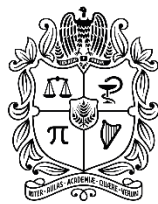


UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Diseño de un programa de intervención
psicológica grupal orientado desde un enfoque
mente-cuerpo en pacientes con fibromialgia
“Cultivando un espacio de presencia amorosa
desde el cuerpo”.**

Karenth Margarita Jiménez López

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2020



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Diseño de un programa de intervención psicológica
grupal orientado desde un enfoque mente-cuerpo en
pacientes con fibromialgia**

**“Cultivando un espacio de presencia amorosa desde el
cuerpo”.**

Karenth Margarita Jiménez López

Propuesta de trabajo de grado presentada como requisito parcial para optar al título de: Magíster
en Psicología con énfasis en Profundización Clínica

Directora:

Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera

Grupo de Investigación:

Estilo de Vida y Desarrollo Humano - GIEVDH

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2020

AGRADECIMIENTOS

A la sabiduría del cuerpo por tenerme aquí, aprendiendo del ser, de lo humano y de mí misma. Gracias al universo y a la fuerza de Dios y la naturaleza, que me ha enseñado el valor de la vida, del cuidado y del amor, y que nunca me ha dejado sola. A mi compañero eterno, mi gran amor y con quien siempre recorro caminos de aprendizaje y de descubrimiento, además con quien fue posible desarrollar este trabajo cargado de bondad y presencia.

Gracias a la profesora Magnolia Ballesteros, por acompañar, y guiar con calma y precisión este trabajo. Por compartir su claridad y siempre ayudarnos a encontrar el mejor camino.

A mi familia, mis padres por su cariño y cuidado incondicional por siempre apoyarme y por forjar en mí una persona valiente. A mis hermanos, por llenar mis días con su alegría, hacerme más fuerte y siempre confiar en mí.

A las mujeres con fibromialgia que participaron en nuestra intervención, por compartir su transparencia y mostrarse en su dolor con tanta suavidad y autenticidad. Agradezco inmensamente la gran oportunidad de haberles podido acompañar a vivir una experiencia de relación más presente y amable con su cuerpo.

Al profesor Sneider Bustos por ayudarme a conocer el camino del cuerpo y enseñarme la importancia de hacer las cosas con pasión y dedicación. A Gabriela Martínez y toda la comunidad Hakomi por ayudarme a crecer en mi ser corporal, por conocer el poder de la presencia amorosa y permitirme apreciar el valor de lo orgánico y lo natural en el ser humano.

Resumen

La presente investigación plantea el diseño de un programa de intervención grupal para pacientes con fibromialgia enfocado en intervenir sobre algunas de las variables psicológicas identificadas en la literatura como mediadoras en el deterioro funcional a causa de esta enfermedad. Este programa propone la articulación entre objetivos, técnicas y actividades que permitan el abordaje de factores psicológicos identificados como relevantes para entender la alteración en el funcionamiento de los pacientes, estos son: la Evitación, la catastrofización, la actividad fisiológica, la sensibilidad a la ansiedad, el afecto negativo, las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia y el apoyo social.

Además, retoma y reconoce la relación entre la experiencia corporal en la enfermedad de fibromialgia y su papel en el nivel de malestar y deterioro del funcionamiento. En donde el paciente no ve en su cuerpo nada más que dolor; manteniendo una dificultad en integrar el dolor y el malestar corporal con el malestar emocional y social, también reportado por los pacientes. Esto podría influir en una interacción limitada en aspectos funcionales que requieran de actividad corporal, y a su vez limitar el procesamiento de emociones, sensaciones, pensamientos acerca de su cuerpo y el malestar sentido a través de él. Por tal razón, con el propósito de armonizar el trabajo en las variables psicológicas, así como el lugar de la experiencia corporal en el malestar de los pacientes, se ha elegido el enfoque mente-cuerpo como formato para integrar los aspectos físicos y emocionales que sobresalen en este padecimiento.

Palabras Clave: *Fibromialgia, factores psicológicos, experiencia corporal, enfoque mente-cuerpo*

Abstract

The present research proposes the design of a group intervention program for patients with fibromyalgia focused on intervening on some of the psychological variables identified in the literature as mediators in the functional deterioration due to this disease. This program proposes the articulation between objectives, techniques and activities that allow the approach of psychological factors identified as relevant to understand the alteration in the functioning of patients, these are: Avoidance, catastrophizing, physiological activity, sensitivity to anxiety , negative affect, coping strategies, self-efficacy and social support.

In addition, it takes up and recognizes the relationship between the bodily experience in fibromyalgia disease and its role in the level of discomfort and impaired functioning. Where the patient sees nothing in his body other than pain; maintaining a difficulty in integrating pain and bodily discomfort with emotional and social discomfort, also reported by patients. This could influence a limited interaction in functional aspects that require body activity, and in turn limit the processing of emotions, sensations, thoughts about your body and the discomfort felt through it. For this reason, in order to harmonize the work on psychological variables, as well as the place of the bodily experience in the discomfort of patients, the mind-body approach has been chosen as a format to integrate the physical and emotional aspects that stand out in this condition.

Keywords: *Fibromyalgia, intervention, Mind Body approach, quasi experimental, psychological interventions, online intervention*

Tabla de contenido

Resumen

Palabras clave

Abstract

Key words

I. Introducción: Contextualización y características clínicas de la fibromialgia

1. La fibromialgia
2. Tratamiento de la fibromialgia
3. Situación problema y justificación

II. Preguntas y objetivos

1. Preguntas
2. Objetivo general
3. Objetivos específicos

III. Metodología

1. Diseño
2. Procedimiento

IV. Resultados

Resultados fase 1

1. Interrelación cuerpo y factores psicológicos en la fibromialgia

- 1.1. La interacción cuerpo-mente en el malestar psicológico: Una mirada desde el paciente con fibromialgia
- 1.2. Antecedentes en la comprensión de fibromialgia desde la psicología

1.3. En busca de un modelo integrador de variables psicológicas y fisiológicas para entender la funcionalidad en la enfermedad de fibromialgia

1.4. Otras variables psicológicas que influyen en la funcionalidad de la fibromialgia

2. Las intervenciones mente-cuerpo: Una alternativa para la fibromialgia

2.1 Definición y principios de las terapias mente-cuerpo

2.2 Las terapias mente-cuerpo en el tratamiento de la fibromialgia

3. Fundamentación técnica para el diseño de un programa

3.1. Correspondencia entre las variables psicológicas y técnicas orientadas desde un enfoque mente-cuerpo

3.2. Una mirada a la psicoterapia grupal desde los modelos cuerpo-mente

Resultados fase 2

1. Descripción del Programa de tratamiento

1.1. Procedimiento

2. Estructura del programa de intervención

3. Propuesta de implementación

3.1. Reclutamiento

3.2. Límites y recursos

3.3. Aspectos técnicos

3.4. Consideraciones éticas

V. Discusión

VI. Conclusiones

VII. Referencias

VIII. Anexos

Lista de tablas

Tabla 1: Definición de variables del modelo corregido de Evitación-miedo al dolor

Tabla 2: Definición de otras dimensiones psicológicas incluidas en la intervención

Tabla 3: Relación entre las variables del modelo Evitación-miedo al dolor y las intervenciones mente-cuerpo

Tabla 4: Relación entre otras variables de orden psicológico y las intervenciones mente-cuerpo

Tabla 5: Bitácora sesión 1

Tabla 6: Bitácora sesión 2

Tabla 7: Bitácora sesión 3

Tabla 8: Bitácora sesión 4

Tabla 9: Bitácora sesión 5

Tabla 10: Bitácora sesión 6

Tabla 11: Bitácora sesión 7

Tabla 12: Bitácora sesión 8

Lista de figuras

Figura 1: “La caída” (Guiote, 2011)

Figura 2: Modelo cognitivo-conductual en la patogénesis del dolor crónico

Figura 3: Propuesta de corrección al modelo de miedo-evitación en la patogénesis del dolor crónico

I. Introducción: Contextualización y características clínicas de la fibromialgia

1. La fibromialgia

La fibromialgia aunque no tiene una etiología claramente delimitada, es definida de manera consistente en distintas publicaciones que abordan su comprensión, diagnóstico e intervención como “una enfermedad caracterizada por dolor músculo-esquelético difuso y crónico, de etiología desconocida; se asocia con fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefalea y sensación de tumefacción en manos” (Cardona, Hernández, León, 2014, p .58), autores como Rodríguez et al., (2019) la definen como “un síndrome incapacitante caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado crónico, aumento de la sensibilidad al dolor, incluida la alodinia y la hiperalgesia, con sensibilidad al tacto pero sin patología estructural conocida en los músculos, ligamentos o articulaciones.” (p.109) Las personas que lo padecen describen sensaciones de fatiga, sueño alterado, rigidez matutina, síntomas asociados con el síndrome del intestino irritable o síntomas de ansiedad o depresión (Martín et al., 2017). Lo cual tiene un impacto en su desempeño laboral, participación social, actividades cotidianas y calidad de vida (Andrade, Dominski, & Sieczkowska, 2000).

Antes de la década del 90 la fibromialgia era una enfermedad prácticamente desconocida y con escasa atención. En el año de 1992 fue reconocida como una enfermedad por la OMS y tras la dificultad para formular métodos y guías claros para su diagnóstico, en este mismo año, el Colegio Americano de Reumatología (siglas en inglés, ACR) llevó a cabo un estudio multicéntrico para desarrollar sus criterios (Casado,2015; Álvarez, 2003), siguiendo la descripción elaborada por Tovar (2005) estos han quedado definidos de la siguiente manera:

1. Presencia de dolor en los cuatro cuadrantes del cuerpo, así como en el esqueleto axial, de manera más o menos continua, por un mínimo de 3 meses.
2. Presencia de por lo menos 11 de 18 puntos sensibles anatómicamente específicos. Los puntos sensibles pueden estar en cualquier músculo palpable, pero hay 18 sitios que se han encontrado presentes con mucha consistencia en individuos con fibromialgia y que se usan para el diagnóstico. Los 18 puntos sensibles existen en 9 pares. Los criterios del ACR describen 4 pares de puntos sensibles en la parte anterior del cuerpo y 5 en la parte posterior.

A pesar de esta discriminación en su sintomatología, su diagnóstico y tratamiento sigue generando confusión. Casado (2015) indica que la queja constante del paciente con fibromialgia se resume en la frase “me duele todo”, sin embargo, las técnicas de imagenología no reflejan indicios de alteración, y generalmente hay ausencia de afecciones orgánicas, por lo que no existe una prueba diagnóstica objetiva que permita confirmarla. Lo anterior, resulta en dificultades para que la enfermedad sea detectada y tratada de forma adecuada, además de generar conflictos y discusiones polémicas entre la comunidad científica debido a la frecuente relación con problemas psicopatológicos (Casado, 2015).

Debido a esto se hace un llamado a la búsqueda de métodos evaluativos que incluyan el análisis de factores psicosociales, físicos y psicológicos al momento de determinar la enfermedad. En este sentido, Casado (2015) propone cinco aspectos que se deben tomar en cuenta al atender un caso de fibromialgia: 1. Confirmar o descartar la presencia o no de otras patologías; 2. Establecer un diagnóstico firme que ahorre la peregrinación del paciente en busca de respuestas y reduzca la ansiedad que produce encontrarse mal sin saber la causa; 3.

Determinar la existencia de factores agravantes y aquellos que alivian la sintomatología; 4. Valoración de la limitación y afectación en la calidad de vida de los pacientes; 5. Valoración de los factores psicológicos como estados emocionales, pensamiento catastrofista y percepción de autoeficacia.

La fibromialgia se presenta a lo largo de todo el mundo afectando del 2 al 6 por ciento de la población general, empezando a ser una enfermedad cada vez más frecuente (Casado,2015; Álvarez 2003; Cabo, Cerdá & Trillo, 2017). En cuanto a su curso natural, la fibromialgia es de evolución crónica con un pronóstico a largo plazo poco claro, su etiopatogenia no está claramente definida, considerándola una condición multifactorial que combina factores genéticos y epigenéticos en su configuración (Cabo, Cerdá & Trillo, 2017). Se observa una prevalencia importante en el sexo femenino, demostrándose una proporción de 11 a 1 cuando se compara con la prevalencia en hombres (Fernández, 2016), los síntomas usualmente se originan entre los 20 y 55 años (Tovar,2005) con una edad media de presentación que varía entre 34 y 57 años de edad, siendo de 4 a 7 veces más frecuente en mujeres adultas.

En el estudio realizado por Cabo, Cerdá & Trillo en el año 2017, se ha propuesto hacer una revisión de estudios epidemiológicos de distintos países, con la intención de aproximarse a una mirada epidemiología general de esta enfermedad. Para el año 2017, Marques et al. (citado en Cabo, Cerdá & Trillo, 2017) de la Universidad de Sao Paulo en Brasil publicaron una revisión actualizada de la prevalencia de fibromialgia en poblaciones y países de Europa, Asia y América. Encontrando una mayor prevalencia en el continente europeo (2,31%), superior a América del Norte (1,90%), Asia (1,64%) y América del Sur (1,12%). Sin embargo, aunque en todos los casos la prevalencia de mujeres es mayor que la de hombres, la proporción de mujeres sobre hombres

varía entre continentes: es mayor en América del Sur (12: 1), por encima de Asia (5: 1), América del Norte (4: 1) y Europa (3: 1).

En esta misma recopilación, se citan estudios que buscan identificar los factores de riesgo que pueden conducir a una mayor probabilidad del padecimiento de fibromialgia: ser mujer; agregación familiar (ocurrencia de un rasgo compartido por miembros de una familia); la existencia concomitante de dolor regional crónico (miofascial, pélvico, lumbar, cefalea, ...) y la presencia de estrés emocional (ansiedad, depresión y, en menor medida, estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo) (Collado, Cuevas, Estrada, Flórez, Giner, Marín, et al.; 2011, citado en Cabo, Cerdá & Trillo 2017).

Es llamativo que en los datos revisados no se aportan registros relacionados con la epidemiología de la fibromialgia en Colombia, y para el caso latino americano solo se reportan cifras de países como Brasil, México y Venezuela. Además, al hacer una revisión en la página de la Asociación colombiana para el estudio del dolor (ACED) la búsqueda arroja seis resultados, todos relacionados con revisiones en contextos internacionales.

A pesar de esto, se encuentran algunos datos como los aportados por Londoño et al., (2018) quienes examinando la población colombiana advierten a la fibromialgia como la segunda enfermedad reumatoide inflamatoria más prevalente, después de la artritis reumatoide, con una tasa 0.72% (IC 95%: 0,47-1,11%), siendo Bogotá la segunda ciudad con mayor prevalencia (1.47%) luego de Cali (1.49%). También se encuentra la investigación hecha por Gómez, Vinaccia & Quiceno (2017), donde se hace una medición validada de calidad de vida en 100 pacientes colombianos. Los resultados señalan que los factores que más se afectan son la actividad física y la participación social-comunitaria, aspectos que pueden llevar a condiciones

como sobrepeso, la discapacidad física y enfermedades cardiovasculares concomitantes. De igual forma, se evalúan los factores protectores asociados a la percepción de una calidad de vida alta, entre estos están: la escolaridad, la actividad física, la remuneración, el acceso a los servicios en salud y la facilidad para participar de procesos educativos en torno a la enfermedad. En cuanto a la intervención no farmacológica para los síntomas asociados y el manejo de la depresión en la enfermedad, se recomiendan la autogestión, la promoción del bienestar, el ejercicio físico y la terapia cognitiva-conductual; sin embargo, no se documentan más estudios empíricos ni de intervención biopsicosocial.

Respecto a la calidad de vida, Londoño et al. (2018) reportan que en Colombia los enfermos con FM se han calificado con la peor calidad de vida, por debajo de los pacientes con enfermedades inflamatorias como la artritis, enfermedades autoinmunes sistémicas y otras condiciones de dolor crónico generalizado, evidenciando especial compromiso en la capacidad funcional debido al dolor, mal patrón del sueño, menor productividad, mayores comorbilidades, mayor uso crónico de analgésicos y aumento de los costos para los pacientes.

En vista de que el panorama refleja escasas en las investigaciones desarrolladas en el contexto colombiano hasta el momento, y suponiendo que posiblemente estas podrían no encontrarse en revistas indexadas sino en trabajos monográficos y tesis. Se decidió hacer una indagación en los repositorios de las principales universidades del centro del país (Universidad de los Andes, Universidad Javeriana, Universidad Católica de Colombia, Universidad San Buenaventura, Universidad de la Sabana, Universidad del Rosario, Universidad Santo Tomás y Universidad Nacional de Colombia), con el propósito de explorar los avances y desarrollos en los

abordajes de intervención en fibromialgia y su comprensión desde la disciplina psicológica, uno de los intereses que motivaron este trabajo.

Como resultado, luego de realizar búsquedas sin restricción temporal, y con palabras clave como “fibromialgia”, “fibromialgia y psicología” e “intervenciones psicológicas en fibromialgia”, se encontró que los resultados en cada repositorio por lo general varían de 3 a 12 trabajos, en algunos casos como la Universidad Nacional, se encontraban más de 80 resultados a partir de la búsqueda inicial, pero sólo 34 de ellos mencionan propiamente la fibromialgia, varios se centran en el dolor crónico y otras condiciones reumáticas, y solo tres abordan de forma específica la fibromialgia o la asocian con variables psicológicas. Esta baja cantidad de trabajos específicos sobre la condición, así como en trabajos orientados a brindar comprensiones e intervenciones desde la psicología, se evidenció en todos los repositorios consultados.

En conclusión, se observa una escasa investigación y delimitación epidemiológica de la fibromialgia en nuestro país, lo que puede estar representado limitaciones para la comprensión y el manejo de esta población, además de acarrear dificultades para establecer rutas claras de atención para los pacientes.

2. Tratamiento de la fibromialgia

A pesar de que no ha sido encontrada una curación total para la enfermedad con los tratamientos conocidos hasta ahora, la fibromialgia ha recibido especial atención por parte de distintas disciplinas como la medicina, la psiquiatría, la fisioterapia, la psicología y los abordajes complementarios.

Respecto al abordaje que se ha dado desde la psicología, esta disciplina tampoco ha logrado dar respuesta al dilema de la explicación etiológica de esta enfermedad reconociéndola todavía como una enfermedad de carácter reumático, abonando un importante trabajo en la identificación de variables moderadoras y mediadoras de orden psicológico que participan en el cuadro clínico de la fibromialgia. Por un lado, se ha llevado la atención a síntomas asociados que impactan en la afectación funcional de los pacientes como las alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), alteraciones cognitivas (atención y memoria) y la comorbilidad con otros trastornos psicológicos (trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad, trastornos de personalidad) (Peñacoba, 2009; García, Castel & Vidal, 2006). Y por otro, la consideración de las características psicosociales que enmarcan la situación y circunstancias que rodea al enfermo con fibromialgia, tales como la incertidumbre frente a la no respuesta del sistema de salud ante su problema, la peregrinación hasta llegar a un diagnóstico, la estigmatización social al ser una enfermedad sin evidencia de causa orgánica e incluso la deslegitimización de su enfermedad por parte de los profesionales (Peñacoba, 2009). Además de otros como la insatisfacción social, laboral e interpersonal, la presencia de estrés cotidiano, la exposición a estresores vitales tempranos, como algunos de problemas psicosociales y ambientales asociados con esta enfermedad (García, Castel & Vidal, 2006).

Retomando dichos factores, la evidencia desde la psicología ha mostrado que todos estos pueden llegar a tener un papel tanto desencadenante como agravante de los síntomas del síndrome fibromiálgico (García, Castel & Vidal, 2006), buscando reconocer este padecimiento desde un enfoque biopsicosocial (Peñacoba, 2009) y multifactorial (García, Castel & Vidal, 2006).

En este sentido la psicología considera que puede contribuir a la atención y comprensión de algunos de los síntomas de la fibromialgia, brinda comprensiones frente al papel de dichas variables en la enfermedad y su impacto en el deterioro, buscando atender a la calidad de vida de los pacientes.

Retomando la definición hecha por García, Castel & Vidal (2006) “El tratamiento psicológico va dirigido a controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas de la FM), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia de la FM) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente)” (p.41).

Respecto a las intervenciones desarrolladas desde el campo de la psicología, la forma de construcción más habitual es ajustar una terapia que no se ha desarrollado específicamente para la fibromialgia, y emplear técnicas que han tenido efectos en dolor crónico, ansiedad, depresión y manejo del estrés. Las intervenciones suelen evaluar con anterioridad y posterioridad a la intervención los síntomas más comunes de la fibromialgia, que por lo usual están relacionados con la percepción del dolor, fatiga, ansiedad, calidad de vida, calidad de vida asociada a la salud, así como las variables que la terapia supone modificar, entre estas: nivel de ansiedad, depresión, aceptación, estrategias específicas de afrontamiento, distorsiones cognitivas o catastrofización, entre otras variables mediadoras (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

La intervención que cuenta con una mayor cantidad de estudios, de la que se aporta soporte empírico de su utilidad en el manejo de los síntomas de la fibromialgia, es la terapia cognitivo conductual; la cual cuenta con un número significativo de aplicaciones que

favorece la construcción de revisiones que resumen su utilidad (Gómez & Álvarez, 2016; Fernández, Campayo, Casanueva & Buriel, 2009). Esto ha motivado a que sea recomendada, aunque con leves diferencias en la fuerza de la recomendación y el tipo de evidencia que la respalda. No obstante, es reconocida como la intervención psicológica de elección en guías de práctica basadas en la evidencia (García, Nicolás & Hernández, 2016), así como por la American Pain Society (APS), Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF), Canadian Pain Society (CPS, la cual también se emplea en reino unido), guías que también recomiendan usar como primera línea estrategias de intervención para el ejercicio y en algunos casos administrar amitriptilina para el manejo del dolor (Thieme, Mathys & Turk, 2017).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los fármacos utilizados para el tratamiento de la fibromialgia se utilizan para el control de la sintomatología. Habitualmente se administran inyecciones locales de anestésicos sobre puntos dolorosos, antidepresivos que tratan la fatiga y el dolor, benzodiazepinas e hipnóticos que actúan frente a los problemas del sueño y por último los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que reducen el dolor en asociación con otros analgésicos (Martín, 2017).

Respecto al ejercicio físico, existe evidencia consistente de la utilidad de ejercicios aeróbicos, de flexibilidad y fuerza para el manejo de la fibromialgia, mejorando de forma moderada el nivel dolor y la calidad de vida asociada a la salud (Andrade et al., 2020; Thieme et al., 2017; García et al., 2016; Álvarez, Soriano & Segura, 2019; Lumley & Schubiner, 2019)

En coherencia con lo anterior, hay intervenciones como la danza-terapia u otras formas de danza que han sido implementadas para la reducción de los síntomas y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. La evidencia en estudios individuales señala que estas

intervenciones pueden contribuir a la reducción de la ansiedad, la depresión, mejoría en los niveles del sueño (Chica, Guirval, Garrido, Chaves & Mendo, 2019; Marín, Colina, & Duque, 2019) y en la relación con sí mismo y con otros (Endrizzi, Di Pietrantonj, D'Amico, Pasetti, Bartoletti, & Boccalon, 2017). Además, algunas prácticas como la biodanza y la zumba parecen contribuir específicamente a la reducción del dolor percibido (Segura, Gatto, Martins, Delgado, Aparicio & Carbonell, 2017; Júnior de Almeida, da Silva, da Silva Cruz, de Almeida Lins & de Souza, 2018). Las revisiones encontradas al respecto en las bases de datos exploradas (Medline, Redalyc, Science Direct, Scielo, Scopus), concuerdan que el número de estudios al respecto es bajo para extraer conclusiones sólidas sobre su utilidad. No obstante, y a pesar del número reducido de estudios, los resultados indican que hay una reducción significativa del dolor en pacientes que reciben intervenciones basadas en la danza (Bidonde, Boden, Kim, Busch, Goes & Knight, 2018).

Si bien la danza terapia mencionada anteriormente podría considerarse dentro de lo que se han llamado las terapias cuerpo-mente (*body-mind therapies*), esta no está incluida dentro de esta categoría en las revisiones que fueron encontradas. Aunque no se especifica por qué no entran en esta clasificación, esto podría deberse a que las revisiones incluyen otro tipo de danzas que no fueron desarrolladas inicialmente con un fin terapéutico (ej. danza de vientre, danza española).

