga un círculo alrededor del número que refleja su evaluación)

SESIÓN INTRODUCTORIA			
Objetivos	Representación de objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes y la investigadora se conozcan entre sí e inicien un ambiente de trabajo seguro.	1	2	3
Que conozcan y entiendan aspectos de privacidad y confidencialidad; así como normas del grupo.	1	2	3
Que las participantes tengan conocimiento de que no se estarán trabajando aspectos religiosos específicos de alguna denominación religiosa.	1	2	3
Que obtengan conocimientos básicos sobre la Oración contemplativa.	1	2	3
Que conozcan aspectos básicos de la Oración Centrante (OC).	1	2	3
Que puedan hacer práctica breve de OC y aclaren dudas.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios:			
SESIÓN 1: ASPECTOS BÁSICOS SOBRE EL DOLOR E INTRODUCCIÓN A LA TCC			
Objetivos	Representación de objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes conozcan aspectos generales sobre el dolor y su tratamiento.	1	2	3
Que adquieran conocimiento sobre la influencia de factores psicológicos y espirituales sobre el dolor.	1	2	3
Que conozcan aspectos básicos sobre la TCC	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			

SESIÓN 2: ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN			
Objetivos	Representación de Objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes conozcan el modelo del círculo vicioso dolor-tensión-dolor para facilitar la comprensión del propio dolor.	1	2	3
Que conozcan los beneficios de la respiración en la práctica de la relajación.	1	2	3
Que conozcan y practiquen la incorporación de la relajación muscular y la respiración como estrategia para romper el círculo de dolor.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			
SESIÓN 3: MANEJO DE LA ATENCIÓN			
Objetivos	Representación de Objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes entiendan la naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor.	1	2	3
Que conozcan y valoren el manejo de la atención en su vida cotidiana.	1	2	3
Que practiquen técnicas de manejo de la atención basadas en la distracción y la imaginación.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			

SESIÓN 4: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA – 1			
Objetivos	Representación de objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes conozcan el modelo cognitivo.	1	2	3
Que conozcan el papel de los pensamientos en sus emociones y conductas.	1	2	3
Que aprendan la diferencia entre pensamientos negativos distorsionados y preocupaciones racionales.	1	2	3
Que se entrenen en la observación, identificación y el registro de pensamientos negativos distorsionados.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			
SESIÓN 5: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA – 2			
Objetivos	Representación de Objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes conozcan estrategias de reestructuración cognitiva y como utilizarlas para aquellas preocupaciones negativas no basadas en la realidad.	1	2	3
Que puedan aplicar las estrategias para la sustitución de los pensamientos negativos.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			

SESIÓN 6: MANEJO DE EMOCIONES Y ASERTIVIDAD

Objetivos	Representación de Objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes identifiquen estados emocionales desagradables y su relación con el dolor.	1	2	3
Que entiendan la estrategia del distanciamiento y lo puedan utilizar para manejar estados emocionales desagradables	1	2	3
Suma de puntuaciones			

Sugerencias y comentarios

SESIÓN 7: ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Objetivos	Representación de objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes conozcan el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales.	1	2	3
Que las participantes practiquen el entrenamiento en asertividad.	1	2	3
Suma de puntuaciones			

Sugerencias y comentarios	

SESIÓN 8: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y ACTIVIDADES DE REFUERZO			
Objetivos	Representación de objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes logren establecer la distribución de su tiempo.	1	2	3
Que identifiquen actividades gratificantes y planifiquen su puesta en práctica.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			
SESIÓN FINAL: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CIERRE DEL PROCESO			
Objetivos	Representación de objetivos		
	Débil	Aceptable	Fuerte
Que las participantes aprendan acerca de posibles recaídas y cómo prevenirlas.	1	2	3
Que las participantes hablen de su experiencia durante el proceso terapéutico (aprendizajes, experiencias significativas, recomendaciones...).	1	2	3
Que hablen sobre cómo se sintió con el uso del Manual y con la terapia.	1	2	3
Suma de puntuaciones			
Sugerencias y comentarios			

APÉNDICE D

Hoja de autorización para adaptación del libro Manual del Dolor

RE: Manual del dolor

<https://support.google.com/mail/answer/1311182?hl=es-es-419>
Ctrl+Click to follow link

Noemí Plaza Guerra NPlaza@cedro.org a través de cedro365.onr jue. 7 feb. 08:42

para mí

Hola María:

Hemos consultado a los titulares de derechos y autorizan al uso descrito que vas a llevar a cabo para tu trabajo de investigación. Te agradecemos que nos hayas consultado y mostrar el respeto debido a los principios del derecho de autor. Si hubiera algún cambio en cuanto al uso, me comentas. Te deseamos suerte con tu trabajo.

Un saludo.

De: María Rivera <mcriveracaceres@gmail.com>

Enviado el: martes, 15 de enero de 2019 22:52

Para: Noemí Plaza Guerra <NPlaza@cedro.org>

Asunto: Re: Manual del dolor

Hola Noemí!

Estoy trabajando en mi Tesis doctoral, donde pretendo analizar los efectos de un tratamiento cognitivo conductual en estados de ánimo y percepción del dolor en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia. A ese tratamiento, le voy a unir la práctica de un modo de oración considerado como un tipo de meditación occidental. El libro del Manual del Dolor, presenta un tratamiento cognitivo conductual para personas que padecen dolor crónico, en