Por su parte, las terapias mente-cuerpo son un grupo de intervenciones que han sido usadas extensivamente para el desarrollo del bienestar humano, que implican prácticas de movimientos realizados con conciencia atenta, incremento de la conciencia corporal, respiración, reconocimiento y expresión emocional por medio del cuerpo, entre otras actividades.

Entre las terapias mente- cuerpo que se han implementado para el abordaje de la fibromialgia, se encuentran el mindfulness (Hervás, Cebolla & Soler, 2016; Bertolín, 2015; Riccio, Pliego & Rae, 2016), la cual está teniendo una gran difusión para abordar distintas dificultades emocionales, de estrés y el afrontamiento del dolor; igualmente se encuentran terapias meditativas, yoga, ejercicios respiratorios, terapias de relajación, Tai chi y conciencia corporal.

En distintas discusiones acerca de cómo proporcionar una atención óptima para los pacientes con fibromialgia se destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario específico e individualizado que combine el tratamiento farmacológico y no farmacológico (Goldenberg et al, 2004; Häuser et al, 2010). Las intervenciones no farmacológicas tienen como objetivo tratar las consecuencias a largo plazo de la fibromialgia, como la discapacidad, la angustia psicológica, el desacondicionamiento muscular y la fatiga.

Así es que la primera línea de tratamiento la conforman los tratamientos multicomponentes, que recomiendan la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con fibromialgia, ya que se han demostrado ser eficaces en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física (Casado,2015). Sin embargo, los pacientes continúan quejándose de la poca accesibilidad a este tipo de abordajes interdisciplinarios, se muestran inconformes con el manejo que los profesionales han hecho de su padecimiento; sintiéndose incomprendidos y declarando la necesidad de un trato más humano, en donde más allá de la prescripción de fármacos se haga un reconocimiento empático de su enfermedad, justificado en la necesidad de escucha y cuidado más allá de los síntomas (Carrasco & Jiménez, 2015). Adicionalmente, según Carrasco & Jiménez (2015) parece

presentarse una aparente desintegración entre los procesos, en donde las atenciones terapéuticas se desarrollan de manera fragmentada, haciendo que el plan integral de atención para fibromialgia, en ocasiones, solo sea una ilusión.

Los tratamientos no farmacológicos, que incluyen educación, programas de autocontrol, ejercicios y terapias de cuerpo y mente (MBT) proporcionan pautas y recomendaciones para el tratamiento de la fibromialgia. Las terapias mente-cuerpo son útiles para modular el procesamiento del dolor central y la percepción del dolor, tratando tanto el dolor y la sensibilidad musculoesqueléticos como los síntomas derivados de la fibromialgia: depresión, ansiedad y fatiga; todas variables implicadas en los mecanismos patogénicos de la fibromialgia.

3. Situación problema y justificación

La fibromialgia ha sido reconocida como una enfermedad con importante sintomatología y afectación en la calidad de vida, que impacta negativamente en la función física y emocional de quien la padece. Se ha comprobado que la fibromialgia tiene un carácter sindrómico que incluye afectaciones tanto de tipo físico como psicológico encontrándose asociación con patologías como la ansiedad y la depresión, además alteraciones de orden subjetivo pueden incrementar la afectación de los síntomas, especialmente la percepción de dolor por parte de los pacientes. Esto ha llevado a considerar la forma en que distintas variables pueden participar en la persistencia del malestar de los pacientes con fibromialgia.

A través del tiempo distintos estudios de corte médico han reportado dificultad en delimitar las variables biológicas que determinan la enfermedad, considerando que el síndrome sobrepasa el nivel de enfermedad musculoesquelética para entenderse como un síndrome que perturba a todo el sistema nervioso central, abriendo la perspectiva hacia la comprensión de

variables psicológicas y del entorno que pueden influir en la etiología de la enfermedad. Conjugado a esto, dentro del ámbito de tratamiento abordajes de orden médico, específicamente de tipo farmacológico, han resultado limitados para ofrecer solución a los padecimientos de los pacientes con fibromialgia. Por tal motivo, se ha propuesto que esta condición requiere de un tratamiento multidisciplinar en donde se incluyan abordajes psicológicos, psiquiátricos, fisioterapéuticos, de rehabilitación y de medicina homeopática que permitan brindar un tratamiento desde una visión holística y atender así de manera integral al malestar de los pacientes (Paternina, 2015).

Teniendo en cuenta que esta enfermedad ha empezado a tener incidencia importante en la población general (2 a 6%) y considerándose que constituye entre el 10 y el 25% de los motivos de consulta en reumatología (Ávila, 2016), se ha generado una preocupación generalizada frente a la comprensión y las opciones de tratamiento para estos pacientes. Además, para el caso colombiano, se ha encontrado a la fibromialgia como la segunda enfermedad reumatoide inflamatoria más prevalente (0.72%) después de la artritis reumatoide, con una tasa mayor en ciudades como Bogotá (1.47%) y Cali (1.49%), con afectación importante en la calidad de vida de quienes la padecen (Londoño et al., 2018; Gómez, Vinaccia & Quiceno, 2017). Esto acompañado de una escases en los estudios tanto epidemiológicos como de tratamiento en el contexto colombiano, justifica la investigación y búsqueda de opciones de abordaje terapéutico en nuestra población, que permita atender a las necesidades de los pacientes y regular la tasa de incidencia de esta enfermedad, principalmente en las grandes ciudades.

Además, debido a la dificultad para establecer una explicación completa de la fibromialgia se ha empezado a considerar el papel de la psicología y de los factores o variables

psicológicos influyentes en la enfermedad. Proponiendo distintos mecanismos que intervienen en el curso de la enfermedad y que pueden en muchas ocasiones exacerbar o incrementar el malestar de los síntomas.

Tomando en cuenta que una de las principales alteraciones para esta condición es la pérdida de funcionalidad y calidad de vida por quienes la padecen, debido al dolor crónico y a los síntomas asociados a nivel afectivo (ansiedad, depresión), algunos factores psicológicos que se hayan relevantes para entender la alteración en el funcionamiento son: Evitación, estrés, catastrofismo, miedo al dolor, desregulación afectiva y del sistema nervioso, autoeficacia, depresión, ansiedad, afecto negativo y apoyo social (Van Houdenhove & Luyten, 2008; Vlaeyen & Linton, 2000; Norton & Asmundson, 2003).

Por otro lado, al indagar acerca de las percepciones subjetivas que tienen los pacientes del malestar experimentado en esta enfermedad, se encuentra una representación del cuerpo como el principal aspecto afectado y deteriorado a partir de esta condición. En los diferentes discursos se habla de un cuerpo enmarcado en la limitación y la falla, en donde el paciente no ve en su cuerpo nada más que dolor; sin embargo, también persiste una dificultad para integrar el dolor y el malestar corporal con el malestar emocional y social, también reportado por los pacientes. Dichos aspectos mantienen una interacción limitada en aspectos funcionales que requieran de actividad corporal, y a su vez limita el procesamiento de emociones, sensaciones y pensamientos acerca de su cuerpo y el malestar sentido a través de él. Además, suele haber una queja por parte de los pacientes, señalando escasa preocupación por parte de los profesionales en el malestar subjetivo que acarrea su condición (Carrasco & Jiménez, 2015).

A partir de esto, este trabajo realiza una propuesta de intervención orientada a trabajar en las variables psicológicas identificadas en la literatura como influyentes en el malestar de la fibromialgia. Este abordaje intenta responder tanto a las dimensiones corporales como emocionales que enmarcan la enfermedad, proponiendo una intervención que incluye la corporalidad como medio de acercamiento al malestar emocional del paciente, reconociendo la problemática como el sufrimiento sentido en el cuerpo.

II. Preguntas y Objetivos

1. Preguntas orientadoras

¿Cuál es el papel de la interacción cuerpo-mente en el malestar psicológico experimentado por las personas con fibromialgia?

¿Qué elementos debe tener un programa grupal de intervención psicológica dirigido a personas con fibromialgia?

¿Qué beneficios tienen los abordajes desde un enfoque mente-cuerpo para la atención a la fibromialgia y la salud en general?

2. Objetivo general

Diseñar una intervención de formato grupal basada en terapias mente-cuerpo que promueva mejoría en variables psicológicas influyentes en personas diagnosticadas con fibromialgia.

3. Objetivos específicos

Explorar desde la revisión de literatura, la relación de la experiencia corporal en la enfermedad de fibromialgia y su papel en el nivel de malestar psicológico y deterioro del funcionamiento.

Seleccionar un modelo explicativo de la funcionalidad en la fibromialgia que integre componentes físicos y psicológicos en la explicación de la enfermedad.

Presentar técnicas y actividades desde la literatura especializada basadas en el enfoque mente-cuerpo para el abordaje de las variables psicológicas que intervienen en el funcionamiento de pacientes diagnosticados con fibromialgia.

Proponer la adecuada articulación en objetivos, técnicas y actividades que permite el abordaje de las variables psicológicas que intervienen en el funcionamiento de pacientes diagnosticados con fibromialgia.

III. Metodología

1. Diseño

Este trabajo se basa en un diseño exploratorio secuencial que consta de dos fases. La fase 1 es de revisión documental la cual se toma como base para la fundamentación del programa de intervención. La fase 2 consiste en el diseño del programa y el planteamiento de la propuesta de implementación del procedimiento¹.

2. Procedimiento

El procedimiento se desarrolló en las dos fases propuestas por el diseño:

Fase 1

Revisión documental: Se hace un rastreo en la literatura especializada en las bases de datos Medline, Redalyc, Science Direct, Scielo, Scopus, empleando como palabras clave: fibromyalgia and psychology, fibromyalgia and psychotherapy, fibromyalgia and treatment y sus

¹ En un segundo estudio se realizará la aplicación de la intervención y se aportarán datos cuantitativos frente a los efectos de la misma.

contrapartes en español. Se tomaron en cuenta avances tanto teóricos como empíricos desarrollados en el ámbito nacional e internacional, empleando como criterio de restricción documentos publicados desde el año 2015. También se revisan los repositorios institucionales de las siguientes universidades: Universidad de los Andes, Universidad Javeriana, Universidad Católica de Colombia, Universidad San Buenaventura, Universidad de la Sabana, Universidad del Rosario, Universidad Santo Tomás y Universidad Nacional de Colombia, haciendo uso de los mismos criterios.

Se emplearon como categorías de análisis de la información, las siguientes: la interacción cuerpo-mente en el malestar psicológico, elementos para un programa grupal de intervención psicológica en fibromialgia y beneficios de los abordajes mente-cuerpo para la atención en fibromialgia.

Fase 2

Para el diseño del programa y el planteamiento de la propuesta, se siguen los siguientes pasos:

1. Marco teórico referido a la población que se desea intervenir
2. Estudio epidemiológico de la población que se va a intervenir, identificando el perfil de las personas a las que va dirigida
3. Estrategias de evaluación pretratamiento: Entrevista de admisión
4. Análisis e identificación de las conductas problema y las variables a intervenir
5. Objetivos generales y específicos del proceso de intervención
6. Profesionales que ejecutarán el programa: Psicólogos o psicoterapeutas con formación mente-cuerpo
7. Formato de intervención: Grupal

8. Descripción de los procedimientos del tratamiento
9. Discusión
10. Conclusiones
11. Reflexiones y recomendaciones sobre la implementación del programa

IV. Resultados

Resultados fase 1

A continuación, se encontrarán los resultados de la revisión documental realizada como parte de la fundamentación teórica y técnica que fue utilizada para plantear el programa de intervención propuesto en la fase 2.

1. Interrelación cuerpo y factores psicológicos en la fibromialgia

1.1. La interacción cuerpo-mente en el malestar psicológico: Una mirada desde el paciente con fibromialgia

Con la intención de construir un trabajo integral con los pacientes y ante las dificultades para hallar una respuesta completa frente a esta dilemática enfermedad, otros estudios (Pinto, 2019; García 2012, Oliveira et al., 2017; Guiote 2011) han querido rescatar la experiencia en primera persona del paciente, y de esta forma transmitir el impacto en el malestar tanto físico y emocional que experimentan.

Se encuentra que en la mayoría de las narrativas de los pacientes persiste la experiencia de dolor como transversal en sus discursos, además de considerarlo uno de los síntomas que empobrece más su calidad de vida y exacerba el malestar emocional. También se presenta un

impacto importante frente al entorno social y familiar del paciente, tras una queja constante de falta de comprensión y la no consideración de su sintomatología como real. Esto ha creado un desajuste entre la vivencia subjetiva del dolor y la inexistencia de algo que pruebe su malestar, manteniendo la necesidad de mostrar el sufrimiento, lo que produce un desgaste en las relaciones interpersonales y en ocasiones causa el efecto contrario al deseado que es la búsqueda de apoyo y comprensión de su malestar (Porres & Sontag, 2009).

Lo anterior, es coherente con la perspectiva de Miró (2003, citado en García, 2011) cuando señala que “el dolor es una experiencia compleja, resultado de la interacción entre factores afectivos, conductuales, cognitivos y sensoriales”, indicando con esta frase que la percepción del dolor va más allá de la transmisión de estímulos y consiste en una experiencia determinada por factores como la historia del individuo, el significado que tiene la estimulación para el sujeto, la situación en la que se encuentra, la actividad cognitiva del momento así como las diferencias sociales y culturales.

Volviendo al sentido subjetivo que tiene el malestar en el paciente con fibromialgia, la experiencia de sufrimiento empieza a adoptar el cuerpo como lugar privilegiado para su manifestación (Good, 2003, citado en Tosal, 2008) cambiando o alterando la relación del sujeto con su propio cuerpo. Desde esta perspectiva el cuerpo transmite el conjunto de experiencias y sentimientos que están anudados con la enfermedad. Como lo demuestra el discurso de la siguiente paciente, entrevistada por Pinto (2019):

“La fibromialgia lo que tiene son estos altibajos que afectan mucho a tu vida cotidiana y tu no lo puedes prever, por mucho que te cuente tu no lo puedes entender, hay que sentirlo (...) Igual te duele un brazo, un pie, los dedos (...) Hay cosas que te dan mucha rabia, que lles

alguna cosa en las manos y se te caiga o un día estás de mal humor y no tienes ganas de nada (...).”

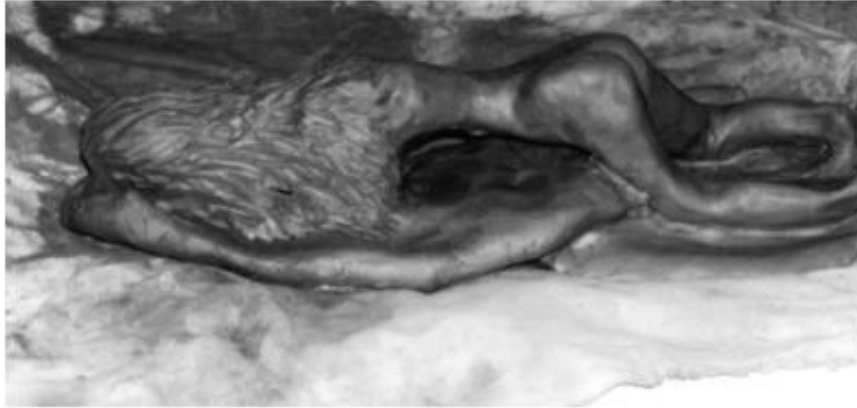
Como se observa hay un énfasis en el sufrimiento sentido a través del cuerpo, en donde el cuerpo sobresalta las voces del dolor. Carrasco, Jiménez & Márquez (2010) ilustran esta idea a través del relato de la siguiente paciente:

“En la actualidad me encuentro muy cansada, llegué a pensar, durante una etapa de la enfermedad, que era perezosa y me he hecho daño a mí misma, ahora veo que no es así, que es el cuerpo el que falla, eso me ha hecho daño, me he sentido inferior (...).”

Este tipo de realidades han conducido a que ciertas intenciones terapéuticas se preocupen por la relación que el paciente establece con su cuerpo, considerando la existencia de una interrelación entre los dolores físicos y los dolores emocionales. Una de estas propuestas, la expone Guiote (2011) quien realiza un abordaje desde la arteterapia para trabajar en la imagen corporal con una paciente de fibromialgia, allí se resalta la experiencia de un cuerpo fragmentado en donde las sensaciones internas y las emociones se separan de la imagen corporal proyectada. Por ejemplo, un paciente puede mostrarse externamente cuidado y de apariencia agradable aun cuando internamente sienta todo lo contrario o perciba su cuerpo como limitado y restringido. Esto lo transmite a partir de una obra creada por la paciente quien ella misma denomina “la caída” (Figura 1.). Al pedirle pensar en las distintas partes de su cuerpo, ella plasma a través de su pintura un cuerpo postrado que se muestra de forma frágil y desaliñada. Con esta pintura, Guiote (2011) afirma que la paciente transmite “la representación de la condición humana desde la soledad absoluta frente a sus emociones”, expresando sus emociones desde una posición resignada, lo que genera reflexiones frente a su lugar ante la enfermedad.

Figura 1

“La caída”



Nota: Tomado de Guiote (2011)

Esta perspectiva del cuerpo como un lugar en el que se asienta la enfermedad, es también asociado por los pacientes con la experiencia de un cuerpo que limita su funcionamiento e impide su desenvolvimiento en la cotidianidad. Lo anterior se observa en las siguientes narrativas reportadas por Carrasco, Jiménez & Márquez (2010).

Una de las pacientes refiere: “Yo sufría porque intentaba seguir un ritmo y el cuerpo no me acompañaba, me ha ido frenando, he estado avanzando y retrocediendo”. O también la mirada de que es el cuerpo el que delimita la trayectoria vital hacía el futuro, además es el que sugiere lo que se puede o no se puede hacer, esto ilustrado en el siguiente discurso de una paciente fibromiálgica de varios años: “No puedes llevar la vida que tú quieres llevar. No te permite hacer lo que quieres. Nunca sabes cómo estarás mañana. Me influye anímicamente. Me influye el día a día, no pienso en mañana, hoy mi cuerpo no me responde. Los dolores, el cansancio, no te lo permite.”

También es el cuerpo un referente de pérdidas, como sugiere la narrativa de esta paciente entrevista por Pinto (2019) al indagar frente a qué ha ocurrido con sus aficiones o actividades de disfrute tras la enfermedad: “Pues es lo que me quita de hacer todo o casi todo lo que me gusta, bailar, deportes, etc., Yo hice mucho deporte (...), también hice puenting, rappel, en fin, lo que quiero decir es que era activa y aventurera y digo era porque ya no puedo ser.”.

No obstante, también el cuerpo es el lugar en el que pueden manifestar su sufrimiento, siendo a su vez el cuerpo la única entidad en la que su malestar cobra realidad convirtiéndose en el pretexto para hablar de su sintomatología y tomar credibilidad ante el estatus médico (Tosal, 2008). Esto hace difícil que para el paciente su cuerpo sea más allá que dolor y no vea ninguna relación con sus cogniciones, sus experiencias vividas y emocionales, su personalidad, su “yo” (Guiote, 2011). Debido a esta separación, muchas veces los pacientes se sientan irritados ante la idea de que algo de lo psicológico pudiese estar jugando un papel relevante en su enfermedad, y aun cuando acepten ser vistos por psicólogos u otros profesionales fuera del área de la biomedicina, insiste.n incesantemente en que su dolor y su padecimiento reside o emana del cuerpo (García, 2012).

Cómo menciona Tosal (2008) desde una mirada médica de la enfermedad el cuerpo ha sido *el lugar de experimentación* principal en la investigación sobre las etiologías y los tratamientos de las enfermedades. Para el caso del dolor que acompaña distintas enfermedades agudas y crónicas, la búsqueda de la causa orgánica ha sido y continúa siendo una de las principales líneas de investigación. Sin embargo, aparecen otros abordajes que consideran que las prácticas de salud corporal deben estar relacionadas con el descubrimiento y la conciencia corporal, con los sentidos y los significados del cuidado. En estas perspectivas se busca la

promoción de una cultura corporal en las personas, vinculada al movimiento humano y formas de expresarse a través del cuerpo (Oliveira, Mattos, Pinto & Luz, 2017).

En sintonía con este propósito de dar al cuerpo protagonismo dentro de las posibilidades de intervención de la enfermedad, Pinto (2019) señala la forma en la que el diagnóstico de fibromialgia convierte al cuerpo en un lugar de experiencia y cómo los cambios en esta experiencia influyen en la percepción acerca de la enfermedad, esto se observa en el relato de la siguiente paciente quien habla del cambio de perspectiva acontecido después de haber aprendido a escuchar su cuerpo:

“Ahora me tomo las cosas de otra manera e intento escuchar a mi cuerpo. He dejado de querer controlarlo todo y hacerlo perfecto, pero he tardado mucho tiempo en darme cuenta. Ahora vivo más el presente y no hago tantos planes, soy como más consciente de mis limitaciones y sé que esto es para siempre”.

Dentro de un proyecto desarrollado por el programa de extensión prácticas de salud corporal- PROCORSAU de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, las prácticas de salud corporal se convierten en un camino para los pacientes con fibromialgia. Este programa incluye un conjunto de prácticas interdisciplinarias que vinculan el ejercicio físico, la nutrición y el apoyo psicológico, además de un conjunto de actividades recreativas, cooperativas y colectivas ofrecidas por PRACORSAU, las cuales producen nuevos significados para la salud y la vida social de los usuarios (Oliveira et al., 2017). Los beneficios de este tipo de intervención se observan en el discurso de la mayoría de los pacientes entrevistados. A continuación, un ejemplo extraído de Oliveira et al., (2017).

“ (...) Además del ejercicio, la amistad, el afecto que todos se tienen. Las niñas en el proyecto también trabajan con gran atención, amor también, los niños también trabajan así [...] es una unión, el cariño que los pasantes tienen con nosotros, comenzando por todos ustedes, el maestro y todo, quiero decir, es muy cariñoso, estoy orgullosa de participar y creo que es por eso que estoy poniendo énfasis, mucha fe y coraje y me siento mejor y noto que también tengo que estar allí (...)”.

Para Oliveira y cols. (2017) al comprender el movimiento humano dotado de valores, deseos y significados socioculturales, facilita que los usuarios participantes en el proyecto experimentaran acogida y el vínculo a partir de las prácticas de salud corporal. Motta y Marchiori (2013 citado en Oliveira et al.2017) señalan que las prácticas terapéuticas corporales aplicadas a pacientes con fibromialgia pueden proporcionar elementos que la biomedicina descuida, como la dimensión de los sentidos y la relación con el cuerpo y la enfermedad, proporcionando a los participantes nuevos valores a través de gestos y conciencia corporal, estimulando el autoconocimiento corporal y la reunión del sujeto consigo mismo. Esta postura se plantea como diferenciada de una concepción fragmentada entre la mente y el cuerpo, posición más frecuente en las prácticas médicas enfocadas en localizar el sufrimiento en un lugar visible del cuerpo (Good, 2003 citado en Pinto, 2019). Aun cuando este debate acerca de la división mente-cuerpo parece resuelto, en la actualidad persisten diferentes lenguajes para describir lo mental o lo corporal, limitando la mirada hacia la forma en que estos fenómenos se interrelacionan y la manera en cómo son similares e incluso inseparables (Kort,1995). Aspecto que para el caso de la fibromialgia se encuentra integrado en la experiencia de sufrimiento del paciente (Pinto, 2019).

1.2. Antecedentes en la comprensión de fibromialgia desde la psicología

Los estudios que se realizan desde el área de psicología o que pretenden estudiar variables psicológicas asociadas a esta condición, suelen tener dos intereses, por un lado, identificar los impactos que el síndrome tiene sobre el bienestar y calidad de vida de las personas diagnosticadas, y por otro, identificar factores o variables que pueden mediar o moderar el impacto que tiene la enfermedad en la calidad de vida y/o en la intensidad de los síntomas.

De acuerdo con esto, varios estudios se centran en identificar si se presenta y en qué grado depresión en personas con fibromialgia (Aguilera, Paz, Compañ, Medina & Feixas, 2019; Ghiggia, Romeo, Tesio, Di Tella, Colonna, Geminiani, & Castelli, 2017), ansiedad (Hedman, Andersson, Hedman, Wicksell, Flink & Ljótsson, 2019), dificultad para implicarse en las actividades de la vida diaria (Danet, Prieto, Valcárcel & March, 2016; García, Nicolás & Hernández, 2016), estrés (Rodríguez, 2002), pero estos que suelen identificarse como efectos de la condición desde su definición, a su vez se señalan como mediadores de la calidad de vida general de las personas o mediadores de la intensidad de diversos síntomas, esto lleva a que se conceptualice, por ejemplo, que las personas con fibromialgia que presentan un mayor grado de depresión (un efecto supuesto de la condición), tendrán una menor calidad de vida general (Galvez, Montoro, Duschek, & del Paso, 2020), además que la intensidad y presencia de depresión mediaría la intensidad del dolor percibido.

Sin embargo, existen otros mediadores, que no necesariamente se los conceptualiza como efectos de la condición, por ejemplo, la tendencia a la hipervigilancia, la evitación por miedo al dolor (Hedman et al., 2019), y presentar un foco atencional en la experiencia interoceptiva (Borg, Emond, Colson, Laurent & Michael, 2015), se entenderían como mantenedores o exacerbadores

de los efectos negativos del síndrome en personas. De forma similar, variables como el apoyo social y el autocuidado que se comprenden como mediadoras y no como consecuencias, pueden favorecer que los efectos del síndrome sean menos marcados o se perciban con menor intensidad (Rodríguez, 2002), y en esa medida el uso de los servicios de salud se haga o se requiera con menor frecuencia (Boyer, Mira, López & Ferrandéz, 2011).

De acuerdo con lo descrito, se corrobora en buen grado lo expresado por Pulido et al (2020), quienes señalan que la investigación en fibromialgia se ha centrado principalmente en identificar factores psicológicos o físicos aislados y la relación que mantienen con la severidad de la fibromialgia. Adicionalmente, aunque algunos estudios tratan de identificar la relación entre diferentes variables, las asociaciones entre estas no se presentan en forma de un modelo unificado que permita atender a su interacción, sino que prima el énfasis en señalar el papel mediador o moderador de algunas variables en particular; lo cual está delimitado por el tipo y número de variables consideradas en los estudios. Esto lleva a que los determinantes o factores centrales para comprender y tratar la fibromialgia no se especifiquen claramente, encontrándose que varios de los supuestos efectos de la enfermedad, sean así mismos moderadores o mantenedores de la condición.

De otro lado, existen propuestas que más que señalar la relación entre variables mediadoras y efectos, parten de que unas mismas variables u origen dan lugar a la diversidad de síntomas que se presentan, estas propuestas señalan que experiencias estresantes, adversas y traumáticas (Weissbecker, Dedert, Salmon & Sephton, 2006; Sancassiani, Machado, Ruggiero, Cacace, Carmassi, Gesi, & Carta, 2017.) vividas en el pasado por los pacientes diagnosticados con fibromialgia, son un factor central en su configuración. Sin embargo, aunque está

documentado que un gran número de personas con el diagnóstico vivió este tipo de experiencias, no todos los pacientes con fibromialgia cuentan con una historia de experiencias adversas, por lo cual se ha considerado principalmente como un fuerte factor predisponente en su desarrollo.

Estas propuestas sugieren que la reactividad al estrés que se evidencia en las personas con fibromialgia, está relacionada con este tipo de experiencias, las cuales darían lugar a desregulaciones neuroendocrinas como la alteración del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y en la respuesta del sistema nervioso simpático, que coordinan la respuesta al estrés, así como otros cambios en la estructura y funcionamiento cerebral, los cuales se han identificado en pacientes con fibromialgia (Lee, 2010).

Según lo revisado respecto a la fibromialgia, los canales del estrés se encontrarían principalmente alterados para esta enfermedad, además tomando en consideración los efectos que ha tenido la experiencia de estresores a lo largo de la vida en los programas neurohormonales, es posible demostrar que la exposición a factores estresantes influencia las respuestas de estrés tanto a nivel conductual como fisiológico (Van Houdenhovea & Egleb, 2004). Desde este punto de vista el estrés tiene un rol predisponente, precipitante y perpetuante en la fibromialgia.

De acuerdo con esto, estas consideraciones implican que al evaluar e intervenir en los pacientes con fibromialgia, sería necesario evaluar si existe un historial de trauma, así como implementar intervenciones con fuertes componentes psicosociales para su adecuado abordaje (Lee, 2010).

Por último, los trabajos encontrados en el rastreo documental realizado en las bases de repositorios institucionales de algunas de las principales universidades colombianas, arrojaron que algunas de las temáticas desarrolladas desde el área de psicología o que exploraban variables

psicológicas asociadas a la fibromialgia, abordaban temas relacionados a la identidad de los pacientes, estrategias y estilos de afrontamiento, calidad de vida, relaciones familiares, apoyo social, situaciones estresantes en la cotidianidad, presencia de catastrofismo y alteración emocional. En estos repositorios, aunque se encontraron revisiones teóricas de intervenciones psicológicas para el abordaje de la fibromialgia, específicamente sobre la terapia cognitivo conductual (Contreras, 2011) y terapia cognitivo conductual de tercera generación (Uribe, 2012), no se encontraron propuestas, diseños o aplicaciones de intervenciones.

Como se observa, existen múltiples variables que son identificadas desde este campo dando cuenta de la multiplicidad de miradas que aún no han podido ser organizadas desde un enfoque unificado. Retomando la definición hecha por García, Castel y Vidal (2006) el término psicológico engloba “por un lado, emociones, afectos, conflictos, y por otro, cogniciones, modos de afrontamiento... Pero también incluye relaciones interpersonales, habilidades de comunicación y capacidades para resolver las dificultades y mecanismos de adaptación del sujeto” (p. 38).

La definición anterior también se ha visto implicada en las distintas conceptualizaciones que se han hecho por parte de la psicología en torno a la fibromialgia, en donde la comprensión o explicación que se hace depende de los factores elegidos dentro de la gama de las variables conocidas como psicológicas que decidan estudiarse, por tal motivo no se encuentran comprensiones unificadas frente a la fibromialgia y existe variedad en las formas de intervención que se ofrecen.

De igual forma, dentro del campo de la psicología clínica, esta dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos para trabajar con el síndrome de fibromialgia, no existe un

planteamiento específico desde la clínica en cuanto a esta enfermedad siendo una disciplina que se ha dividido por enfoques y que brinda distintas opciones psicoterapéuticas.

Por un lado, se ha preocupado por la conexión entre fibromialgia y psicopatología, reconociendo que la presencia de ciertos trastornos psiquiátricos como la ansiedad crónica predice dolores regionales y está asociada con tensión muscular, también afecta la receptividad que se tenga del dolor. Observándose una correlación entre la presentación de un trastorno y la duración de la enfermedad e intensidad del dolor (García, Castel y Vidal, 2006).

Respecto a los enfoques de orden cognitivo se han centrado en la forma en la que el paciente construye y atribuye significado, además de cómo interpreta el problema como aspectos que influyen en la percepción del dolor y en la forma en la que los síntomas son presentados frente a los demás (García, Castel y Vidal, 2006).

En cuanto a las posturas psicoanalíticas, hacen uso de la palabra como vehículo para que una sensación interoceptiva se convierta en sentimiento y tenga una representación psíquica, dichas representaciones dependerán de las vivencias intersubjetivas del paciente, de esta forma se atribuye un significado a los distintos hechos sensoriales desagradables (García, Castel y Vidal, 2006).

Cabe mencionar otros enfoques que recientemente se han empezado a considerar en el manejo de esta enfermedad, como las terapias de tercera generación en donde se apuesta a trabajar en la cronificación de la sintomatología desde una lógica de la aceptación y el aprendizaje a convivir con el dolor y sus consecuencias, ya que la lucha continua dirigida a la eliminación del dolor se convierte en un proceso de alto costo afectivo, emocional y conductual

que puede representarse en un incremento notorio de la frustración y del sufrimiento (Uribe, 2012).

Teniendo en cuenta que la psicología clínica es una disciplina que centra sus esfuerzos en el bienestar humano y que se preocupa por la salud mental de los individuos, el procedimiento que se plantea en este trabajo se enfoca en atender variables psicológicas que puedan impactar en la calidad de vida de los pacientes, basándose en conceptos clínicos como ansiedad, depresión, experiencias de estrés, apoyo social; todas aquellas que puedan aliviar el malestar emocional y los efectos psicosociales de la enfermedad.

De esta forma un abordaje desde la clínica visibiliza el malestar emocional y funcional, además de las alteraciones de esto frente a su entorno que padece el paciente con fibromialgia.

1.3. En busca de un modelo integrador de variables psicológicas y fisiológicas para entender la funcionalidad en la enfermedad de fibromialgia

Dada la complejidad para encontrar un único factor explicativo que pueda brindar una comprensión a esta enfermedad, se ha cuestionado el hecho de que modelos previos se han centrado en factores aislados para entender la severidad de este padecimiento, lo que no ha resultado explicativo (Pulido, Luque, Segura, Alvarez, Soriano, Acosta, Gavilan, McVeigh, Geenen, Delgado & Estévez, 2020).

Distintos autores se han preguntado por la forma en cómo se desarrolla un síndrome de dolor crónico que resulta en una limitación funcional importante en la vida cotidiana del paciente. Mclean, Clauw, Abelson & Liberzon (2005) resaltan que el dolor se convierte en una de las

variables que interviene trascendentalmente en el deterioro funcional que sufren los pacientes con síndromes de dolor crónico como la fibromialgia y el trastorno de latigazo cervical. Al respecto Mclean et al. (2005) señalan la capacidad de los factores psicológicos para influir en el desarrollo del dolor crónico moldeando el comportamiento y amplificando las sensaciones periféricas. Además, se añade la existencia de mecanismos neurológicos específicos del sistema de respuesta al estrés y la des-regulación de estos como participantes en el procesamiento desadaptativo del dolor. Esto se ve evidenciado en una presentación conjunta, en ciertos casos, del trastorno de estrés postraumático con fibromialgia y el trastorno de latigazo cervical, entre otros síndromes de dolor crónico.

La incorporación de estos elementos se plasma en el modelo de patogenia del dolor crónico descrito por Vlaeyen & Linton (2000) el cual propone que el proceso del dolor sigue un patrón cíclico mediante el cual el dolor genera miedo, que conduce a la evitación del comportamiento, la inactividad, la discapacidad y un mayor enfoque en la prevención del dolor. Desde este modelo el comportamiento de miedo y evitación contribuye significativamente al desarrollo y mantenimiento del dolor crónico, así como a las limitaciones funcionales relacionadas (Figura 2).

En la presentación inicial del modelo había una orientación hacia los factores cognitivo-conductuales participantes en el ciclo de dolor. Estos se entendían de la siguiente manera, después de una lesión que provoca dolor, puede ocurrir una de dos respuestas. La experiencia del dolor puede evaluarse como no amenazante, en este caso, el dolor se trata de manera adaptativa (es decir, el reposo inicial del área afectada seguido de aumentos graduales en la actividad) que le permite a la persona avanzar hacia la recuperación. O por el contrario, el dolor se valora como

amenazante y la persona comienza a ver el dolor como peligroso, presentando catastrofización sobre sus consecuencias nocivas. En este caso, la persona puede enredarse en un círculo vicioso que promueve un mayor miedo al dolor, evita actividades que se espera que produzcan dolor, genera hipervigilancia por el dolor y, como consecuencia, desuso, depresión y discapacidad. (Norton & Asmundson, 2003).

El modelo también considera dos vulnerabilidades que pueden intervenir en la manutención o mantenimiento de este ciclo, estas son el afecto negativo (o rasgos de neuroticismo) y una sensibilidad al miedo (mayor vulnerabilidad al pensamiento catastrófico y al miedo al dolor). Por lo tanto, para la práctica clínica, sería importante identificar estos rasgos de personalidad estables, ya que su presencia puede requerir un enfoque diferente y más completo que cuando se abordan las creencias para evitar el miedo en pacientes sin estas vulnerabilidades (Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma & Vlaeyen, 2007).

Figura 2

Modelo cognitivo-conductual en la patogénesis del dolor crónico



Nota: Tomado de Vlaeyen & Linton (2000)

Sin embargo, se han planteado modificaciones al modelo original que buscan complementar y nutrir sus postulados. Inicialmente se sugiere que el miedo se expresa generalmente en tres dominios que incluyen el nivel cognitivo, conductual y fisiológico. A lo que los modelos de miedo-evitación al dolor crónico se han centrado principalmente en el papel de las respuestas cognitivas y conductuales excluyendo en mayor medida el dominio de la respuesta fisiológica.

En este sentido el miedo, que es el enfoque principal de estos modelos, es un estado emocional caracterizado por la activación del sistema nervioso autónomo, que incluye cambios fisiológicos característicos del aumento de la salida simpática y la retirada parasimpática, para preparar al organismo para la acción. El miedo generalmente se conceptualiza como un sistema de tres respuestas, que comprende componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos (Lang, 1968, citado en Norton y Asmundson, 2003).

El componente cognitivo refleja las creencias, percepciones y procesos atencionales involucrados en el estado de ansiedad. El componente conductual refleja los mecanismos de motivación diseñados para promover la evitación o escapar de la amenaza percibida o anticipada. El componente fisiológico refleja respuestas del sistema nervioso autónomo (es decir, cambios circulatorios, neuromusculares y somáticos) que preparan a un organismo para protegerse contra la amenaza percibida o anticipada. Considerándose que estos tres componentes se refuerzan y exacerbaban mutuamente (Beck 1985, citado en Norton y Asmundson, 2003).

En el componente conductual relacionado con el miedo al dolor, se concentra en el comportamiento de evasión y evitación, demostrando algunos indicios conductuales como el bajo rendimiento en la acción y los movimientos vigilados durante tareas físicas. Cuando estos

comportamientos evitativos persisten en el tiempo pueden volverse inadaptados y conducir al descondicionamiento físico, caracterizado por la pérdida de flexibilidad ligamentosa, atrofia muscular y degeneración (Bortz, 1984; Fordyce, 1976 citado en Norton & Asmundson, 2003) lo cual aumenta la probabilidad de producir dolor. Además, es posible que se produzca una condición conocida como Kinesofobia o miedo al movimiento, lo que restringe la capacidad de funcionalidad y movilidad en los pacientes. A pesar de estas consecuencias negativas, la conducta de evitación se ve reforzada por la reducción a corto plazo del miedo relacionado con el dolor (Fordyce, 1976; Fordyce, Shelton y Dundore, 1982; McCracken, Zayfert, et al., 1993 citado en Norton & Asmundson, 2003).

En cuanto al componente cognitivo del miedo al dolor, diversos estudios (McCracken et al, 1993; Vlaeyen et al., 1995 citados en Norton & Asmundson, 2003) han encontrado relaciones significativas entre el miedo al dolor y las interpretaciones catastróficas o valoraciones negativas de estímulos dolorosos o potencialmente dolorosos, además se encuentra una relación entre el miedo elevado al dolor con un sesgo atencional al dolor.

Por último, para el componente fisiológico el cual ha recibido atención limitada en los modelos de dolor crónico. Se expone que independientemente de los estímulos desencadenantes, el miedo puede producir excitación fisiológica a través del sistema nervioso autónomo. Esta activación se caracteriza por síntomas que incluyen, frecuencia cardíaca acelerada, presión arterial elevada, aumento de la respiración, actividad gastrointestinal, aumento de la tensión muscular y aumento de la circulación a los músculos esqueléticos, así como vasoconstricción dérmica y cerebral, entre otros (Guyton y Hall, 1996; Hoehn-Saric y McLeod, 1993 citado en Norton y Asmundson, 2003). Estos síntomas, si son prolongados, estresan el cuerpo y pueden

tener una relación directa con los procesos fisiológicos y las estructuras anatómicas implicadas en síndromes específicos de dolor crónico.

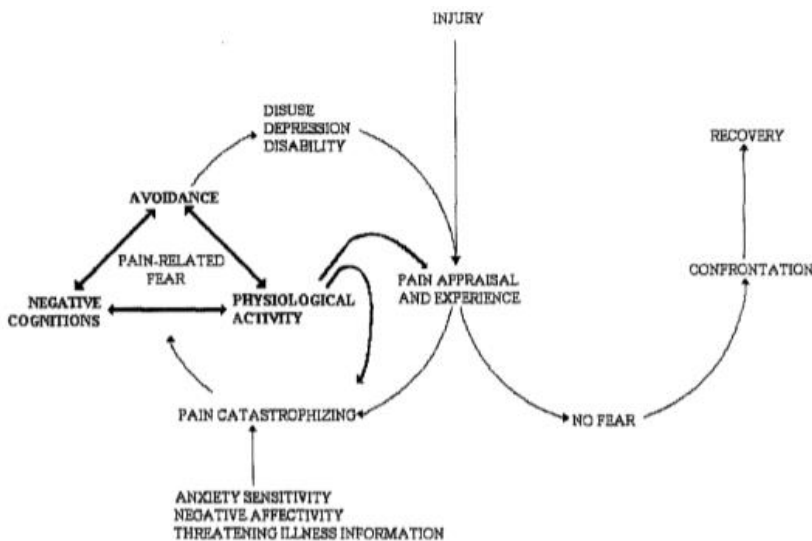
En esta medida, la nueva propuesta desarrollada por Norton y Asmundson (2003) enuncia que existe una contribución de los efectos fisiológicos de la desregulación autónoma y la tensión muscular, en la condición general de anticipación ansiosa que es de particular importancia en el contexto de los modelos para evitar el miedo (Figura 3).

El planteamiento de Norton y Asmundson (2003) propone que el componente fisiológico interactúa con los componentes cognitivo y conductual en un ciclo de retroalimentación de síntomas positivos, influyendo en la aprensión ansiosa, el catastrofismo, el estado de ánimo y el rendimiento disfuncional. Estos autores enfatizan en que ciertas actividades fisiológicas pueden aumentar la percepción de dolor por ejemplo un mayor grado de tensión muscular que es exacerbada por los procesos fisiológicos como un aumento en la frecuencia cardiaca, impactan en el grado de dolor percibido. Y a su vez, puede influenciar en la interpretación o valoración negativa del dolor, influyendo en el análisis cognitivo que se hace al respecto. Por ejemplo, el miedo genera excitación que produce sensaciones corporales como la tensión muscular, lo que suele conducir a inadecuadas interpretaciones de la naturaleza y el significado de estas sensaciones. Es decir, ante mayor tensión, esto se juzga como mayor dolor y en este sentido mayor catastrofización, favoreciendo propensión a responder con miedo a las sensaciones al interpretarlas catastróficamente. En resumen, las respuestas fisiológicas pueden conducir directamente al dolor y la evitación posterior, o pueden malinterpretarse catastróficamente y, como consecuencia, evitar situaciones asociadas.

De esta forma la excitación fisiológica puede entonces perpetuar el ciclo de cronicidad al desencadenar la experiencia del dolor o fortaleciendo las creencias negativas sobre la naturaleza y el significado del dolor.

Figura 3

Propuesta de corrección al modelo de miedo-evitación en la patogénesis del dolor crónico



Nota: Tomada de Norton y Asmundson (2003)

Tras esta modificación se plantean algunas implicaciones frente a la evaluación y el tratamiento en síndromes de dolor crónico.

Si la excitación fisiológica conduce directamente al dolor muscular e inicia el ciclo, entonces la evaluación de los patrones de excitación fisiológica y los tratamientos que ayudan al paciente a reducir la excitación fisiológica como las técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento activas pueden ser efectivas. Esto quiere decir que al exponerse a una situación que podría potencialmente provocar dolor se induce la excitación fisiológica, y esto a su vez puede llegar a influenciar una interpretación errónea o catastrófica de esas sensaciones, será importante

entonces la evaluación centrada en delinear el grado específico y la naturaleza de la ansiedad, evaluar el miedo relacionado con el dolor y la kinesofobia. Ante esto, se proponen abordajes como las técnicas de exposición interoceptiva; que sirven para romper las reacciones de miedo a los síntomas en el trastorno de pánico, lo que también podría ayudar a romper las interacciones entre las sensaciones y el miedo que se han adquirido en las condiciones de dolor crónico, aliviando la sensibilidad a las sensaciones fisiológicas o somáticas.

Para esta segunda versión se concluye que la actividad fisiológica que ocurre en función del miedo relacionado con el dolor, es una variable importante que merece atención en los modelos para evitar el miedo y en los paquetes de evaluación y tratamiento para diversas afecciones de dolor crónico (Norton & Asmundson, 2003).

Atendiendo a lo anterior, el modelo permite observar una asociación entre factores físicos y psicológicos que influyen el curso de la enfermedad, así como la participación de estos mismos en el grado de disfunción de su sintomatología.

Estos planteamientos permiten encontrar algunas consideraciones comunes entre el modelo de Norton & Asmundson (2003) con las perspectivas terapéuticas que integran el trabajo a nivel sensoriomotriz para el trastorno de estrés postraumático. Dichas comprensiones se basan en un modelo de la respuesta emocional en los seres humanos que involucra tres sistemas de procesos interrelacionados: neurofisiológico (sistema nervioso autónomo y activación neuroendocrina), procesos expresivos motores o conductuales y sistema cognitivo. Según Damásio, las emociones se generan al transmitir el estado actual del cuerpo al cerebro a través de la entrada aferente interoceptiva y propioceptiva (citado en Bravo et al, 2019). De esta forma, el control deliberado del comportamiento motor y su consecuente propiocepción e interocepción,

podría regular las emociones y afectar los sentimientos. Además, a partir de las nuevas experiencias corporales pueden aparecer cambios psicológicos, presentar formas nuevas de pensar y surgir nuevos aspectos existenciales (Bravo et al, 2019).

Wilber (1996 citado en Ogden, 2009) propone un tipo de procesamiento jerarquizado de la información que ha sido organizado evolutivamente e incluye los tres niveles de organización de la experiencia: cognitivo, emocional y sensoriomotriz. Estos sistemas también tendrían su correspondencia en la estructura cerebral que comienza con el desarrollo del cerebro reptiliano el cual lleva a cabo los planes de acción instintivos básicos correspondientes a los procesos primitivos de la exploración, la comida, las demostraciones agresivas y de la sexualidad. Seguido a este se encuentra el cerebro veteromamífero, o sistema límbico, que posibilita dar una resolución conductual y psicológica a todas las emociones e interviene específicamente en las emociones sociales. Por último, el neocortex favorece las funciones cognitivas superiores, asociadas con el razonamiento y el pensamiento lógico (Panksepp, 1998 citado en Ogden, 2009).

Si bien cada uno de los tres niveles del cerebro tiene su propia forma de responder y entender el entorno, estos son mutuamente dependientes y están entrelazados. Las funciones integradoras superiores evolucionan a partir de las funciones inferiores, es decir que para alcanzar un nivel de procesamiento cognitivo se requiere primero de un nivel de experiencia sensorio-motriz (nivel inferior). Lo anterior podría contribuir a explicar porque abordajes que incluyen el trabajo en el cuerpo en personas con el síndrome de fibromialgia, habilitan nuevas formas de procesamiento y reconocimiento emocional, reducción de catastrofización (Van der Maas, Köke, Bosscher, Twisk, Janssen & Peters, 2015), además de favorecer experiencias de regulación a través del cuerpo.

En complemento a lo anterior y con el ánimo de mostrar otras conceptualizaciones que integran y resaltan los factores corporales y emocionales en el planteamiento del dolor crónico. Se encuentra la propuesta de Cornero, Barros & Miranda (2015) la cual expone que el dolor, visto desde el punto de vista fisiológico, tiene por función alertar al sistema nervioso central acerca de un mal funcionamiento, agresión o perturbación y a partir de esto poner en marcha todos los recursos necesarios para solucionar el problema y garantizar su adaptabilidad. En este sentido el dolor puede verse, como una suerte de alarma o señal de que algo anda mal y debe arreglarse de inmediato o, en su defecto, que existe la necesidad de alejarse. Esto está en coherencia con lo planteado por Norton & Asmundson (2003) en la forma en que la respuesta fisiológica puede retroalimentar el círculo de evitación y ansiedad ante el dolor.

Según la hipótesis de Cornejo et al., (2015) la vivencia dolorosa crónica gatilla patrones de respuesta básica de supervivencia y en esa medida puede presentar asociación con emociones relacionadas con recuerdos y activación corporal existentes en la memoria psico-corporeo-emotiva-biográfica de quienes la padecen. Para ilustrar esta hipótesis, se plantea el ejemplo de un sujeto con dolor crónico el cual la respuesta de dolor lo va a llevar a percibir su vida amenazada, por lo que puede llegar a activar la vivencia emotiva y, por tanto, su patrón de respuesta conductual y corporal, evocará amenazas vivenciadas tempranamente.

Es por esto que los autores sugieren que la vivencia dolorosa crónica en oposición a la de dolor agudo, se acompaña generalmente de síntomas de angustia, depresión, trastornos del sueño, fallas en la atención y la concentración, fatiga y discapacidad (pérdida de las funciones de la vida diaria). A su vez, se expone que gran cantidad de pacientes con dolor crónico también presentan

preocupaciones somáticas excesivas, en relación a otros sistemas y desarrollan un bajo nivel de tolerancia a las molestias corporales.

Por tanto, siguiendo los postulados planteados anteriormente es indispensable incluir una evaluación psicológica y psicosocial asociada al dolor en los individuos que padecen de dolor crónico, sin perder la consideración en torno a cómo la vivencia dolorosa tiene un alto componente psíquico y la necesidad de equipos multidisciplinares para un mejor abordaje de este tipo de padecimientos (Cornejo et al., 2015).

Tabla 1

Definición de variables del modelo corregido de Evitación-miedo al dolor

Variable	Definición
Evitación	La evitación se refiere al comportamiento destinado a posponer o prevenir una situación aversiva (Kanfer y Philips, 1970, citado en Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma & Vlaeyen 2007). Para el caso de dolor crónico no es posible evitar el dolor, se evita la amenaza percibida, en este caso las actividades que se supone aumentan el dolor o la (re) lesión. El comportamiento de evitación podría reflejarse en un desempeño submáximo de las actividades (Leeuw et al.,2007).
Catastrofización (cogniciones negativas)	En relación con el dolor, es una orientación cognitiva negativa (evaluación o conjunto de creencias negativas magnificadas) hacia la experiencia del dolor actual o anticipada. Al ser un constructo multidimensional incluye pesimismo, rumiación e impotencia (ej. una persona puede esperar tener dolor severo por el resto de la vía, aunque su dolor en el presente sea moderado) (Turk, 2013; Magee et al., 2016; Cabrera-Perona et al., 2017; Pulido-Martos et al., 2020)
Actividad fisiológica	Excitación fisiológica a través del sistema nervioso autónomo, esta activación incluye síntomas como: frecuencia cardíaca acelerada, presión arterial elevada, aumento de la respiración, actividad gastrointestinal, aumento de la tensión muscular y aumento de la circulación a los músculos esqueléticos, así como vasoconstricción dérmica y cerebral. Estos síntomas, si son prolongados, estresan el cuerpo y pueden tener una relación directa con los procesos fisiológicos y las estructuras anatómicas implicadas en síndromes específicos de dolor crónico (Norton & Asmundson, 2003).

El componente fisiológico refleja respuestas autónomas del sistema nervioso (es decir, cambios circulatorios, neuromusculares y somáticos) que preparan a un organismo para protegerse contra la amenaza percibida o anticipada (Norton & Asmundson, 2003).

Sensibilidad a la Ansiedad (Vulnerabilidad)

La sensibilidad a la ansiedad (AS) se refiere al miedo a los síntomas de ansiedad basados en la creencia de que tendrán consecuencias perjudiciales. Por ejemplo, es probable que una persona que tiene altos niveles de AS se vuelva temerosa en respuesta a las palpitaciones del corazón, pensando que puede significar un paro cardíaco inminente, mientras que una persona con AS baja es más propensa a considerar las sensaciones como simplemente desagradables (Asmundson, Wright, Hadjistavropoulos, 2000). Una persona con esta vulnerabilidad tiene más probabilidades de adquirir miedo a una amplia variedad de estímulos y situaciones comúnmente encontrados.

Afecto negativo (Vulnerabilidad)

Es una dimensión general de angustia subjetiva que agrupa una variedad de estados de ánimo aversivos (como ira, desprecio, asco, tristeza, miedo y nerviosismo) (Robles & Páez, 2003). Un ejemplo de afecto negativo del modelo descrito anteriormente, es al tendencia a responder con miedo ante sensaciones o situaciones que provocan ansiedad. Por ello, altos niveles de afectividad negativa se asocian con alta hipervigilancia a todas las formas de amenaza interna o externa, por lo tanto, es una vulnerabilidad para desarrollar miedos específicos. En el caso de una persona que experimenta dolor, este puede ser en sí mismo la amenaza más saliente, y como consecuencia surge el miedo relacionado al dolor (Vlaeyen, 2000, Norton y Asmundson, 2003)

1.4. Otras variables psicológicas que influyen en la funcionalidad de la fibromialgia

Teniendo en cuenta que dentro de las definiciones de fibromialgia se considera la presencia de alteraciones en procesos psicológicos asociados con patologías como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno psicossomático y falta de concentración, su existencia como entidad médica ha sido puesta en duda, y han empezado a incluirse variables de orden psicológico que podrían contribuir a la explicación de la extraña enfermedad (Van Houdenhove & Egleb, 2004).

En primer lugar, se ha hablado de cómo las variables de orden psicológico juegan un papel perpetuante en la enfermedad, ya que aún no se ha logrado comprender la etiología que puedan llegar a tener en este padecimiento. Resaltado sus implicaciones en la afectación de la calidad de vida y el funcionamiento de los pacientes con fibromialgia.

Tomando como base el modelo biopsicosocial de factores perpetuantes propuesto por Van Houdenhove & Luyten (2008), en primer lugar, se habla del estrés como proceso nuclear que puede desempeñar un papel tanto predisponente, precipitante como mantenedor de la enfermedad. De acuerdo con esta perspectiva el estrés es definido como “cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente” (Van Houdenhove & Egleb, 2004, p. 172). El estrés favorece un mayor grado de angustia psicológica que altera canales de regulación físicos y psicológicos en el paciente.

En un nivel biológico, la respuesta al estrés es procesada principalmente por dos sistemas interconectados: el eje locus coeruleus-norepinefrina (LC-NE) y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA). Ambos ejes son estimulados por la hormona liberadora de corticotropina (CRH) secretada por el hipotálamo, la amígdala y otras estructuras cerebrales. La acción de estos sistemas puede producir efectos en los sistemas metabólicos, digestivos, reproductivos e inmunitarios. Según esto, los efectos de la carga psicosocial pueden aumentar una sensibilización e inhibición del eje HPA debido al daño por glucocorticoides y favorecer alteraciones en el estado de salud del individuo. Es así que para Van Houdenhovea y su equipo (2004) experimentar sucesos de abuso físico, sexual o emocional dentro de la infancia pueden aumentar la probabilidad de padecimientos psicológicos como ansiedad, depresión y somatización, así

como enfermedades orgánicas como diabetes, ACV, trastornos coronarios, etc; que pueden estar relacionadas con la hiperreactividad de por vida de los ejes LC-NE y HPA. Todo lo anterior habla del impacto que tiene el estrés en la salud física y psicológica de las personas (Van Houdenhove, 2004).

Evaluando el impacto del estrés como un factor perpetuante, se encuentra que muchos pacientes con fibromialgia mantienen patrones de estilo de vida disfuncionales, sometiéndose a una sobrecarga de actividad que provoca sentimientos de malestar tras el esfuerzo realizado y un aumento de los síntomas, lo que genera más estrés e impide la recuperación, además de empeorar la calidad de vida de los pacientes al no hacer ajustes funcionales a su condición (Van Houdenhove & Egleb, 2009). Además, la creciente comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad contribuyen a la persistencia de los síntomas a través de problemas de sueño crónicos, menos capacidad adaptativa y disfunción física y mental. La excitación e irritabilidad dan lugar a un aumento en la tensión muscular y la hiperventilación, resultando en una mayor intensidad del dolor y un incremento en la cantidad de puntos sensibles.

Adicional al estrés como proceso central, el modelo propone un conjunto de factores físicos, cognitivo-perceptuales, afectivos, de personalidad, comportamentales y sociales que tienen un potencial perpetuante en el síndrome de fatiga crónica y fibromialgia. Dentro de los factores perpetuantes de orden perceptual y cognitivo se encuentra la hipervigilancia somática, ya que muchos pacientes se centran excesivamente en signos mínimos de angustia física. Además, presentan una tendencia a hacer atribuciones somáticas rígidas mientras rechazan explicaciones psicológicas o psiquiátricas, lo que influye en que permanezcan más preocupados por sus limitaciones funcionales, o haciendo catastrofizaciones sobre el pronóstico de su enfermedad.

Estos sesgos perceptivo-cognitivos pueden desempeñar un papel perpetuante al hacer que los pacientes se sientan indefensos, lo que lleva a una disminución de la autoeficacia (Van Houdenhovea & Luyten, 2008). Lo anterior es coherente con la propuesta del modelo de miedo-evitación al dolor, en donde las cogniciones negativas juegan un papel en la forma de juzgar la posibilidad de enfrentar una situación y los recursos percibidos para hacer frente a ella adecuadamente.

Un concepto central asociado con los factores cognitivos, al que se le asigna un papel mediador, es el de catastrofización (Pulido et al., 2020; Boyer, Mira, López & Ferrandéz, 2011), este hace referencia a un estado mental negativo llevado a cabo durante la experiencia de dolor presente o anticipada basada en pensamientos negativos y expectativas negativas sobre el dolor (Sullivan 2009, citado por Cabrera, Buunk, Terol, Quiles & Martín, 2017), esto al ser usado como estrategia de afrontamiento podría ser un mediador del agravamiento y cronicidad de la condición. Además, se relacionaría con el nivel de angustia que una persona pueda presentar (Pulido et al.,2020), su capacidad funcional, la frecuencia de consumo de fármacos (Martínez, Gancedo, Chudáčik, Babío & Suárez, 2016), la frecuencia de uso de servicios de salud (Boyer, Mira, López & Ferrandéz, 2011), entre otros. El interés en este concepto puede deberse en parte a que las intervenciones psicológicas que se han preocupado más por evidenciar sus efectos son aquellas desarrolladas a partir de la propuesta cognitivo-conductual, donde los tipos y forma de pensamiento, más específicamente las distorsiones cognitivas, entendidas como errores en la interpretación de la información, tiene un papel explicativo central en el comportamiento y afrontamiento humano desadaptativo (Comeche, Martín, Rodríguez , Ortega, Díaz & Vallejo Pareja, 2010).

Otro concepto mediador relevante que se encuentra desde una perspectiva de la psicología cognitiva, es el de autoeficacia, la cual como lo propone Bandura (citado por Martínez, Zamora, Navarro & Luque, 2018) se refiere a la confianza personal para llevar a cabo una actividad con el objetivo de lograr exitosamente el resultado deseado. En el caso del dolor implicaría mostrar autoconfianza para gestionarlo y así poder ejecutar con éxito ciertas tareas de la vida diaria como trabajar, hacer ejercicio, implicarse en relaciones sociales, logrando así el resultado que se desea a pesar del dolor (Martínez et al, 2018). En cuanto a la fibromialgia, se ha identificado como un factor mediador o protector en la relación dolor-discapacidad, además se encuentra que tiene una relación negativa con la depresión, mientras que se relaciona positivamente con estrategias activas de afrontamiento (Pareja et al., 2009), con el funcionamiento físico, estado de salud, y bajos niveles de dolor y fatiga (Martínez et al, 2018; Jackson, Wang, Wang, & Fan, 2014).

Dentro de los factores afectivos, los más frecuentes son sentimientos de desmoralización y frustración en respuesta a la pérdida de capacidades anteriores, esto induce a que muchas veces los pacientes con fibromialgia evidencien manifestaciones de depresión mayor. Estas alteraciones en el estado anímico en ciertos casos se acompañan de limitaciones para experimentar afecto positivo, lo que puede perpetuar la enfermedad al reforzar los síntomas y aumentar el riesgo de que los pacientes entren en un espiral de limitaciones funcionales más severas, y a su vez influenciar un empobrecimiento de la respuesta ante el estrés (Van Houdenhovea & Luyten, 2008).

En cuanto a los factores de personalidad, se ha investigado acerca de ciertas características que pueden obstaculizar la adaptación a la enfermedad y así perpetuarla (Van Houdenhovea & Luyten, 2008). Entre estos se encuentra la alexitimia, definida como la dificultad

para identificar y verbalizar emociones (Nestares & Olivera, 2020; Romagnolli, Coria, Júnior, Sartori, de Souza Romanelli, Carvalho & Araújo, 2016) La persona no tiene suficiente capacidad de identificar sentimientos debido a la interiorización de las emociones, que al procesarlos puede desenlazar, como medio de expresión, en síntomas físicos (Ghiggia et al., 2017). Lo anterior puede conjugarse con actitudes introvertidas, rasgos de perfeccionismo y altos estándares personales que puede conducir a exceder las limitaciones físicas creando condiciones de estrés para el paciente.

Para los factores comportamentales, se señala la dificultad que tienen ciertos pacientes para aceptar sus limitaciones generando dificultades para adaptarse, favoreciendo angustia emocional. Esta baja aceptación puede conducir a implicarse en actividades inapropiadas o de sobreesfuerzo, poniéndose bajo presión más severa (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Por último, también se ha indicado que existe una falta de reconocimiento y comprensión a nivel social, basada en quejas de los pacientes acerca de una actitud escéptica y de poca credulidad que pueden perpetuar el malestar emocional y física de los pacientes. Disminuyendo la calidad de vida y fomentando un comportamiento hacia la enfermedad, ya que se tiene que demostrar que se está enfermo, disminuyendo las conductas orientadas hacia la recuperación (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

Se ha sugerido que factores como el apoyo social, influyen favorablemente en la percepción del dolor, predicen la autoeficacia percibida en el control de síntomas, disminuyen los índices de depresión y ansiedad, favoreciendo conductas que promueven el afrontamiento, la salud y el autocuidado (Salgueiro, Buesa, Aira, Montoya, Bilbao, Azkue, 2009).

En el estudio reportado por Salgueiro et al. (2009) los pacientes encuestados señalan entre un grupo de medidas y terapias que aportan mayor beneficio, a aquellas que fortalecen el apoyo social a partir de psicoterapia individual o grupal, lo que indica la importancia de favorecer espacios de contacto, satisfacción y comprensión en un formato grupal.

Frente a esta variable de apoyo social, Torrijos (2018) sugiere que los individuos que padecen un tipo de dolor físico están más predispuestos a sufrir también otros dolores de tipo psíquico, social o interpersonal. Ante esto reporta hallazgos que indican que pacientes con dolor crónico presentan más miedo y evitación de la interacción social y mayor incidencia de fobia social que las personas sin dolor crónico.

Tomando una segunda propuesta, se encuentra el planteamiento de Zafra, Pastor y López (2014) quienes proponen la interrelación entre autoeficacia, catastrofismo y miedo al movimiento como triada que explica la relación con la experiencia de dolor por parte de los pacientes, encontrando un valor preponderante en la variable de autoeficacia como la más relevante en la explicación de la experiencia de dolor de estos pacientes.

La autoeficacia corresponde a una creencia respecto a las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de la acción necesaria para que se produzca un logro. Una baja autoeficacia respecto al dolor se caracteriza por creer que el dolor es incontrolable en relación a las exigencias físicas de la vida diaria. Esto se relaciona positivamente con la persistencia del dolor y la incapacidad asociada (González, 2014).

Algunos autores han mostrado como la percepción de autoeficacia en el manejo del dolor crónico es el proceso psicológico responsable de la mejoría obtenida en este tipo de tratamientos

(Dobkin et al., 2010). Otros, han expresado la necesidad de considerarla junto con el Catastrofismo y el Miedo al Movimiento, a la hora de establecer grupos de tratamiento psicológico, dada la capacidad predictiva que los tres constructos han mostrado sobre el dolor y la discapacidad

Por último, González (2014) plantea un conjunto de factores emocionales, cognitivos y sociales en el inicio y persistencia de los cuadros de dolor. Recomendando la inclusión de dichos factores en las estrategias de intervención para condiciones con dolor crónico entre estas la fibromialgia. Dividiendo su propuesta en factores emocionales y dolor, factores cognitivos y dolor, conducta de enfermedad y dolor, factores sociales y dolor, trauma y dolor y factores laborales y dolor. Dentro de los factores emocionales se encuentran señalamientos en torno al círculo miedo, ansiedad y evitación, depresión, estrés emocional, en los factores cognitivos se encuentran los pensamientos catastróficos, además de las creencias y actitudes basadas en supuestos a partir de los estímulos dolorosos, las expectativas frente a la recuperación y la autoeficacia. El aspecto conductual reúne las acciones de afrontamiento frente al dolor. Los factores sociales reúnen las experiencias de empatía interpersonal y las conductas mediadas por el tipo de apego, encontrándose con indicadores que sugieren que personas de apego inseguro anticipan más catástrofe en respuesta al dolor experimental, mientras que aquéllos que presentan un apego seguro señalan menos dolor y catastrofización. Ellos perciben el dolor como un desafío y no como una amenaza (Meredith, Ownsworth & Strong, 2008 citado en Gonzalez, 2014). En el factor de trauma se reúnen las experiencias vitales de eventos traumáticos que pueden llegar a incrementar la activación simpática, la vulnerabilidad al estrés, incrementando el nivel de dolor en medio de una enfermedad aguda. Por último, los factores laborales describen factores

ocupaciones que llegan a ser predictores de cronicidad en tanto la satisfacción laboral, las demandas físicas en el trabajo, entre otros.

Tomando en cuenta la gran variedad de variables psicológicas implicadas en la enfermedad, y reconociendo que no existe un modelo que abarque todas las variables que podrían intervenir en el desarrollo y continuación de la fibromialgia. Por tal motivo, se han adicionado las variables de afrontamiento, autoeficacia y apoyo social que han sido destacadas en la literatura por mostrar una implicación amplia en el grado de malestar y compromiso funcional en la enfermedad. Añadiendo estos complementos al modelo elegido, se espera que la intervención pueda atender a las variables psicológicas más relevantes que se hallan comprometidas en el malestar de los pacientes.

Tabla 2

Definición de otras variables psicológicas incluidas en la intervención

Variable	Definición
Estrategias de afrontamiento al estrés	Son acciones que funcionan como mecanismo de adaptación, manejo y control del estrés producido por situaciones estresantes. En fibromialgia se encuentra que las estrategias activas y las centradas en el problema (persistencia en la tarea, ejercicio activo) son las más eficaces, mientras que otras más pasivas o estrategias cognitivas asociadas a la distracción y la catastrofización, se asocian con mayor malestar (Pareja et al.,2009).
Autoeficacia	La autoeficacia corresponde a una creencia respecto a las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de la acción necesaria para que se produzca un logro. Una baja autoeficacia respecto al dolor se caracteriza por creer que el dolor es incontrolable en relación a las exigencias físicas de la vida diaria (González, 2014).
Apoyo social	Proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo soporte material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis (Vega & Gonzalez,2009)

2. Las intervenciones mente-cuerpo: Una alternativa para la fibromialgia

2.1. Definición y principios de las terapias mente-cuerpo

Según el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM 2005) las terapias mente-cuerpo se han definido como terapias centradas en las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento. El objetivo de la terapia mente-cuerpo es mejorar la capacidad de autoconocimiento, autocuidado y proporcionar herramientas que puedan mejorar el afrontamiento, el estado de ánimo y la calidad de vida (NCCAM 2005 Apéndice 1; Wahbeh 2008, citado en Theadom, Cropley, Smith, Feigin, McPherson, 2015).

Algunos ejemplos de terapias mente-cuerpo incluyen la biorretroalimentación (uso de tecnología para dar retroalimentación auditiva o visual sobre procesos fisiológicos como el ritmo cardíaco para ayudar a las personas a poder tener más control sobre sus cuerpos); la atención plena (una forma de mirar el mundo sin juzgar); terapias de movimiento (uso del movimiento físico para estimular la claridad mental, como yoga, tai chi, qigong); ciertas terapias psicológicas (que emplean técnicas para ayudar a las personas a tomar conciencia de sus propios pensamientos y comportamientos, como la divulgación emocional escrita y algunas vertientes de la terapia cognitiva conductual); y estrategias de relajación (técnicas para ayudar a calmar la mente y relajar el cuerpo, como técnicas de respiración, imágenes visuales, imágenes guiadas, relajación muscular progresiva).

Según Theadom et al., (2015) los criterios que determinan una intervención mente-cuerpo son: 1) basarse en el principio de que la mente y el cuerpo están interconectados; 2) apuntar a aumentar el autoconocimiento; 3) aspirar a aumentar la capacidad de las personas para autogestionar su salud y las consecuencias de la mala salud; 4) comprometer activamente e

involucrar al participante en la intervención y en su proceso de recuperación; y 5) proporcionar herramientas para mejorar el afrontamiento y el autocontrol de la afección. No se incluyen las terapias basadas en el ejercicio físico, ni las intervenciones administradas manualmente como: masajes, acupuntura, fisioterapia, ya que, los pacientes no participan activamente en el tratamiento, un criterio clave de las intervenciones mente-cuerpo.

Las terapias mente-cuerpo nacen de una concepción de la medicina mente-cuerpo, la cual tiene su origen dos décadas atrás en el campo de la psico-neuro-inmunología o el estudio de las interacciones de procesos de conducta, neuronales, endocrinos e inmunológicos, a partir del cual se crea un nuevo paradigma en salud (Rodríguez, 2005). La medicina mente-cuerpo sugiere que la salud es mucho más que sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar general (social, físico, mental) (Shang, 2001 citado en Rodríguez, 2005).

Desde esta perspectiva, el cuerpo trasciende la mirada anatómica de una representación corporal que es diseccionada en partes y se entiende racionalmente desde una lógica mecanicista. Para las terapias mente-cuerpo, el cuerpo se concibe desde una mirada holística (cuerpo-emociones-mente), el individuo es su cuerpo (Galvez & Sastre, 2011). Considerando al cuerpo como clave para la transformación social, personal y de la salud (Rodríguez, 2005). Desde este lugar la mente puede tener impacto en el funcionamiento del cuerpo, y a su vez el funcionamiento del cuerpo puede tener impacto sobre la mente, lo que se apoya en el principio de totalidad y unicidad en la experiencia humana.

Se reconoce la experiencia corporal como una síntesis entre emoción, pensamiento, sensación, consciencia, movimiento y postura (Galvez & Sastre, 2011). Para Galvez & Sastre (2011) “el cuerpo constituye la puerta de entrada al conocimiento de sí en tanto es el espacio en

que se interconectan todas las experiencias vitales del sujeto (emociones, recuerdos, sensaciones, pensamientos, sentimientos, movimientos y experiencias con todo el ser)” (p. 20), sin hacerse una distinción físico-mental. El cuerpo se reconoce como un circuito de retroalimentación en donde cualquier evento tiene lugar en un organismo completo (Young, 2006; Caldwell, 2009; Zahner, 2009; Prengel, 2008; Kurtz, 1997, Keleman, 2003, 2004, citado en Galvez & Sastre, 2011). Del mismo modo, se reconoce al cuerpo como un espacio expresivo que proyecta al exterior las significaciones subjetivas relacionadas con lo orgánico y simbólico, otorgándoles una ubicación espacio-temporal (Galvez & Sastre, 2011).

En las terapias mente-cuerpo todo lo que influye en la experiencia humana implica una existencia encarnada, corporizada, en la cual lo que le sucede al sujeto ocurre en formas tanto físicas como psicológicas. Frente a la enfermedad estos abordajes se apoyan en el principio de construir y sanar el cuerpo desde sí mismo, considerando en la experiencia humana el proceso de auto-curación y auto-organización, que atiende a los procesos orgánicos y necesidades que tiene el paciente, y por esto se considera un participante activo en su salud y curación.

La terapia se fundamenta en el uso de la experiencia física directa del cuerpo para sanar integralmente. Desde esta perspectiva el proceso de cambio y consolidación de nuevos reconocimientos y habilidades, a diferencia de los modelos tradicionales que utilizan un enfoque de arriba hacia abajo (top-down) (es decir, convertir el conocimiento declarativo en conocimiento procesal a través de la práctica), promueve un enfoque de abajo hacia arriba (bottom-up) donde a partir del conocimiento procedimental se desarrolla o emerge el conocimiento declarativo (Sun, Merril & Paterson, 2001). Es por esto que el lenguaje no se plantea como herramienta esencial en estos abordajes, manteniendo un enfoque experiencial a lo largo de sus intervenciones.

Es importante aclarar que las terapias mente-cuerpo están definidas desde una óptica transdisciplinar, y en este sentido, en lo que se refiere al campo clínico varias psicoterapias ingresan en esta lógica por ejemplo la psicología somática (Ogden, 2009; Ogden 2016), intervenciones psicológicas basadas en mindfulness (Hervás, Cebolla & Soler, 2016), variantes de la terapia cognitivo-conductual algunas psicoterapias de corte humanista (Salgueiro, Buesa, Aira, Montoya, Bilbao, & Azkue, 2009).

2.2. Las terapias mente-cuerpo en el tratamiento de la fibromialgia

Existen propuestas terapéuticas que han basado sus abordajes en esta interconexión entre los factores físicos y psicológicos proponiendo intervenciones que logran incorporar técnicas centradas en el cuerpo permitiendo el abordaje tanto de síntomas emocionales como físicos (dolor, tensión, rigidez, etc). Este es el caso de las terapias de conciencia corporal y movimiento (Bravo, Skjaerven, Guitard & Catalan, 2019; Bravo et al., 2019) además de los abordajes centrados en mindfulness y la danza.

En relación con los resultados específicos de estas intervenciones encontrados en ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) y en revisiones de estos, se encuentra que intervenciones como el mindfulness, las terapias de relajación, terapias de movimiento se asocian con un mejoramiento en el funcionamiento físico, en el grado de dolor, y en el bajo estado de ánimo (Theadom et al., 2015). Por su parte, Van der Maas (et al., 2015) evidenció que una intervención centrada en la conciencia corporal se asocia con reducciones en el grado de catastrofización (Van der Maas et al., 2015), mientras que Bravo (et al, 2019) evidencio que este tipo de intervenciones influyen en el dolor percibido, la ansiedad y la calidad del movimiento. Así mismo, I23, reportó aumento en

la tolerancia de los umbrales de dolor en los puntos sensibles ubicados en la mitad superior del cuerpo, algunos de los cuales predijeron mejoras en la capacidad funcional para actuar en la vida diaria, el dolor y la fatiga.

Por su parte, el Tai chi ha evidenciado tener efectos positivos en el dolor, fatiga, fuerza y flexibilidad de personas con fibromialgia (Wong, Figueroa, Sánchez, Son, Chernykh, & Park, 2018). Así mismo (Wang, Schmid, Fielding, Harvey, Reid, Price & McAlindon, 2018) identificó que el Tai chi resultó, en resultados similares o mayores en el mejoramiento de los síntomas que los arrojados por el ejercicio aeróbico, el cual es uno de los de abordajes no farmacológicos de elección. Entre los síntomas que mejoraron con estas intervenciones se encuentran el nivel de ansiedad, depresión, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, funcionamiento físico, sueño y calidad de vida asociado con salud.

Para entender el porqué de sus efectos benéficos, Moraes, Miranda, Loures, Mainieri, & Mármora (2018) luego de hacer una revisión de los efectos cerebrales de este tipo de terapias, y compararlos con los de la terapia cognitivo conductual, indicó que estas deben sus efectos a una reducción en los niveles de cortisol, epinefrina, y norepinefrina, hormonas relacionadas al estrés, lo cual se considera una variable central en la explicación de los síntomas de la fibromialgia.

La investigación hecha por Salgueiroa, Buesaa, Airaa, Montoyab, Bilbaoc & Azkuea (2009) quienes realizan una encuesta a pacientes con fibromialgia, preguntando por aquellos abordajes que han considerado de beneficio en su condición; reportan una mayor valoración positiva en aquellas estrategias que implican la consecución de relajación y distensión muscular, la respiración y la relajación, el spa o la balneoterapia, los masajes o el reposo, o aquellas que fortalecen el apoyo social a partir de la psicoterapia individual o grupal.

Por último, se han hecho consideraciones acerca de tratamientos orientados a la expresión corporal o el movimiento creativo, considerando que estos se encaminan hacia una visión de la promoción de la salud, donde se favorece en la persona la capacidad para decidir e incidir en el mejoramiento y mantenimiento de su salud. Esto se confirma en investigaciones que muestran que la atención plena disposicional y la autocompasión tienen una asociación positiva con el bienestar y una asociación negativa con el afecto negativo (por ejemplo, vergüenza, culpa y ansiedad), dificultades de salud mental (por ejemplo, depresión) y procesos cognitivos desadaptativos como la rumia, la preocupación y la supresión de pensamientos (Barnard and Curry 2011; Keng et al. 2011; MacBeth and Gumley 2012; Tomlinson et al. 2018; Zessin et al. 2015, citados en Leeuwerik, Cavanagh & Strauss, 2020).

3. Fundamentación técnica para el diseño de un programa

3.1. Correspondencia entre las variables psicológicas y las técnicas orientadas desde un enfoque mente-cuerpo

A partir de estas comprensiones acerca de las terapias mente-cuerpo, tiene lugar un entendimiento de la forma en cómo interaccionan procesos fisiológicos y psicológicos en el curso de la enfermedad. Y cómo estos se presentan de manera integrada en la experiencia de malestar de los pacientes con fibromialgia. De tal manera se plantea algunas de las técnicas de intervención que desde la lógica mente-cuerpo podrían apoyar la intervención de cada una de las variables psicológicas y factores perpetuantes presentados en los modelos propuestos.

La evitación entendida cómo el comportamiento destinado a prevenir una situación aversiva, que para el caso de pacientes con dolor crónico se enlaza con la amenaza que representan

ciertas actividades como potenciales generadoras de dolor, se enmarca a su vez en el desarrollo de ciertas características cognitivo-conductuales identificadas por Van Koulil et al (2008) como: alto nivel de comportamiento de evitación del dolor, preocupación o gran atención a los estímulos dolorosos, preocupación relacionada con el dolor, miedo al dolor y al movimiento.

A un nivel emocional, la experiencia de dolor, también está asociada al miedo y a la ansiedad, emociones que a su vez contribuyen al dolor. Según Gonzales (2014) estas emociones tienen características diferentes, el miedo es generado por una amenaza presente e inminente y motiva una respuesta defensiva activa (escape). La ansiedad en cambio, surge desde la anticipación y se caracteriza por la vigilancia y la respuesta defensiva pasiva (evitación). La ansiedad anticipatoria y el miedo asociado al dolor, se transforman en emociones desadaptativas cuando el dolor persiste en el tiempo, presentando alteraciones en la correlación neurofisiológica a nivel cerebral, el desarrollo de interpretaciones cognitivas del dolor como amenaza (catastrofización), modificación de los procesos atencionales (hipervigilancia) conllevando a que el sujeto se introduzca en conductas de evitación en ocasiones asociadas con la limitación de los movimientos (Gonzales, 2014).

Adicional a estos factores de orden cognitivo, comportamental y emocional, autores como Salvador (2012) señalan que las experiencias que se conforman ante estados de estrés, también empiezan a configurar reacciones fisiológicas de supervivencia que se gestan tras estas circunstancias, reacciones que quedan evidenciadas en determinados patrones de tensión o inhibición corporal, expresiones de malestar fisiológico e influencias en la organización de la autorregulación. Todo lo anterior influye en que los pacientes con dolor se sientan inseguros y con

miedo tras enfrentar las actividades y que perciban en las propias señales del cuerpo indicios de amenaza para inhibir su acción.

Tomando esto en cuenta una implicación práctica para el tratamiento, es que los pacientes requieren importante apoyo y contención psicológica, así como una exposición gradual a la actividad física. En este sentido Van der Maas (et al., 2015) propone como estrategia la creación de alternativas de afrontamiento asociadas con el miedo empleando el cuerpo, activando acciones que propicien un contacto más seguro y cómodo con el cuerpo. Para Jiménez (2015) estas acciones se gestionan a partir de estrategias de autoatención que movilizan a los pacientes a establecer estrategias de adaptación y afrontamiento frente a las limitaciones y actividades cotidianas. Encontrando un equilibrio a partir de formas de movimiento que se sientan más seguras, mostrando conciencia en los ritmos, tomando en cuenta la preparación antes de hacer una actividad, realizando fraccionamiento de las actividades, considerando los tiempos y llevando a cabo posturas de descanso. Lo anterior también está orientado en intervenciones de conciencia corporal, en donde a partir del cuerpo se impulsa la capacidad consciente del individuo, la orientación hacia sí mismo y un estilo de vida saludable (Galves y Sastre, 2011)

En abordajes encaminados hacia la expresión corporal se habla de la importancia tanto a nivel grupal como individual de favorecer juegos que propicien la exploración del cuerpo, del espacio y de materiales diversos como aspectos que potencian el sentimiento de aceptación y conocimiento corporal, necesarios para el desarrollo de la sensibilidad, la autoestima y la valoración de la configuración y funcionamiento del cuerpo al servicio del bienestar individual y colectivo (Rodríguez, 2008). Al desarrollar herramientas de autoatención y autocuidado el paciente incrementa su capacidad de respuesta ante los estresores (Price, McBride, Hyerle, Kivlahan, 2007).

Para Price et al., (2007) el mindfulness, la conciencia corporal, y el focusing son alternativas que permiten disminuir la evitación de la experiencia sensorial. Price (et al, 2007) emplea en en pacientes con diagnósticos de estrés postraumático y dolor crónico el programa “mindful awareness in body-oriented therapy” (MABT) como intervención basada en los principios de la aceptación versus la evitación de las sensaciones somato-emocionales, manteniendo énfasis en el acceso y la aceptación de la experiencia somato-emocional usando el cuerpo. Este elemento ayudará a que las experiencias corporales no solo no se experimenten como amenazantes y desaten la respuesta de miedo y evitación, sino que también permite estabilizar y regular el sistema nervioso.

La técnica de focusing permite aproximarse de manera consciente y sin juicio ante un sentimiento problemático o difícil, habilitando la conexión con las sensaciones físicas y la tensión muscular (Sadigh & Montero, 2001). En primer lugar, se ubica una sensación sentida “felt-sense” sobre la cual se quiera trabajar. Ahí empieza la Focalización. Una vez que la persona comienza a describir dicha sensación, el terapeuta acompaña al focalizador(a) por medio de reflejos de sentimientos y de preguntas (no interpretativas) que permitan identificar con detalle las sensaciones sentidas (Argueta y Londoño, 2013). La capacidad de focalizar, actúa como puente entre cuerpo, las emociones y la mente, ayudando a que la persona se conecte con la sensación sentida y que en vez de transformar todo en síntomas, se conecte con el significado de éstos (Klagsbrum, 2009, citado en Argueta y Londoño, 2013).

Teniendo en cuenta que los estudios en fibromialgia (Argueta y Londoño, 2013) sugieren una vinculación entre sintomatología y emociones, situaciones de estrés o experiencias de vida que se manifiestan en el cuerpo, la focalización en mujeres con síndrome de fibromialgia, es óptima para trabajar dichos aspectos desde el cuerpo, permitiendo que la persona desarrolle la

habilidad para enfrentar lo que manifiesta su corporalidad. se considera una herramienta liberadora, que propicia una relación comfortable con los sentimientos fuertes de manera llevadera, basándose en la aceptación y auto-empatía (Weisser Cornell 1999 citado en Argueta y Londoño, 2013).

En cuanto a la catastrofización, los esfuerzos han sido conducidos hacia el aprendizaje de la interpretación de las señales corporales sin pensamientos negativos ni sentimientos concomitantes. Algunas propuestas invitan a centrarse solo en las sensaciones internas del cuerpo, describiéndolas de la manera más distante y objetiva posible, normalizando los sentimientos que tiene el paciente en el contexto específico. conduciendo a que se mantenga enfocado y con una atención pasiva (Van der Maas et al., 2015). Actividades de rastreo y discriminación de las sensaciones en un lenguaje descriptivo y sin juicio, focusing sobre la actividad mental a partir de la meditación mantra (repetir o enfocarse, en una palabra), como técnica orientada cognitivamente ya que la repetición del mantra resultará en una reducción de la actividad cognitiva constante (Sadigh & Montero, 2001). Ejercicios de fisicalización y distanciamientos de los pensamientos o creencias limitantes (Weiss, Johanson & Monda, 2015). Además, identificar cómo dichos pensamientos o creencias son sostenidos a partir de hábitos procedimentales, que refuerzan y actualizan con el tiempo ideas cómo “soy inútil”, “fue mi culpa” reconociendo el impacto que estas creencias han tenido en el cuerpo. Lo anterior se trabaja a partir de técnicas cómo la lectura corporal de las creencias nucleares, descubrir una creencia nuclear de tu cuerpo, en donde se enseña a los pacientes a identificar un patrón de tensión en su cuerpo, y mediante el conocimiento consciente, transformar el lenguaje de la tensión para descubrir la creencia que podría reflejar (Ogden & Fisher, 2016) fortaleciendo la habilidad del ser humano para identificar y asociar lo que siente en un momento dado.

Por último, se ha encontrado que una orientación hacia la aceptación ayuda a reducir significativamente el catastrofismo obteniendo unos resultados positivos en pacientes con dolor crónico (García, Campayo y Rodero, 2011). Se han sugerido técnicas relacionadas con mindfulness y terapia de compasión como formas de cultivar la aceptación y disminuir la sobreidentificación con la experiencias o emociones dolorosas (Torrijos, 2018).

Siguiendo la conceptualización y el trabajo de Kristin Neff, la autocompasión es definida como un constructo con 3 componentes: 1) ser consciente o “mindful”, más que sobreidentificarse con los problemas, 2) conectar con otros, más que aislarse, y 3) adoptar una actitud de autoamabilidad, más que de autojuicio, (Neff, K., 2003). Esto es retomado por Torrijos (2018) quien se refiere al concepto de “autocompasión” como “ser tocado por el propio sufrimiento” generando el “deseo de aliviar el propio sufrimiento, tratándose a uno mismo con comprensión y cariño” (p. 108). Esta disposición busca que ante las situaciones estresantes o difíciles de la vida se active una respuesta de calma y comodidad que refleje autocompasión, contrarrestando los intentos de control y arreglo inmediato del problema (Neff, K., & Germer, C., 2013).

Desde este planteamiento, se propone la “meditación de la bondad” (Loving-Kindness Meditation) como intervención orientada a regular los sentimientos de ira y resentimiento (hacia uno mismo u otros) característica frecuente en personas con dolor crónico (Carson, J. W. & cols., 2005). Encontrando resultados positivos en cuanto a la disminución de la intensidad del dolor y mejoramiento en el ajuste psicológico de los pacientes. Torrijos (2018) identifica que la autocompasión resulta una estrategia útil en la regulación emocional ante los sentimientos de dolor, al no ser evitados sino apreciados con conciencia, amabilidad, comprensión y un sentido de humanidad compartida.

Considerando el manejo en regulación del componente fisiológico, se encuentran propuestas que emplean estrategias de conciencia corporal y relajación como alternativas ante las respuestas sensibilizadas del sistema de respuesta al estrés (Nijs, Van Houdenhove y Oostendorp, 2010). Las prácticas de respiración pranayámica, caracterizadas por una manipulación del movimiento de la respiración, contribuyen a una respuesta fisiológica caracterizada por la presencia de una disminución del consumo de oxígeno, una disminución de la frecuencia cardíaca y una disminución de la presión arterial, así como un aumento de la amplitud de la onda theta en los registros electroencefalográficos, aumentando la actividad parasimpática mientras favorece una experiencia de alerta y revitalización. En pacientes con fibromialgia, se ha reportado que cambios en la respiración a un ritmo lento y profundo puede estimular directamente el sistema nervioso de descanso y digestión. Ejercicios de relajación, detectando el inicio de los síntomas físicos que sirven como señal de alarma para comenzar a practicar la relajación.

La técnica de automasaje es uno de los componentes de la terapia orientada al cuerpo (The body-oriented therapy), permite reducir la tensión y aumentar la conciencia de las señales de estrés físico en combinación con la alfabetización corporal, desarrollando la capacidad de una persona para identificar y articular la experiencia sensorial, esta técnica impulsa la relación y la alfabetización corporal, ejercita la habilidad para identificar y articular lo que se nota en el cuerpo, así como las mejores palabras para describir las sensaciones, mientras que el terapeuta acompaña con preguntas como "¿Qué estás notando en tu cuerpo en este momento?" y, "¿Cómo describirías cómo se siente en esta área?" (Price,2005)

También es posible gestionar recursos que faciliten la homeostasis tanto fisiológica como psicológica, impulsando las habilidades de regulación que permitan mantener la activación dentro

del margen de tolerancia. Estos postulados, son centrales en el modelo de terapia sensoriomotriz de Ogden (2009), quien define los recursos como todas aquellas habilidades, capacidades, objetos, relaciones y servicios que dispone una persona. Tales recursos facilitan la regulación, energía, fortaleza, resistencia, brindando una sensación de destreza y de resiliencia.

El desarrollo de los recursos comienza por reconocer y admitir los recursos ya existentes, a partir de una actitud de validación y reconocimiento por parte del terapeuta, desde donde se amplían y refuerzan los ya existentes y se favorecen los nuevos.

Inicialmente se trabaja en los recursos somáticos, que comprenden habilidades que se derivan de la experiencia física, pero que influyen en la salud psicológica. Según Ogden (2009) los recursos somáticos son todas aquellas funciones y capacidades físicas que favorecen la regulación y brindan una sensación de bienestar y de capacidad a nivel somático y psicológico. Estos pueden ser, funciones fisiológicas elementales (la digestión) las capacidades sensoriales (la capacidad de ver, oír, oler y gustar) y las habilidades de regulación (la capacidad de arraigarse y de centrarse conectando con el propio centro), sensaciones de destreza y de placer; todo lo anterior fomentado a partir de experimentos para favorecer los recursos somáticos

En cuanto a las dos dimensiones de vulnerabilidad, sensibilidad a la ansiedad y afecto negativo, nuevamente las propuestas interventivas giran en torno a las aplicaciones del mindfulness (Yagüe, Sánchez, Mañas, Gómez & Franco, 2016), acompañadas de prácticas meditativas orientadas hacia la autocompasión o enfocadas en el alivio de síntomas depresivos, para el caso de la dimensión de afecto negativo. Por otro lado, abordajes desde la conciencia corporal, que impulsan a que el paciente recupere el contacto con las dimensiones motoras y sensoriales de su propio cuerpo desde la conciencia y la aceptación, empleando la respiración

como puente entre el cuerpo y la vida emocional, tomando a la respiración como medio para redescubrir y revitalizar la vida emocional (Gard, 2005).

Siguiendo las propuestas de Ogden & Fisher (2016), la regulación afectiva y emocional no solo implica la reducción de la intensidad afectiva o la disminución de la emoción negativa, ya que también es necesaria una amplificación de la emoción positiva, para contribuir en la auto-organización de los pacientes, siendo un objetivo relevante proporcionar oportunidades para que los pacientes aumenten sus emociones positivas. Esto es trabajado a partir de la experiencia momento a momento, en el aquí y en el ahora de experiencias que implican humor, espontaneidad, liviandad, alegría experimentadas a lo largo de la sesión, se nombran y reflejan en los pacientes; además, se explora qué movimientos corporales acompañan a las emociones positivas. Qué postura o movimiento aparece en un momento de disfrute o diversión, por ejemplo: movimientos expresivos o de apertura, movimientos o pasos enérgicos, expresiones faciales, etc. lo que favorecerá la capacidad de los pacientes para experimentar estados positivos.

Para las dimensiones de estrategias de afrontamiento y autoeficacia, intervenciones desde mindfulness acompañado de ejercicios de yoga, permitieron el desarrollo de una mayor presencia momento a momento, favoreciendo posturas hacia la aceptación y la voluntad de aprender del dolor y otras experiencias estresantes, comenzando a reconocer con mayor claridad qué opciones contribuyen a un mayor bienestar frente al sufrimiento. Estas estrategias permiten el reconocimiento de un patrón ondulatorio en todo tipo de experiencia, compuesto de surgimiento, cresta y disminución, extrayendo estrategias de afrontamiento basadas en la reconexión con el "ser simple" (la sensación familiar e inmediata de estar presente en cualquier momento), como una forma de mantener el equilibrio en medio del tumulto de circunstancias estresantes,

distinguiendo entre los eventos reales y las tendencias de nuestras mentes para crear "historias" sobre estos eventos, practicando la bondad y la paciencia con uno mismo y con los demás (Caron & Emery, 2010).

A su vez la conciencia corporal permite aumentar la capacidad del individuo para controlar los movimientos dolorosos y movilizar los propios recursos lo que lleva a mayor capacidad funcional (Bravo, 2019; Gard, 2005). Por último, es importante destacar que los tratamientos orientados a trabajar en las habilidades de afrontamiento desde un enfoque interdisciplinar mencionan la importancia de alentar a los pacientes a discutir las dificultades de vivir con los síntomas de Fibromialgia, el impacto de esto en sus familias y las formas de adaptación. En general, el objetivo de este procedimiento es ayudar al paciente a sentirse activo, ingenioso y competente en contraste con sentirse pasivo, indefenso e incompetente. A partir de estas estrategias se busca fomentar la autoeficacia a través de la información, la práctica y el dominio.

Adicionalmente, estas intervenciones sugieren la importancia de propiciar espacios de evaluación y devolución para los pacientes, en donde puedan reconocer las estrategias que ya usan. Lo que se conecta con la importancia de presentar un modelo de funcionamiento, en el que se explique o se retroalimente como se están manteniendo los síntomas, como forma de expandir la conciencia del consultante en los determinantes de su comportamiento (Sadigh & Montero, 2001). Esto posibilita que el consultante gane mayor confianza o maestría, y se motive a emplear otras estrategias diferentes a la evitación o a sobreesfuerzo.

La última variable incluida es la de apoyo social, si bien hay abordajes que señalan la importancia de trabajar e incluir en el proceso de tratamiento a miembros de las esferas sociales

significativas del paciente: familia, pareja, círculo social, además de buscar la vinculación comunitaria e institucional como formas de acceder a soporte social. La forma en la que va a ser retomada esta variable en el procedimiento propuesto, va a ser con la intención de reconocer los recursos de reconocimiento, contención, soporte a nivel social que puede construirse en un espacio grupal constituido por los mismos pacientes, buscando formas de conexión y sentido de pertenencia que soporten el espacio terapéutico.

En la propuesta de Torrijos (2018) se explica cómo estrategias orientadas por la compasión también buscan construir un sentido de humanidad compartida en contraposición a las respuestas de aislamiento y soledad, y en la medida en que los dolores físicos, emocionales e interpersonales generalmente se presentan de forma conjunta, experiencias que atiendan el dolor interpersonal o emocional también se relacionará con una reducción del dolor físico. Por ejemplo, el contacto físico amable, como sostener la mano de un ser querido, conduce a una reducción del dolor reportado por la persona, y a una reducción de la actividad cerebral relacionada con el dolor (Eisenberger, N. I. & cols., 201, citado en Torrijos, 2018). Es así que la intervención terapéutica basada en compasión pretende fomentar, entre otros aspectos, el sentimiento de humanidad compartida, así como un vínculo seguro y de cuidado hacia los demás y hacia uno mismo, trabajando en el sentimiento de aislamiento y el dolor social.

Como se observa en las Tablas 3 y 4 es posible encontrar técnicas y estrategias terapéuticas desde un enfoque mente-cuerpo que atiendan a variables psicológicas, buscando impactar y hacer cambios en la salud física y psicológica de los pacientes. Es notable la forma en cómo este conjunto de estrategias se retroalimenta entre sí, llegando a ser transversales en el abordaje de dichas variables. Esto conduce, a que en varias ocasiones técnicas de un mismo

componente o con variantes similares, se reiteren en el abordaje de distintas variables, no obstante, esto evidencia el potencial que tiene para atender y generar un impacto en distintas dimensiones psicológicas.

Tabla 3

Relación entre las variables del modelo Evitación-miedo al dolor y las intervenciones mente-cuerpo

Dimensión	Intervenciones empleadas dentro de la lógica mente-cuerpo
Evitación	Autoatención Mindfulness Conciencia corporal Juegos de expresión corporal Focusing
Catastrofización	Rastreo corporal Focusing sobre la actividad mental Meditación mantra Fisicalización y distanciamiento de los pensamientos Lectura corporal de las creencias nucleares (Terapia sensorio-motriz) Compasión y autocompasión Meditación de la bondad
Activación fisiológica	Conciencia corporal Relajación Respiración pranayámica Automasaje Recursos somáticos
Sensibilidad a la Ansiedad (Vulnerabilidad)	Mindfulness Conciencia corporal Ejercicios de respiración Recursos somáticos
Afecto negativo (Vulnerabilidad)	Meditación basada en la autocompasión y el alivio de los síntomas depresivos Conciencia corporal Ejercicios de expresión corporal y emocional Exploración de las emociones positivas, el juego y el placer (Terapia sensorio-motriz)

Tabla 4

Relación entre otras variables de orden psicológico y las intervenciones mente-cuerpo

Dimensión	Intervenciones empleadas dentro de la lógica mente-cuerpo
Estrategias de afrontamiento al estrés	Mindfulness Conciencia corporal Compasión y autocompasión
Autoeficacia	Mindfulness Conciencia corporal Compasión y autocompasión Exploración de las emociones positivas, el juego y el placer
Apoyo social	Compasión y autocompasión Juegos de expresión corporal a nivel grupal

3.2. Una mirada a la psicoterapia grupal desde los modelos cuerpo-mente

El método Hakomi, es un modelo de psicoterapia cuerpo-mente fundamentalmente experiencial y basado en el mindfulness para el autodescubrimiento. Este método está interesado en el estudio de cómo se organiza la experiencia, para esto se utiliza el Mindfulness y un estado de atención presente a través del cuerpo, atendiendo al momento de manera relajada sin interferir en lo que está ocurriendo, y realizando pequeños experimentos para observar las reacciones que estos evocan (Weiss, Johanson & Monda, 2015).

Hakomi considera al individuo como un sistema vivo, auto-organizado y capaz de auto-corregirse espontáneamente, planteamientos basados en la teoría general de sistemas. Este mismo modelo se ha retomado en su formato grupal denominado MatrixWorks (Meredith & Rome, 2017),

en donde es esta vez el grupo considerado como un sistema vivo y con su propia dinámica y auto-organización.

De esta forma MatrixWorks (Meredith & Rome, 2017) trata al grupo como un cuerpo que es un sistema vivo utilizando la metáfora “el cuerpo es un grupo y el grupo es un cuerpo” empleando estrategias de identificación del grupo como un cuerpo, ¿qué parte del cuerpo representó en el grupo? ¿Ofrezco estructura como huesos, o fuerza como músculos, proceso como órganos, o apoyo energía como el sistema endocrino, proporciono dirección como el cerebro o conexión como el sistema circulatorio? ¿Qué parte del cuerpo representarían los demás miembros de mi grupo? ¿Cómo podemos trabajar mejor juntos para hacer que todo el sistema mejore?, de esta forma el grupo también representa un sistema de curación y es una forma de crear comunidades saludables y que no perpetúen el sufrimiento.

El diseño grupal ha demostrado que los participantes son capaces de aprovechar y aprender de la sabiduría del cuerpo, el terapeuta rastrea sutilmente los movimientos del cuerpo y las emociones entre las personas y en el campo grupal, favoreciendo en el grupo actitudes saludables, bondadosa y de conexión entre los participantes. Además, este formato, permite que se lleve la atención consciente hacia la relación, favoreciendo experiencias de interconexión entre los miembros. Para ello se llevan a cabo abordajes orientados a: Dar la bienvenida y ser acogedor, atender a las necesidades de los miembros, proyectar intenciones positivas al grupo y notar que pasa, ejercicio de la bondad a nivel grupal, favorecer nutrición entre los miembros, entre otros.

Otro aspecto crucial para esta aproximación, es la personalidad y la actitud del terapeuta, aspecto que considerado crucial para el éxito del método. El terapeuta debe desarrollar sus propias cualidades terapéuticas y compasivas, revisar sus creencias centrales y patrones de carácter, además

de saber corporizar los principios Hakomi (Unidad, organicidad, holismo cuerpo-mente, atención plena y no violencia) en su trabajo.

Una segunda propuesta que va a ser tomada como orientadora, esta vez desde los modelos humanistas quienes dan un papel predominante a los abordajes de corte experiencial y fenomenológico, considerando al cuerpo dentro de sus propuestas, es la de Irvin Yalom (2006) quien se pregunta por los principales factores terapéuticos dentro de un proceso grupal. Estos van a ser resumidos a continuación:

1. **Infundir esperanza:** La esperanza resulta ser un factor terapéutico en sí mismo, además puede ser necesaria para propiciar que otros factores terapéuticos sean efectivos. Por esto es necesario que tanto el terapeuta como el consultante tengan fe en el tratamiento y mantengan expectativas similares. Se ha reportado que es de importancia para los miembros observar la mejora en otros, o los reportes de miembros que han atravesado y superado momentos de adversidad, dado que esto puede fortalecer el sentimiento de esperanza y nutrirlo con experiencias de consuelo, dignidad y conexión entre los miembros.
2. **Universalidad:** Hace referencia al alivio que experimentan las personas cuando se dan cuenta que no están solos ya que otras personas comparten el mismo problema.
3. **Transmitir información:** Este factor está compuesto por la instrucción didáctica y los consejos. El primero consiste en brindar instrucción o psicoeducación acerca del funcionamiento psíquico, la naturaleza de la enfermedad, el significado de los síntomas y las respuestas autodestructivas a su enfermedad, la dinámica interpersonal y el proceso de

psicoterapia. Y el segundo, hace referencia a los consejos dados por el terapeuta u otros miembros del grupo.

4. Altruismo: En psicoterapia grupal es muy común que los participantes se brinden apoyo unos a otros, lo que llega a ser muy gratificante para pacientes que inician terapia sintiéndose desmoralizados y que no pueden ofrecer nada de valor a nadie; lo que incrementa el autoestima al empezar a sentirse útil dentro del grupo. El factor terapéutico del altruismo es una característica única de los formatos grupales.
5. Desarrollo de las técnicas de socialización: También conocido como aprendizaje social, opera en todas las intervenciones grupales aunque no se enseñe directamente. Dependiendo de la dinámica y el formato establecidos para la intervención, los participantes se pueden movilizar hacia la participación con comentarios más abiertos, o tener oportunidades de retroalimentación interpersonal, por el contrario, también puede conducir a que los pacientes se percaten de sus propias pautas desadaptativas de socialización y de la forma en que mantienen los patrones de soledad y aislamiento.
6. El comportamiento imitativo: Los miembros se benefician de la observación de la terapia de otros pacientes con problemas similares (aprendizaje vicario).
7. Aprendizaje interpersonal: Se refiere al aprendizaje que puede tener la persona de sí misma al interactuar con las demás personas en un grupo. El aprendizaje interpersonal se caracteriza por las relaciones intensas y persistentes entre los miembros y la necesidad de ser parte, así como una motivación poderosa y fundamental de mantenerse en relación. La retroalimentación que recibe la persona de otros miembros puede llevar a un entendimiento de su persona y generalizar nuevos comportamientos fuera del grupo. Este

factor también está relacionado con los conceptos de experiencia emocional correctiva y el grupo como microcosmos social.

8. Cohesión grupal: Es una de las características más importantes, ya que la investigación muestra que los grupos con mayor cohesión muestran mejores resultados. Lo que resulta ser de fundamental importancia es el compartir afectivo del mundo interior del individuo y el que este sea aceptado por los demás. El hecho de ser aceptado por los demás desafía creencias en los pacientes como ser inaceptables o incomprendidos.
9. Catarsis: Expresión emocional que favorece alivio, siendo crucial que sea recibida con aceptación dentro del grupo. No obstante, no es terapéutica por sí sola, siendo necesaria la capacidad de reflexionar sobre la propia experiencia emocional como componente esencial para el proceso de cambio; de tal forma que sea connotada con un sentido de liberación y adquisición de habilidades para el futuro. También se asocia con la posibilidad de expresar sentimientos positivos o negativos a otros miembros, relacionando el papel de la catarsis en el proceso habilidades interpersonales.
10. Factores existenciales: Se refiere a sentimientos importantes que surgen en la experiencia de los pacientes a la luz de factores relacionados con el sentido de la vida, el aislamiento, la soledad, la libertad y responsabilidad para construir un modelo de vida a pesar de las adversidades y los infortunios.

Resultados fase 2

1. Descripción del Programa de tratamiento

Se diseñó un programa de intervención para pacientes con diagnóstico de fibromialgia que está orientado a intervenir en las variables de: Evitación, catastrofización, activación

fisiológica, sensibilidad a la ansiedad, afecto negativo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y apoyo social. Esta se desarrolla a lo largo de 8 sesiones, con una duración de dos horas y un descanso establecido de 15 minutos a mitad de la sesión, con una frecuencia semanal. Se ha elegido el formato virtual como medio de aplicación, respondiendo a la sugerencia hecha por Gonzales & Landero (2010) quien indica la importancia de favorecer espacios de encuentro virtual entre los pacientes, dada la dificultad que genera para estos regular y manejar los síntomas cotidianos de la enfermedad (rigidez matutina, fatiga, cefalea, inflamación, etc.). Además, señala la constante queja hecha por los pacientes en encuentros y foros de pacientes, en donde se indica que resulta complicado asistir a las consultas con especialistas, sobre todo si las condiciones del transporte público no son favorables y los desplazamientos son prolongados, lo que hace que la consulta psicológica se reporte como poco viable para los pacientes con fibromialgia (Gonzales & Landero, 2010). Por otro lado, se ha sugerido que esta modalidad permite un mayor acceso y una menor financiación, lo que podría favorecer un mayor interés e inversión por parte de los órganos sanitarios en la implementación de programas psicológicos que se han mostrado necesarios pero escasos para esta población (Gonzales & Landero, 2010).

Las sesiones están organizadas de forma consecutiva, ya que en los primeros encuentros se propiciará el aprendizaje de nociones básicas de conciencia corporal, atención al presente, recursos de regulación, para en las últimas sesiones trabajar en las experiencias de mayor malestar o dolor tanto físico como emocional e interpersonal de los pacientes.

Cada sesión mantendrá un orden que va desde la preparación hasta la revisión. Esta organización está basada en el planteamiento del método Hakomi para psicoterapia individual que propone una secuencia de seis pasos: Contactar y rastrear, acceder, profundizar, procesar,

integrar y transformar, y finalizar. Secuencia que se ha adaptado para este abordaje grupal, teniendo en cuenta que esta intervención es de carácter breve y no va a poder alcanzar la profundidad de algunas etapas que favorece la psicoterapia individual. Estas fases permitirán tener un ritmo dentro de cada sesión, en donde los participantes pueden llevar las habilidades terapéuticas cada vez más profundo. Las principales características de cada fase son descritas a continuación:

Preparar: Esa fase está orientada a permitir la llegada, hacer contacto, favorecer confianza y seguridad, nombrar temas, soportado en una relación y presencia amorosa.

Estudiar: Se realizarán preguntas de acceso, exploraciones, poner en práctica los principios corporizados, e identificar cuáles son las creencias centrales que empiezan a moverse en el grupo.

Profundizar: Para esta fase se realizarán pequeños experimentos orientados a girar calmadamente hacia adentro y hacia la experiencia presente, permitir a los participantes estar con el material central del proceso, navegando las emociones fuertes permaneciendo en un estado de atención plena.

Revisar: Esta última fase busca interiorizar los recursos trabajados durante la sesión, hacer sentido y llevar la atención hacia la auto nutrición (aquello que nos llevamos o que el grupo nos regala), hacer tejido y regresar a lo ordinario para terminar.

1.1. Procedimiento

El plan de trabajo se ejecutó con relación a los siguientes pasos:

Paso 1. Planificación y diseño: Se plantea el cronograma de actividades, se inicia la revisión en la literatura especializada y se elabora el manual de procedimiento y el documento de consentimiento informado.

Paso 2. Preparación: Se remitió el proyecto al comité de ética para su correspondiente aprobación.

Paso 3. Propuesta de implementación y reclutamiento: Se realizan las recomendaciones frente a la implementación del procedimiento (aspectos técnicos y éticos) y se avanza hasta el reclutamiento de la población a partir del diseño de una entrevista de admisión orientada en cuatro aspectos: 1. Historia del diagnóstico, 2. Áreas de funcionamiento, 3. Experiencias de tratamiento previas y actuales y 4. Expectativas y necesidades de los pacientes frente a un abordaje terapéutico grupal.

2. Estructura del programa de intervención ²

NOMBRE: Intervención grupal cuerpo-mente: cultivando un espacio de presencia amorosa desde el cuerpo, para personas diagnosticadas con Fibromialgia

La siguiente estructura está planteada apoyándose en las orientaciones técnicas desde los enfoques mente-cuerpo, los lineamientos de los principios del método Hakomi (Hakomi

² No se autoriza la reproducción ni replicación de la Intervención grupal cuerpo-mente: cultivando un espacio de presencia amorosa desde el cuerpo, para personas diagnosticadas con Fibromialgia, sin contar con el permiso por parte de sus autores. Para solicitar información acerca del protocolo de intervención y los insumos empleados por favor comunicarse directamente con Karenth Margarita Jiménez López

(kmjimenezl@unal.edu.co) o Roger Smith Rojas Monroy (rsrojas@unal.edu.co)

mindfulness-centered somatic psychotherapy,2015) y los factores terapéuticos dentro de la psicoterapia grupal de Irvin Yalom (2006).

SESIÓN 1: ABRAZO Y ACOGIDA

Esta primera sesión se enfocará en la construcción de la alianza de trabajo entre el grupo, así como entre los terapeutas y cada uno de los participantes. Se realizará el encuadre inicial, la aclaración de los criterios de confidencialidad, la nivelación de expectativas y el conocimiento de la metodología de trabajo, reconociendo los objetivos del grupo. Se buscará promover una conexión segura entre los participantes a partir de la escucha de sus necesidades y también de esos regalos que traen para el grupo, a la vez que se propicia un espacio para conocernos desde nuestra identidad y gustos. Además, se abrirá espacio a la expresión y el enganche emocional a través de una actividad que active la sensibilidad entre los participantes a partir de la lectura de un poema.

Siguiendo las propuestas de Yalom (2006) frente a los factores terapéuticos en la psicoterapia grupal, con este tipo de actividades se busca impulsar la cohesión y aceptación grupal, asentada en espacios de expresión y catarsis emocional.

Tabla 5

Bitácora sesión 1

SESIÓN 1: ABRAZO Y ACOGIDA

VARIABLES PSICOLÓGICAS ORIENTADORAS: Estrategias de afrontamiento y apoyo social.

OBJETIVO: Construir y delimitar el ambiente terapéutico, favoreciendo la cohesión entre el grupo y la alianza terapéutica.

FASE	ACTIVIDADES	TECNICAS
Preparar	<p>Presentación y bienvenida por parte de los terapeutas.</p> <p>Como actividad introductoria se leerá el poema de Mario Benedetti “no rendirse” como forma de abrir espacio para el malestar de forma amable y sin juicio, trayendo a colación el lenguaje metafórico, permitiendo que los participantes resuenen con su propio significado. Se pedirá qué noten todo lo que aparece y rastreen sus emociones, sensaciones y pensamientos mientras escuchan el fragmento.</p>	<p>Lectura de necesidades de los miembros</p> <p>Dar información</p> <p>Atención al momento presente (mindfulness)</p>
Estudiar	<p>Participación abierta en torno a la pregunta ¿Que aparece en nosotros tras escuchar el poema? Mientras el terapeuta identifica las emociones difíciles y les abre espacio en el grupo.</p> <p>Introducir las reglas y los acuerdos dentro del grupo, en pro de la construcción de un espacio terapéutico cuidadoso y seguro.</p>	
Profundizar	<p>Se abre un espacio para compartir la historia de los miembros del grupo, llevando la atención a las experiencias, características personales y dolores de los participantes. Esto se orienta a partir de la pregunta ¿Si realmente me conocieran sabrían qué? Además, se busca que los participantes expresen sus necesidades y posibilidades a través de la pregunta ¿Qué necesitó del grupo y que le traigo al grupo?</p>	
Revisar	<p>Se buscará el cierre y procesamiento de la experiencia experimentada a través de la reflexión y consignación en el chat de las preguntas ¿Qué me llevo del día de hoy? ¿Qué ha sembrado el grupo en mi hoy?</p>	

SESIÓN 2: RECONOCER Y COMPARTIR

Esta sesión tendrá su centro en el factor terapéutico denominado por Yalom (2006) intercambio de información, se transmitirá información acerca de las diferentes variables en la severidad de la fibromialgia y la influencia de estas en la funcionalidad de los pacientes. Haciendo especial énfasis en los componentes psicológicos de la enfermedad, aclarando mitos y reconociendo la legitimidad de los síntomas emocionales que experimentan los pacientes. También se introducirá la noción de salud mente-cuerpo y la naturaleza interactiva de estos factores como componentes de la naturaleza humana, además de la forma en como la retroalimentación mente-cuerpo contribuye a los procesos de curación. Por otro lado, se introducirá a los pacientes en los principios del lenguaje corporal y en la forma en que el cuerpo se encuentra vinculado con los procesos emocionales, de comportamiento y pensamiento, además de identificar la forma en cómo se organiza su experiencia durante una circunstancia de estrés. Estas actividades se desarrollarán en subgrupos con el ánimo de favorecer la intimidad e impulsar la socialización entre los miembros. Siguiendo a Yalom (2006) esto corresponde a los factores terapéuticos de desarrollo de técnicas de socialización y aprendizaje interpersonal.

Tabla 6

Bitácora sesión 2

SESIÓN 2: RECONOCER Y COMPARTIR

VARIABLES PSICOLÓGICAS ORIENTADORAS: Activación fisiológica, estrategias de afrontamiento, afecto negativo y apoyo social.

OBJETIVO: Aclarar el estatus de lo psicológico en la condición. Introducir a los participantes en las nociones corporales.

FASE

ACTIVIDADES

TECNICAS

Preparar	Se inicia la sesión con 10 minutos de atención plena, rastreando el clima emocional, corporal y cognitivo con el que llegan los participantes, también se busca dar la bienvenida de manera presente y consciente. Se realiza un ejercicio de conciencia plena, escuchando de manera presente y consciente la frase “tu historia y todo lo que eres es bienvenido aquí”.	Dar información
Estudiar	<p>Psicoeducación acerca de las variables que influyen en la severidad de fibromialgia, explicación del estatus de lo psicológico en esta condición. Explicación de la relación mente cuerpo en los procesos de enfermedad y recuperación.</p> <p>Se realizará un ejercicio de introducción al lenguaje corporal, en el que se pedirá a los participantes compartir la forma en cómo perciben las sensaciones internas de su cuerpo: Presión, rigidez, quemazón, pesadez y calidez. Algunas de estas relacionadas con el dolor en esta condición. Esto permite señalar la experiencia de dolor en el cuerpo de una forma descriptiva.</p>	<p>Atención al momento presente (mindfulness)</p> <p>Rastreo corporal</p> <p>Ejercicios de practica grupal en subgrupos</p>
Profundizar	Identificar las claves del estrés físico: Se pide a los participantes reunirse en duplas y compartir una anécdota de estrés reciente, rastreando cómo se siente y vive en el cuerpo mientras realiza el ejercicio. El compañero también debe rastrear e identificar lo que va ocurriendo en el cuerpo de su compañero. Manteniendo una atención atenta y sin juicio, con una actitud de escucha y respeto hacia el otro.	
Revisar	Chequear cómo se sintieron en la experiencia de compartir y leer el lenguaje corporal del compañero. Se pedirá a uno de los integrantes del grupo expresar en el grupo grande que ocurrió en el ejercicio, que pudieron identificar y cómo se sintieron. Mientras tanto los demás integrantes del grupo estarán atentos a cómo resuenan con las experiencias de los otros grupos, y los terapeutas	

reflejaran y comunicaran lo que va pasando en el espacio terapéutico.

Para el cierre los participantes revisarán lo realizado en sesión y registraran en el chat la respuesta a la pregunta ¿Qué fue de utilidad en la sesión?

Se deja una tarea de exploración corporal durante la semana

SESIÓN 3: RESPIRAR Y CALMAR

El objetivo principal para esta sesión será cultivar las habilidades de autorregulación y estabilización haciendo uso de los recursos somáticos. Para esta sesión se trabajará en el recurso de la respiración, como fuente potencial de estabilización del sistema nervioso. Se espera que tras la ejecución de este ejercicio puedan aparecer otros recursos de orden autonómico como el sueño, la digestión, la relajación; retroalimentando al grupo frente a la importancia de nuestras funciones orgánicas como fuentes de regulación.

En segundo lugar, se busca recurrir a la sabiduría del grupo, identificando los recursos personales de los participantes a través de un círculo de la palabra en torno a la pregunta ¿Qué haces tú para calmarte o atenderte en momentos de dificultad o estrés?, por su parte el terapeuta brindarán información acerca del autocuidado, el descanso y la organización del tiempo. Estas actividades están asentadas en los factores terapéuticos de la universalidad e infundir esperanza (Yalom, 2006).

Tabla 7

Bitácora sesión 3

SESIÓN 3: RESPIRAR Y CALMAR

VARIABLES PSICOLÓGICAS

ORIENTADORAS: Actividad fisiológica, evitación, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, sensibilidad a la ansiedad.

OBJETIVO: Favorecer habilidades de regulación emocional a partir de recursos somáticos como la respiración. Construir alternativas para lidiar con el malestar desde el intercambio grupal.

FASE	ACTIVIDADES	TECNICAS
Preparar	Se arranca con una práctica de aterrizaje a partir del mindfulness, enfocada en prepararse para dejar pasar lo acontecido en el día y conectarse con lo que queremos que pasó en este espacio. Esto permite sensibilizar el ambiente y llevar la atención al motivo que nos reúne.	Atención al momento presente (mindfulness)
Estudiar	Se realiza un ejercicio de respiración pranayámica	Autoatención y autocuidado
Profundizar	Se recogen las experiencias frente al ejercicio de respiración Reflejar emociones y sentimientos mientras se realiza la discusión, en torno a las actividades que pueden ayudar en momentos críticos o que favorecen la calma en nuestro organismo.	Identificación de recursos Practica de recursos somáticos: Respiración pranayámica,
Revisar	El terapeuta retroalimenta las habilidades proporcionadas entre los mismos participantes, se reconocen los recursos que están representados en su vida cotidiana y se anima a revisar, ¿qué tanto nos permitimos el uso de estrategias como estás en momentos de dificultad o estrés? Para el cierre y como forma de dejar un recurso de regulación en cada participante, se pedirá a los participantes que consiguen en el chat la respuesta a la pregunta ¿Si pudieras guardar algo en tu interior del día de hoy y tenerlo ahí para ti, siempre que lo necesites, que sería?	funciones autonómicas y relajación Ejercicios de practica grupal en subgrupos

SESIÓN 4: LAS EMOCIONES Y EL CUERPO

Para esta sesión se espera favorecer un espacio de observación, conexión y expresión emocional, promoviendo en los participantes el reconocimiento de las propias emociones y la forma en que son expresadas a partir del cuerpo. Inicialmente se activarán las habilidades de auto-observación de los participantes, pidiendo que rastreen su estado físico, emocional y cognitivo y lo ubiquen dentro del concepto de un animal. En segundo lugar, se propondrá una experiencia de conexión y expresión emocional a partir de un dibujo, el cual es guiado desde un formato mindfulness. Con lo anterior se espera favorecer recursos de regulación a partir de la expresión, el contacto amable con las emociones y la conciencia corporal.

Para finalizar, se abre un espacio de compartir en subgrupos la experiencia del dibujo, cómo forma de seguir cultivando recursos de conexión social y abrir el espacio para el aprendizaje interpersonal (Yalom, 2006), al alimentar la propia experiencia de las experiencias de otros miembros, y sus propias formas de gestionar y procesar las emociones.

Tabla 8

Bitácora sesión 4

SESIÓN 4: LAS EMOCIONES Y EL CUERPO

VARIABLES PSICOLÓGICAS

ORIENTADORAS: Sensibilidad a la ansiedad, afecto negativo, estrategias de afrontamiento y apoyo social

OBJETIVO: Favorecer habilidades de regulación emocional a partir de recursos somáticos como la respiración. Construir alternativas para lidiar con el malestar desde el intercambio grupal.

FASE

ACTIVIDADES

TECNICAS

Preparar	Para abrir el espacio, se realiza un círculo de palabra en el que los participantes deben llevar la atención a sí mismo, reconocer su activación a nivel físico, emocional y cognitiva y responder a la pregunta. Atendiendo a cómo vengo hoy ¿qué animal sería en este momento?	Atención al momento presente (mindfulness)
Estudiar	Psicoeducación acerca de la relación emociones-cuerpo, explicando la forma en cómo las emociones se expresan en nuestro cuerpo, lo que en ocasiones retroalimenta estados de tensión y sobrecarga tanto física como emocional. También se discriminaron las emociones de alta y baja excitabilidad y la forma en cómo se activan ciertas estructuras corporales según la emoción.	Compasión y autocompasión Ejercicios de expresión corporal y emocional
Profundizar	Se realizará un ejercicio de exploración mindfulness y expresión emocional a través de un dibujo. Los participantes elegirán una emoción ya sea de alta o baja excitación para ser trabajada en sesión, profundizando en su experiencia, resistencia y mecanismos de afrontamientos de dicha emoción.	Dar información Autoobservación y rastreo corporal
Revisar	<p>Los participantes se reunirán en subgrupos mostrando el dibujo, señalando su experiencia, comentar que les gustaría hacer con esa emoción.</p> <p>Comentar en el grupo grande un poco de qué hablaron y cómo les fue en el compartir con los compañeros, ¿descubrieron algo? ¿Algo quedó resonando de los compañeros?</p> <p>Para el cierre, nuevamente se hace el llamado a la autoobservación y el rastreo de la experiencia de los participantes. Mencionar cómo está su animal en este momento, cambio, sigue siendo el mismo, ¿cómo se va tu animal elegido el día de hoy?</p> <p>Tarea: Bitácora de emociones en la semana</p>	

SESIÓN 5: LA EXPRESIÓN Y LA COMPASIÓN

Esta sesión estará orientada a construir herramientas de conciencia plena y autocompasión facilitando el acceso a las experiencias negativas y de dolor sin pensamientos negativos ni sentimientos concomitantes. A través de un espacio de conexión con el grupo, los participantes recibirán psicoeducación y podrán practicar los distintos recursos somáticos que pueden emplear en momentos de malestar que se acompañan con emociones difíciles como la ansiedad, la rabia y la ira. Después de esto, se transmitirá la forma de abrir un espacio a estas emociones de manera bondadosa y amorosa, practicando la meditación de la bondad en unidad con el grupo. Siguiendo a Yalom (2006) estas actividades apuntan a promover los factores terapéuticos de infundir esperanza y generar universalidad en la experiencia de los pacientes.

Tabla 9

Bitácora sesión 5

SESIÓN 5: LA EXPRESIÓN Y LA COMPASIÓN

VARIABLES PSICOLÓGICAS

ORIENTADORAS: Activación fisiológica, sensibilidad a la ansiedad, afecto negativo, estrategias de afrontamiento y catastrofización.

OBJETIVO: Fomentar recursos de regulación, expresión y contacto amable con experiencias de dificultad y desagrado. Aprender a atender al dolor de forma compasiva.

FASE	ACTIVIDADES	TECNICAS
Preparar	Realizar un aterrizaje a partir de un espacio de conexión entre todos, se pedirá que exploremos abrir todos los micrófonos y cámaras, saludando, compartiendo lo que cada quien desee, teniendo simplemente un momento de estar juntos en comunidad.	Conciencia corporal
	Recoger algunas opiniones o experiencias acerca de la tarea dejada la sesión anterior, usando el recurso del	Atención al momento presente (mindfulness)

	juego. Se empleará el juego de la ruleta para organizar la participación.	Recursos somáticos
		Compasión y autocompasión: Meditación de la bondad

Estudiar	Hacer psicoeducación acerca de los recursos somáticos y de expresión corporal asociados a emociones como ansiedad, rabia y tristeza (ej. Arraigo, conexión con el centro, empujar, garabateo, etc.), abriendo un espacio para practicarlos juntos en el espacio de sesión y notar que va ocurriendo en los participantes.	Automasaje y relajación Dar información
----------	---	--

Profundizar	Aclarar que conexión no es quedarse con la emoción y “sufrirla” sino como abrirla un espacio, como con el dibujo, sin juzgarlas, o pensar excesivamente sobre ellas, racionalizándolas. Para esto se propone un ejercicio de compasión y autocompasión, haciendo uso de la meditación de la bondad. Abriendo un espacio para reconocer el propio dolor y sufrimiento, además de la necesidad de un trato amoroso y cuidadoso con nosotros mismos. Automasaje en donde se arroje con ese ánimo o disposición compasiva una parte del cuerpo.	
-------------	--	--

Revisar	Se buscará el cierre y procesamiento de la experiencia experimentada a través de la reflexión “Elige una palabra que indique lo que pasó o qué ocurrió en ti el día de hoy”. Se hace el envío en formato audio del ejercicio de meditación compasiva para ser practicada en casa.	
---------	--	--

SESIÓN 6: LA EVITACIÓN Y LA SABIDURÍA

Impulsar modos de afrontamiento activo a partir del encuentro con experiencias efectivas y de seguridad desde el propio cuerpo. Se identificarán las barreras que impulsan los comportamientos de evitación y la forma de encontrar movimientos cómodos y seguros para enfrentar distintas acciones.

También se buscará establecer una relación amable y tranquila con el cuerpo, encontrando una parte que retroalimenta seguridad, tranquilidad y calma en el propio cuerpo. Además de favorecer un espacio de nutrición entre los participantes, al compartir las distintas experiencias de evitación y formas de afrontamiento que se retroalimenten entre los mismos participantes. Esto impulsará los factores terapéuticos de aprendizaje y altruismo propuestos por Yalom (2006).

Tabla 10

Bitácora sesión 6

SESIÓN 6: LA EVITACIÓN Y LA SABIDURÍA

VARIABLES PSICOLÓGICAS ORIENTADORAS: Estrategias de afrontamiento, catastrofización, sensibilidad a la ansiedad y autoeficacia

OBJETIVO: Impulsar modos de afrontamiento activo a partir del encuentro con experiencias efectivas y de seguridad desde el propio cuerpo.

FASE	ACTIVIDADES	TECNICAS
Preparar	Para iniciar se propiciará un espacio de distinción y juego a partir del cuerpo. Para esto se abrirán las cámaras y se explorará la realización de distintos movimientos corporales en grupo.	Auto-atención

Estudiar	<p>Se realizará un círculo de palabra enfocado en el tema sobre las barreras y posibilidades de las acciones. Para este propósito la actividad se orientará a partir de las preguntas ¿Qué hace que no realices o evites ciertas actividades que podrían ser de beneficio? ¿Cuáles son las barreras? ¿Que necesitaría para actuar frente a eso que cada uno ha compartido?</p> <p>El terapeuta brindara información acerca de la interacción entre emociones, pensamientos y acciones. Reconociendo el impacto que puede actuar teniendo en mente ciertas creencias o ideas que resultan limitantes. Además, se propondrá y brindará ejemplo frente a las herramientas de auto-atención y como mantener un contacto más seguro con nuestro cuerpo que nos ayude a no restringir nuestra acción.</p>	<p>Dar información</p> <p>Juegos de expresión corporal</p> <p>Focusing</p> <p>Atención al momento presente (mindfulness)</p>
Profundizar	<p>El terapeuta reflejará lo que ocurre a nivel tanto objetivo como subjetivo dentro del grupo, reflejando emociones y sentimientos mientras se realiza la discusión.</p> <p>Se realizará un ejercicio guiado de conciencia plena en el que se permita ubicar un recurso en el cuerpo, reconociendo una parte del cuerpo que se encuentre neutra, relajada, suave, liviana, sin dolor o tranquila. Buscando una relación con el cuerpo más allá de sus limitaciones.</p>	
Revisar	<p>Para el cierre se pedirá la participación en el chat solicitando a los participantes que indiquen que parte del cuerpo se llevan como recurso.</p> <p>Tarea: Durante 5 a 7 minutos en el día buscar una parte de tu cuerpo, que se sienta más cómoda o menos incómoda, segura, sin dolor, relajada, o simplemente neutral y atender a esa parte notando que ocurre.</p>	

SESIÓN 7: LOS PENSAMIENTOS Y EL DOLOR

Durante esta sesión se abrirá un espacio para explorar en conciencia plena aquellos pensamientos que generan dolor, confusión o malestar en los pacientes. Pensamientos acerca de la incapacidad, la tristeza, la autocrítica o la exigencia sobre sí mismos, así como la forma en que se ocupa nuestra mente de situaciones o asuntos que nos cuesta resolver. Se propondrán ejercicios en torno a la lectura de este tipo de creencias en nuestro cuerpo, así como encontrar recursos para manejar la ansiedad cognitiva desde la fisicalización, el distanciamiento. Propiciando una mirada descriptiva y compasiva hacia la propia mente.

Adicionalmente, se invocará la capacidad de contención y sabiduría del propio grupo, favoreciendo recursos de contención, consejo, y sugerencia entre sus miembros. Lo anterior impulsará los factores terapéuticos del aprendizaje interpersonal, el comportamiento por imitación y el altruismo (Yalom, 2006).

Tabla 11

Bitácora sesión 7

SESIÓN 7: LOS PENSAMIENTOS Y EL DOLOR

VARIABLES PSICOLÓGICAS ORIENTADORAS: Catastrofización, estrategias de afrontamiento y apoyo social

OBJETIVO: Construir recursos para el manejo de los pensamientos negativos y catastróficos.

FASE

ACTIVIDADES

TECNICAS

Preparar	Se realizará un aterrizaje utilizando la metáfora del clima emocional (hay nubes, llovizna, sol, relámpago, arcoíris, es primavera, invierno, se está poniendo el sol, ocaso, amanecer)), favoreciendo la autoobservación y reconociendo el impacto de las experiencias vividas en la semana en nuestra emoción.	Atención al momento presente (mindfulness)
	Recoger algunas opiniones o experiencias acerca de la tarea dejada la sesión anterior, usando el recurso del juego. Se empleará el juego de la ruleta para organizar la participación.	Fiscalización y distanciamiento de los pensamientos limitantes
Estudiar	Hacer alusión a la forma en que habitamos pensamientos y creencias en nuestro cuerpo, y cómo esto se traduce en hábitos y tendencias en nuestras acciones.	Dar información
Profundizar	Ejercicio de fiscalización y distanciamiento de los pensamientos, haciendo uso de la conciencia plena y el rastreo corporal.	Lectura corporal de las creencias nucleares
Revisar	Se invocará la capacidad de contención y sabiduría del grupo, después de escuchar a los compañeros el día de hoy cada uno emitirá una palabra, frase, recomendación o invitación frente a esas acciones que suelen evitar, propiciando una esfera de cuidado y consejo genuino entre los participantes.	

SESIÓN 8: EL PLACER Y LA PERMANENCIA

Esta sesión buscará conectar a los participantes con las actividades de placer y juego, desde la conexión social con los compañeros. Esto contribuirá a la conexión de los participantes con las emociones positivas y de agrado, así como la forma en como son experimentadas y sentidas en el cuerpo. Posteriormente se compartirá el impacto que tuvo en ellos recordar o evocar estas experiencias y de qué forma se transforman sus emociones y pensamientos.

Por último, se propicia un espacio para el cierre del proceso, primero atendiendo a las necesidades de cómo mantener y preservar no solo lo aprendido sino el sentido de apoyo y soporte que fue encontrado a partir del grupo. Además, se realizará un ritual de cierre en donde los participantes puedan guardar en un objeto sus aprendizajes, vivencias, invitaciones y sentires a lo largo del proceso. Este objeto representará lo que hallaron en esta experiencia, pudiendo acudir a él cada vez que necesiten recordar o acceder a los recursos favorecidos en el espacio terapéutico.

Tabla 12

Bitácora sesión 8

SESIÓN 8: EL PLACER Y LA PERMANENCIA

VARIABLES PSICOLÓGICAS ORIENTADORAS: Estrategias de afrontamiento, afecto negativo y apoyo social

OBJETIVO: Contactar a los participantes con experiencias de agrado y dominio y las forma en cómo se reflejan en el cuerpo. Gestionar la capacidad instalada dentro del grupo, impulsando a la mantención de espacios de conexión y soporte dentro del grupo.

FASE	ACTIVIDADES	TECNICAS
Preparar	<p>Se iniciará con diez minutos de atención plena notando que pensamientos y emociones aparecen al darse cuenta que es la última sesión, así como percibiendo la intención que traen para este encuentro.</p> <p>También se pide que reflexionen acerca de la pregunta ¿Qué de este espacio te gustaría que se mantuviera en tu vida?</p>	Atención al momento presente (mindfulness)

Estudiar	Se realiza un ejercicio de exploración de las emociones positivas, el placer y el juego empleando subgrupos. En donde se pedirá que compartan el evento que haya sido de los más divertidos en su vida, pasado o reciente, rastreando que ocurre en el cuerpo mientras comparten esta anécdota. Se espera fomentar un espacio de diversión y alegría entre los participantes.	Ejercicios de practica grupal en subgrupos Juegos de expresión corporal a nivel grupal
Profundizar	Se propicia un espacio para que los participantes puedan expresar y compartir cómo quieren que continúe este espacio, y de qué forma quisieran cultivar el apoyo y soporte alcanzados en este grupo.	
Revisar	Se realiza un ritual de cierre usando la manipulación de materiales, como forma de expresar y plasmar en un objeto simbólico el recorrido y la experiencia acontecida a lo largo del proceso terapéutico. Este ejercicio será guiado a través de una orientación mindfulness.	

3. Propuesta de implementación

A continuación, se presentan las recomendaciones, aspectos técnicos y consideraciones éticas necesarias a tener en cuenta para la aplicación del procedimiento de intervención mente-cuerpo para pacientes con fibromialgia.

3.1. Reclutamiento

Es importante realizar una entrevista de admisión para aceptar a los pacientes en donde se verifique la adjudicación del diagnóstico por parte de las áreas de reumatología o fisioterapia. También se debe indagar acerca de las alteraciones en funcionalidad de los pacientes y la comorbilidad que presentan con otros diagnósticos. Igualmente, es importante hacer un tamizaje frente a los insumos tecnológicos y habilidades en el manejo de las TICs con las que cuentan los

pacientes. Por último, indagar por las barreras personales frente a la participación en grupos y las expectativas que tienen ante un formato grupal.

Respecto a la cantidad de participantes, se sugiere elegir un número par o múltiplo de tres debido a que algunos ejercicios terapéuticos serán ejecutados en duplas o tríos. Es recomendable que el grupo terapéutico no supere la cantidad de 18 personas.

3.2. Límites y recursos

De espacio: Es importante mantener el formato virtual para favorecer el acceso, la asistencia y la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Además, este formato permitirá reducir el condicionamiento de la asistencia a las sesiones según el grado de dolor o malestar, limitando la deserción.

De tiempo: Puede ser implementado en un tiempo no mayor a dos horas y media, teniendo en cuenta el grado de fatiga que presentan los pacientes, es por esto que también se deben instaurar y mantener los debidos tiempos de descanso.

Recursos: Es necesario que todos los participantes cuenten con conexión a internet, cámara y micrófono para garantizar su óptima participación en el programa de tratamiento. Se recomienda sugerir a los asistentes que puedan estar atentos a las necesidades de espacio e indumentaria que puedan requerir para cuidar de su comodidad a lo largo de las sesiones. Propiciar un lugar cómodo para tomar las sesiones (silla, sofá, cama), además de contar con implementos como: cojines, cobijas, matt de yoga, bebidas calientes, etc.

3.3. Aspectos técnicos

Los terapeutas que impartan el procedimiento deben contar con formación en abordajes de corte corporal, somático o de mindfulness y estar certificados en al menos uno de estos. Preferiblemente contar con formación en el método Hakomi ya sea en su formato grupal o individual.

Para la aplicación se sugiere la presencia de las figuras de terapeuta y co-terapeuta. Tomando en cuenta los postulados de Yalom (2006) quien señala los beneficios de incluir a un co-terapeuta en la psicoterapia grupal. Identifica que los terapeutas y co-terapeutas se complementan y se apoyan entre sí, juntos, tienen mayor alcance cognitivo y observacional, y al contar con dos puntos de vista se pueden generar más pistas y estrategias. Además, en ocasiones donde por ejemplo un terapeuta este intensamente involucrado con un miembro, el coterapeuta puede ser mucho más consciente de las respuestas de otros miembros a ese intercambio y, por lo tanto, puede estar en una mejor posición para expandir la variedad de la interacción y abrir la exploración dentro del grupo.

Siguiendo los lineamientos del método Hakomi (Weiss, Johanson & Monda, 2015), a medida que avanza la psicoterapia el terapeuta se convierte en un regulador relacional psicobiológico para el sistema nervioso desregulado del paciente. Rastreando el cuerpo para valorar la estimulación de los subsistemas defensivos y el exceso de activación (Ogden & Minton, 2009). El terapeuta ajusta el ritmo y el proceso de la terapia para ayudar a los pacientes a desarrollar los recursos necesarios para la regulación de forma gradual, a través de la regulación relacional del terapeuta combinada con la psicoeducación. Es por esto que es necesario que los terapeutas cuenten con formación y entrenamiento en el área; además de hacer el debido

seguimiento al orden y organización de las sesiones, las cuales están diseñadas para favorecer la regulación y estabilización de todos los participantes.

3.4. Consideraciones éticas

A pesar de que los estudios han reportado que las terapias basadas en el movimiento, conciencia corporal y mindfulness no reportan la presencia de eventos adversos y riesgos significativos (Lauche et al., 2013; Temeloğlu et al., 2019; Häuser y Jones, 2019). No obstante, Theadom et al. (2015). Existe una baja probabilidad de que se presente un aumento del dolor en algunos participantes. Para reducir este riesgo, esta intervención hará énfasis en la conciencia del cuerpo, la respiración y la reducción de la velocidad durante los movimientos habituales o cotidianos, más que en la realización de nuevos movimientos o movimientos poco habituales, de modo que el riesgo de aumento del dolor no sea mayor que el que se exponen al realizar sus actividades cotidianas. De otro lado, se seguirán los lineamientos de Jones & Clark (2002), quienes han identificado movimientos o formas de realizar los movimientos que se deben evitar practicar con personas con fibromialgia, ya que tiene la probabilidad de aumentar los síntomas, evitando este tipo de acciones, así como transmitiendo esta información a los participantes, con esto se espera reducir el riesgo de que su dolor aumente.

Adicionalmente, se hará un seguimiento semanal en las sesiones grupales para identificar posibles eventos adversos, complicaciones, así como barreras a la intervención que puedan afectar el bienestar de los participantes o reducir el beneficio de la intervención.

Por último, se hará envío a todos los participantes del consentimiento informado (ANEXO 1.) al iniciar la primera sesión, en donde se garanticen los compromisos éticos de responsabilidad, competencia, estándares morales y legales y la confidencialidad, siguiendo los

principios universales para el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia (Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006).

V. Discusión

La discusión estará planteada a la luz de las preguntas orientadoras que fueron propuestas para este proyecto. En primer lugar, frente a la pregunta ¿Cuál es el papel de la interacción cuerpo-mente en el malestar psicológico que es experimentado en la fibromialgia?

Es innegable el factor emocional que está implicado en la enfermedad y la dificultad que tienen los pacientes para integrar la experiencia de estar enfermos. Por un lado, están todas las alteraciones que evidencian en sus cuerpos doloridos con fatiga y poca movilidad, y por otro eso que los aqueja emocionalmente, que lastima a sus relaciones y que puede estar dañando la esfera social e interpersonal del paciente. A pesar de que, como sugiere García (2011) en la actualidad está mucho más aceptada la visión de la interrelación de factores sensoriales o físicos con los factores emocionales, cognitivos y sociales, aún sigue siendo una cuestión dilemática y que en varios casos tiende a la polarización. Por un lado, para el paciente sigue siendo difícil que sus síntomas emocionales empiecen a ser escuchados por los profesionales o tratados dentro de la ruta de tratamiento (Carrasco & Jiménez, 2015), llegando en otros casos incluso a rechazar la mirada hacia su dolor psíquico y emocional, al considerar que este deslegitima o desprestigia su malestar corporal.

Esta dificultad para atender a las distintas dimensiones que impone la fibromialgia no solo se hace presente en la realidad íntima del paciente, sino también en el abordaje desde el ámbito institucional y profesional; en donde como sugiere Carrasco & Jiménez (2015) sigue siendo

prevalente una mirada dualista hacia la enfermedad, soportada en un paradigma biologicista que deja por fuera las variantes socio y psico-emocionales que se ha encontrado son mantenedoras y exacerbadoras de la cronicidad en esta enfermedad.

Como indicaba Cornero et al., (2015) cuando se revisa la subjetividad de la vivencia dolorosa, la atribución del sentido puede explicar respuestas conductuales diversas, fenómeno que no logra explicar la neurofisiología. “La vivencia dolorosa tiene un alto componente psíquico, por ejemplo, asociándose dolor con sufrimiento, pérdida, amenaza, etc. Siendo importante a su vez considerar, la dimensión social y cultural del dolor” (Cornero et al., 2015, p. 28).

Considerando esta mirada subjetiva del malestar del paciente con fibromialgia, el cuerpo se convierte en la fuente de todo malestar, el que impide, restringe, no permite disfrutar, pero a la vez el que deslegitima todos los síntomas que se experimentan. Ya que en él está la aparente prueba de que no existe enfermedad y por ende no debería existir sufrimiento. Esto podría estar fomentando una idea en los pacientes de no saber dónde están realmente sus síntomas, conduciendo a mayor dificultad para identificar las fuentes de su malestar, las maneras de atenderlo y en esa medida perpetuar más el sufrimiento que padecen. Volviendo al planteamiento de Guiote (2011) para un paciente con fibromialgia “el cuerpo es solo dolor y no entienden que tenga alguna relación con sus cogniciones, sus experiencias vividas y emocionales ligadas a ésta, su personalidad, su “yo”” (p. 128). Esto limita la habilidad de autoconciencia del paciente frente a lo que su experiencia corporal refleja acerca de sus síntomas y afectaciones en la enfermedad.

De esta forma, el malestar psicológico va a estar asociado con esta desintegración entre los distintos componentes de la enfermedad, aspectos psicológicos y afectivos versus aspectos

físicos; en donde los síntomas se van a percibir como un conjunto de experiencias disgregadas y que no logran ser comprendidas ni por pacientes ni por profesionales. Como señala Argueta & Londoño (2013) la vivencia corporal de una persona que presenta alguna enfermedad, puede conllevar un malestar en su experiencia humana, posiblemente acompañada por rechazo e incompreensión del cuerpo. Estos sentimientos generan una interacción más hostil con el cuerpo en donde deja de percibirse como parte integral del ser, cargando el significado como algo que solamente causa sufrimiento. Ante esto, y siguiendo la propuesta de Argueta & Londoño (2013) resulta necesario buscar e implementar formas respetuosas e integrales para entender el lenguaje del cuerpo y escucharlo, promoviendo una vivencia corporal diferente. Esto puede ser de gran ayuda para conseguir una mejoría en la sintomatología y calidad de vida de las personas.

De esta forma una comprensión desde la mirada mente-cuerpo, podrá emplearse como estrategia para comprender la forma en que los procesos afectivos, emocionales, cognitivos y sociales tienen impacto en los procesos de enfermedad. Es importante que el paciente comprenda la formas en que la interacción mente-cuerpo podría estar resultando en un perpetuante de la enfermedad, ya que los procesos afectivos, emocionales, cognitivos y sociales tienen afectación en la salud, no solo en la medida en que ciertas estructuras físico- orgánicas se vean desreguladas tras la respuesta de estrés; sino porque el malestar que es circundante a la enfermedad impide muchas veces tomar acciones más adaptadas y contundentes para atender el malestar.

También es importante destacar que las intervenciones mente-cuerpo ayudan a dar significación a los síntomas, activando la concientización frente a los patrones tanto comportamentales como emocionales que median en la enfermedad, contribuyendo a la implicación de los pacientes en su proceso de mejora y rehabilitación.

Adicionalmente, los pacientes con fibromialgia demuestran una relación conflictiva con su experiencia corporal, lo que está retroalimentado estados de malestar, rabia y tristeza con la representación del cuerpo como el lugar del dolor. Esto a su vez, podría estar fomentando sentimientos de poca atención y cuidado hacia el cuerpo, y en esa medida amplificar las actitudes de sobresfuerzo y evitación, así como los sentimientos de culpa y rabia hacia sí mismo, impactando en la efectividad de los tratamientos.

Por último, retomando la definición de salud dada por la OMS (OMS, 1948 citado Moreno, 2008) en donde la salud es considerada un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Moreno, 2008). Algunos autores critican la respuesta dada por los profesionales hasta ahora, en lo que respecta a las afecciones de dolor crónico y fibromialgia, ya que, siguen guiando sus apreciaciones desde una visión dualista conduciendo a la prevalencia de posturas “mentalistas” o “físico-orgánicas” en los abordajes ofrecidos al paciente (Sarno,2007). Esto es de importancia en la investigación y posturas terapéuticas que pueda brindar la psicología para esta enfermedad, en donde se privilegien conceptualizaciones de corte holístico e integral que permitan atender al malestar psicológico global que experimentan los pacientes.

Dentro de lo encontrado en la literatura, se observa que dentro de las apuestas hechas por la psicología para entender esta enfermedad aun no se ha considerado el hecho de la pluralidad en la presentación de la sintomatología y las distintas manifestaciones de malestar según cada sujeto en particular, ya que se ha concentrado en generar paquetes de acciones para un conjunto de variables pero que no confluyen con la vivencia particular del paciente. Aspecto que también permite pensarse el rol de la psicología clínica dentro de la comprensión e intervención en la

fibromialgia, como disciplina que pueda reconocer las intersecciones del malestar de la persona con fibromialgia en sus distintas esferas (emocional, relacional, cognitiva, corporal, social) y la forma en que alteran su calidad de vida y bienestar, así como para favorecer intervenciones adaptadas a las particularidades de los pacientes.

En relación a esto, la segunda pregunta lleva a considerar ¿Qué elementos debe tener un programa grupal de intervención psicológica dirigido a personas con fibromialgia?, frente a lo cual plantearé algunas dimensiones que deben ser tenidas en cuenta en las propuestas de tratamiento para esta población. En primer lugar, es importante reconocer las características de esta enfermedad y sobre todo tener en cuenta la gran cantidad de intentos que han resultado infructuosos en su atención y tratamiento (Carrasco & Jiménez, 2015). Siendo crucial que un abordaje terapéutico tome en cuenta el escepticismo y la desesperación que acompaña a los pacientes, incluyendo acciones terapéuticas orientadas a infundir y fomentar la esperanza, ya que como señala Yalom (2006) impulsar este factor en grupos terapéuticos respaldará el acceso a otros recursos, funcionando como sosten para el desarrollo de nuevas habilidades tanto a nivel individual como social. Aspecto crucial en el ámbito de la fibromialgia, ya que al sugerirse un tratamiento de corte multidisciplinar y multidimensional, se requiere tener mecanismos para impulsar la adherencia y participación de los pacientes en las diferentes áreas de intervención. Además, este recurso terapéutico se ve ampliamente favorecido desde las intervenciones de orden grupal, lo que podría resultar en una intervención que promueva el bienestar y calidad de vida de la persona con fibromialgia, sin necesidad de invertir gran cantidad de recursos económicos, llegando con más facilidad a mayor cantidad de individuos.

En segundo lugar, es importante que se integren los factores tanto físicos como emocionales, cognitivos y sociales en las estrategias y abordajes propuestos, a partir de técnicas como la atención plena, la conciencia corporal, el manejo de la catastrofización a partir de técnicas meditativas que empleen la compasión y autocompasión y el fomento de estrategias de auto atención y auto-cuidado. Estas a su vez ayudarán a legitimar la experiencia de malestar tanto psicológico como físico que experimentan los pacientes. Para esto es importante revisar modelos de explicación que apelen a la integración de variables, además de la inclusión de técnicas que puedan atender a diferentes dominios en un mismo tiempo.

Igualmente, un programa de intervención para fibromialgia debe ayudar a los pacientes a comprender la naturaleza integrada de todos sus síntomas, explicando por ejemplo la forma en la que los procesos emocionales o cognitivos interfieren en el malestar físico u orgánico. Reconociendo también, cómo recursos externos o contextuales, como las relaciones interpersonales, están comprendidos dentro de su proceso de mejoría. Este aspecto se asienta en las recomendaciones recientes que han resultado de la investigación en el campo de dolor crónico, desde donde se considera imprescindible, pensar en el dolor desde una perspectiva biopsicosocial ya que la experiencia de dolor resulta de la interacción e influencia de una amplia red de factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, laborales, culturales (García, 2011). De esta forma, un tratamiento grupal para fibromialgia debe apoyar la implicación en cada una de las áreas vitales de los pacientes.

Por último, debido a que las personas con fibromialgia tienen una constante percepción de incompreensión y aislamiento (Carrasco & Jiménez, 2015), es fundamental que un programa de intervención reconozca la variable asociada con el apoyo social como forma de restablecer las

relaciones y recursos comunitarios que requieren los pacientes para su recuperación. Esta variable puede atenderse desde el trabajo en un formato grupal, pero también puede ser reforzada en los procesos individuales.

Por estos motivos se hace relevante hacer llegar a esta población un abordaje que no estigmatice el daño emocional, afectivo y relacional que persiste en su malestar, ni tampoco desconozca los aspectos físicos y corporales que sobresalen; apoyando un paradigma de salud en donde la salud se construye a partir de la relación de varios planos, en donde el cuerpo y la mente mantienen interrelación constante, y en donde los estados emocionales y mentales en la enfermedad influyen en los procesos de curación (Duclow, 2002).

Para finalizar, la última pregunta de discusión gira en torno a ¿Qué beneficios tienen los abordajes desde un enfoque mente-cuerpo para la atención a la fibromialgia y la salud en general? es importante considerar que un modelo de intervención mente-cuerpo logra ser coherente con una perspectiva de salud integral, preocupándose por la calidad de vida de los pacientes y fomentando la implicación de los individuos en sus procesos de tratamiento. Cuando Cornejo et al., (2015) define algunos de los beneficios de los abordaje mente-cuerpo señala que un terapeuta desde este enfoque hace uso de la expresión corporal, postural, facial tanto en la evaluación como en la intervención terapéutica, favoreciendo el encuentro con nuevas estrategias de afrontamiento más positivas, tales como distraerse del dolor y aprender a ocuparse, y reducir las estrategias negativas que limitan la participación en las actividades de la vida diaria y exacerbaban el catastrofismo. Esto indica que un abordaje cuerpo-mente puede resultar útil en el trabajo de variables psicológicas planteadas dentro del marco de conocimiento psicológico como la evitación, la catastrofización, la ansiedad y el afecto negativo.

Además, permite inculcar una noción de cuidado y responsabilidad frente a la propia salud, respaldada en el autoconocimiento y la búsqueda de bienestar general. Este aspecto es primordial cuando se trata de pensar en abordajes que atiendan de manera efectiva y eficiente las enfermedades de orden crónico, ya que una intervención basada en la preocupación por la totalidad del individuo (Galvéz & Sastre, 2011) podrá fomentar recursos que apoyen a los pacientes en la gestión y afrontamiento de su vida en general. Generando un campo nutrido para atender a las distintas necesidades del paciente crónico, que muchas veces trascienden lo que el sistema médico puede favorecer.

Adicionalmente, se han encontrado estudios que hablan de los beneficios de las terapias centradas en el cuerpo para el abordaje de distintas problemáticas y poblaciones. Argueta y Londoño (2013) hacen un resumen de algunos hallazgos relevantes, Castañeda (2004, citado en Argueta y Londoño, 2013) realizó un estudio en población general, donde se encuentra que las intervenciones enfocadas a la expresión artística ayudan a tener una mirada diferente del cuerpo, a percibirlo de forma más consciente y a actuar de manera reflexiva en la construcción de la propia subjetividad. Así mismo, Hill, Beutler y Daldrup (1989 citado en Argueta y Londoño, 2013) estudiaron a un grupo de mujeres adultas con artritis reumática, donde los resultados apuntan a que una alta participación por parte de las pacientes apunta a una reducción en el nivel estrés. Además, un estudio en el que se utilizó Focusing con una población de adolescentes con conductas agresivas, tuvo como resultado una mejora en el desempeño académico, así como en los logros terapéuticos (McDonald, 2006: citado en Argueta y Londoño, 2013). Por último, estudios realizados por Gendlin, Hendricks y Santen (citado en Argueta y Londoño, 2013) tuvieron efectos positivos en niños y niñas con antecedentes de trauma, ira, miedo y diagnósticos tempranos de trastornos de personalidad.

En este sentido se sugiere que los abordajes mente-cuerpo pueden ser apropiados para apoyar los procesos de promoción en salud, ya que ofrecen alternativas versátiles para que las personas incrementen el control sobre su bienestar y cuidado. Además de brindar aprendizaje y conocimiento personal que va más allá de la atención de una enfermedad en particular, aportando habilidades para la vida y el compartir en sociedad.

VI. Conclusiones

Las conclusiones del presente trabajo se presentan en el mismo orden en el que se organizaron los objetivos específicos.

La literatura reconoce la presencia de malestar tanto físico como emocional en los pacientes con fibromialgia, además de la dificultad a lo largo del tiempo para atender a las distintas aristas que evidencia esta enfermedad. Resaltando la importancia de una mirada multidimensional al momento de comprender las variables intervinientes en el malestar general experimentado en los pacientes. El cuerpo se contempla como una de las dimensiones en donde la enfermedad se refleja en su aspecto tanto físico como emocional y afectivo. El trabajo corporal se presenta como una forma integradora de considerar los aspectos psicoafectivos involucrados en la enfermedad, además de considerarlo una herramienta fundamental para favorecer autoconciencia, autocuidado y compromiso activo por parte del paciente en su proceso de recuperación de la enfermedad.

Resulta difícil encontrar un modelo explicativo que parta de la conexión mente-cuerpo para entender la enfermedad, sin embargo con el rastreo en la literatura fue posible elegir un modelo que considerará una respuesta interactiva entre distintos factores psicológicos y variables

fisiológicas, las cuales se considera que también juegan un papel detonante o activador en el círculo de malestar y disfuncionalidad observado en los pacientes.

Es posible encontrar técnicas y estrategias terapéuticas desde un enfoque mente-cuerpo que atiendan a variables psicológicas, buscando impactar y hacer cambios en la salud física y psicológica de los pacientes. Es notable la forma en cómo este conjunto de estrategias se retroalimentan entre sí, llegando a ser transversales en el abordaje de dichas variables. Esto conduce, a que en varias ocasiones técnicas de un mismo componente o con variantes similares, se reiteren en el abordaje de distintas variables; no obstante, esto evidencia el potencial que tienen para atender y generar un impacto en distintas dimensiones psicológicas.

Se plantea una propuesta de intervención que logra articular los objetivos, técnicas y actividades de forma coherente y pertinente con las variables psicológicas propuestas.

Estableciendo el procedimiento, así como las recomendaciones para una correcta aplicación y ejecución.

VII. Referencias

Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., & Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 19*(2), 160-164.

Álvarez, M. (2003). Fisiopatología y terapéutica de la fibromialgia. *OFFARM, 22*(1).

Álvarez-Gallardo, I. C., Soriano-Maldonado, A., Segura-Jiménez, V., Estévez-López, F., Camiletti-Moirón, D., Aparicio, V. A., ... & Carbonell-Baeza, A. (2019). High levels of physical fitness are

associated with better health-related quality of life in women with fibromyalgia: The al-Ándalus project. *Physical Therapy*, 99(11), 1481-1494.

Andrade, A., Dominski, F. H., & Sieczkowska, S. M. (2020). What we already know about the effects of exercise in patients with fibromyalgia: An umbrella review. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. WB Saunders.(1-16) (en prensa)

Argueta Jara, P., & Londoño Arana, C. (2013). Alcances de la técnica de focalización (focusing) en mujeres con Síndrome de Fibromialgia.

Ávila, D. (2016). Fibromialgia, una llamada al manejo multidisciplinario. *Rev. colomb. reumatol*, 1-2.

Asmundson, G. J., Wright, K. D., & Hadjistavropoulos, H. D. (2000). Anxiety sensitivity and disabling chronic health conditions: State of the art and future directions. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*.

Bertolín Guillén, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 289-307.

Bidonde, J., Boden, C., Kim, S., Busch, A. J., Goes, S. M., & Knight, E. (2018). Scoping review of dance for adults with fibromyalgia: what do we know about it?. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 5(1), e10033.

Borg, C., Emond, F. C., Colson, D., Laurent, B., & Michael, G. A. (2015). Attentional focus on subjective interoceptive experience in patients with fibromyalgia. *Brain and cognition*, 101, 35-43.

- Boyer, A. L., Mira, M. Á. P., López-Roig, S., & Ferrandéz, M. N. (2011). Factores psicosociales y utilización de servicios sanitarios en la Fibromialgia: Una revisión. *International Journal of Psychological Research*, 4(2), 80-91.
- Bravo, C., Skjaerven, L. H., Espart, A., Guitard Sein-Echaluce, L., & Catalan-Matamoros, D. (2019). Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia: a randomized clinical trial. *Physiotherapy theory and practice*, 35(10), 919-929.
- Cabo, A., Cerdá, G & Trillo, J. L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448.
- Cabrera-Perona, V., Buunk, A. P., Terol-Cantero, M. C., Quiles-Marcos, Y., & Martín-Aragón, M. (2017). Social comparison processes and catastrophising in fibromyalgia: a path analysis. *Psychology & Health*, 32(6), 745-764.
- Cardona, J. , Hernández, A. & León, V. (2014). Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(2), 57-64.
- Caron, M., & Emery, M. P. (2010). The role of patient-reported outcomes (pro) as primary endpoints in the evaluation of medicines approved with pro claims. *Value in Health*, 13(7), A338.
- Carrasco Acosta, M., Jiménez de Madariaga, C., & Márquez Garrido, M. (2010). Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 196-200
- Carrasco, M., & Jiménez, C. (2015). Percepciones de la Fibromialgia: estrategias de autoatención de las enfermas vs. la (des) atención médica. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 44-48.

- Carrasco, M., Jiménez, C., & Márquez, M. (2010). Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index de Enfermería, 19*(2-3), 196-200.
- Casado, V. (2015). La fibromialgia. Del malestar al bienestar: Estilos de vida saludables. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, (52)*, 47-56.
- Chica, Á. C., Guirval, F. G., Garrido, R. E. R., Chaves, G. C., & Mendo, A. H. (2019). Efectos de un programa de danza española en mujeres con fibromialgia. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 19*(2), 52-69.
- Comeche Moreno, M., Martín Fernández, A., Rodríguez Muñoz, M., Ortega Pardo, J., Díaz García, M. I., & Vallejo Pareja, M. Á. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y salud, 21*(2), 107-121.
- Contreras Moreno, A. (2011). *Terapia cognitivo conductamental para el manejo de la fibromialgia* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Danet, A., Prieto-Rodríguez, M. Á., Valcárcel-Cabrera, M. C., & March-Cerdà, J. C. (2016). Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia: Un análisis de género. *Aquichan, 16*(3), 296-312.
- Dobkin, P. L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Ionescu-Ittu, R., Bernatsky, S., Goldberger, A., & Baron, M. (2010). Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *The Clinical journal of pain, 26*(1), 23-29.
- Duclow, D. "Williams James, Mind-Cure, and the Religion of Healthy-Mindedness". *Journal of Religion and Health. 2002. 41*(1). Pp. 45-56.

- Endrizzi, C., Di Pietrantonj, C., D'Amico, G., Pasetti, M., Bartoletti, L., & Boccalon, R. (2017). Dance movement psychotherapy for patients with fibromyalgia syndrome. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 12*(2), 111-127.
- Fernández, B. R., Campayo, J. G., Casanueva, B., & Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia: Una revisión actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 14*(3), 137-151.
- Fernández, D. (2016). Fibromialgia, una llamada al manejo multidisciplinario. *Rev. colomb. reumatol, 1-2*.
- Galvez, Á. Y., & Sastre, A. M. (2011). El cuerpo como experiencia de autoconocimiento y desarrollo de sí mismo. *Cuerpo, cultura y movimiento, 1*(2), 15-39.
- Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Duschek, S., & del Paso, G. A. R. (2020). Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. *Journal of Affective Disorders, 265*, 486-495.
- García, D. Á., Nicolás, I. M., & Hernández, P. J. S. (2016). Clinical approach to fibromyalgia: synthesis of evidence-based recommendations, a systematic review. *Reumatología Clínica (English Edition), 12*(2), 65-71.
- García, J. R. (2012). Fibromialgia: de la identidad en la nosografía a la rementalización del sufrimiento. Una experiencia de cinco años de trabajo grupal desde una perspectiva intersubjetiva. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, (42)*, 4.
- García-Bardón, M. V. (2011). *Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados* (Doctoral dissertation, Universidad

Complutense de Madrid).

García-Campayo, J., y Rodero, B. (2011). La catastrofización ante el dolor en fibromialgia. *Jano*, 00, 59-61.

García, V., Castel, B., & Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*, 2(1), 38-43.

Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 27(12), 725-728.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.

Ghiggia, A., Romeo, A., Tesio, V., Di Tella, M., Colonna, F., Geminiani, G. C., ... & Castelli, L. (2017). Alexithymia and depression in patients with fibromyalgia: When the whole is greater than the sum of its parts. *Psychiatry Research*, 255, 195-197.

Goldenberg, D. L., Burckhardt, C., & Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *Jama*, 292(19), 2388-2395.

Gómez, C., Vinaccia, S., & Quiceno J. (2017). Enfermedades reumáticas en Colombia: quince años de investigaciones psicológicas. *Universitas Médica*, 58(2).

Gómez-de-Regil, L., & Álvarez-Nemegyei, J. (2016). Open access scientific evidence of cognitive behavioral therapy for patients with fibromyalgia. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 91-102.

González, A. M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.

- González-Ramírez, M. T., & Landero-Hernández, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe*, (26), 119-141.
- Guiote, A. (2011). Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo/Art-therapy and fibromyalgia: lenguajes of the body. *Arteterapia*, (6), 119-133.
- Häuser, W., Thieme, K., & Turk, D. C. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome—a systematic review. *European journal of pain*, 14(1), 5-10.
- Hedman-Lagerlöf, M., Andersson, E., Hedman-Lagerlöf, E., Wicksell, R. K., Flink, I., & Ljótsson, B. (2019). Approach as a key for success: Reduced avoidance behaviour mediates the effect of exposure therapy for fibromyalgia. *Behaviour research and therapy*, 122, 103478.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *The Journal of Pain*, 15(8), 800-814.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. y Strom, S.E. (1995). The chronic pain coping inventory: development and preli-minary validation. *Pain*, 60, 203-216.
- Júnior, J. C. A., de Almeida Silva, H. J., da Silva, J. F. C., da Silva Cruz, R., de Almeida Lins, C. A., & de Souza, M. C. (2018). Zumba dancing can improve the pain and functional capacity in women with fibromyalgia. *Journal of bodywork and movement therapies*, 22(2), 455-459.
- Kort, F. (1995). Interacción mente-cuerpo. *Revista latinoamericana de Psicología*, 27(3), 497-501.

- Lee, Y. R. (2010). Fibromyalgia and childhood abuse: Exploration of stress reactivity as a developmental mediator. *Developmental Review, 30*(3), 294-307.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine, 30*(1), 77-94.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: Results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research, 44*(1), 120-135.
- Londoño, J., Peláez Ballestas, I., Cuervo, F., Angarita, I., Giraldo, R., Rueda, J. C., Ballesteros, J. G., Baquero, R., Forero, E., Cardiel, M., Saldarriaga, E., Vásquez, A., Arias, S., Valero, L., González, C., Ramírez, J., Toro, C., & Santos, A. M. (2018). Prevalence of rheumatic disease in Colombia according to the Colombian Rheumatology Association (COPCORD) strategy. Prevalence study of rheumatic disease in Colombian population older than 18 years. *Revista Colombiana de Reumatología, 25*(4), 245–256.
- Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Psychological therapy for centralized pain: an integrative assessment and treatment model. *Psychosomatic medicine, 81*(2), 114.
- Magee, D. J., Zachazewski, J. E., Quillen, W. S., Manske, R. C., Bishop, M. D., Lentz, T. A., & George, S. Z. (2016). Chapter 12 – Low Back Pain: Disability and Diagnostic Issues. In *Pathology and Intervention in Musculoskeletal Rehabilitation* (pp. 471–501). W.B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-31072-7.00012-9>

- Marín-Mejía, F., Colina-Gallo, E., & Duque-Vera, I. L. (2019). Danza terapéutica y ejercicio físico. Efecto sobre la fibromialgia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 17-27.
- Martín Guivernau, C. (2017). *Eficacia de un programa de intervención no farmacológica en un grupo de pacientes con fibromialgia y valoración de los factores que intervienen en la adhesión al tratamiento* (Doctoral dissertation, Universitat Internacional de Catalunya).
- Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., Padierna, A., Matellanes, B., & Quintana, J. M. (2017). Assessment of predictors of the impact of fibromyalgia on health-related quality of life 12 months after the end of an interdisciplinary treatment. *Journal of affective disorders*, 208, 76-81.
- Martinez-Calderon, J., Zamora-Campos, C., Navarro-Ledesma, S., & Luque-Suarez, A. (2018). The role of self-efficacy on the prognosis of chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *The Journal of Pain*, 19(1), 10-34.
- Martínez-Fernández, A. M., Gancedo-García, A., Chudáčik, M., Babío-Herráiz, J., & Suárez-Gil, P. (2016). Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 23(1), 3-10.
- McLean, S. A., Clauw, D. J., Abelson, J. L., & Liberzon, I. (2005). The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosomatic medicine*, 67(5), 783-790.
- Meredith, M. & Rome, L. (2017). *Matrixworks: A life-Affirming Guide to facilitation Mastery and Group genius*. Balboa Press.

- Moraes, L. J., Miranda, M. B., Loures, L. F., Mainieri, A. G., & Mármora, C. H. C. (2018). A systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions. *Psychology, health & medicine*, 23(6), 635-652.
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Nestares Luna, K. L., & Olivera García, A. (2020). Frecuencia de alexitimia y sus factores asociados en pacientes con fibromialgia tratados en un hospital público de Lima, Perú.
- Nijs, J., Van Houdenhove, B., & Oostendorp, R. A. (2010). Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual therapy*, 15(2), 135-141.
- Norton, P. J., & Asmundson, G. J. (2003). Amending the fear-avoidance model of chronic pain: What is the role of physiological arousal?. *Behavior therapy*, 34(1), 17-30.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego*. Desclée de Brouwer.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2009). El trauma y el cuerpo. *Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 257.
- Oliveira, L. H. D. S., Mattos, R. D. S., Castro, J. B. P. D., & Therezinha Luz, M. (2017). Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 1309-1332.

- Pareja, M. Á. V., Moreno, M. I. C., Pardo, J. O., Muñoz, M. D. L. F. R., & García, M. I. D. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 2(2), 28-34.
- Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con Fibromialgia. *Infocop, Revista de Psicología*, 43,14- 20.
- Pinto Ayash, S. (2019). Fibromialgia: más allá del dolor. Transitando entre la invisibilidad y la visibilidad. REVISAR REFERENCIA <http://hdl.handle.net/2445/150377>
- Porres, M. D., & Sontag, S. (2009). Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. *Átopos*, 8, 33-48.
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative therapies in health and medicine*, 11(5), 46.
- Price, C. J., McBride, B., Hyerle, L., & Kivlahan, D. R. (2007). Mindful awareness in body-oriented therapy for female veterans with post-traumatic stress disorder taking prescription analgesics for chronic pain: a feasibility study. *Alternative therapies in health and medicine*, 13(6), 32.
- Pulido-Martos, M., Luque-Reca, O., Segura-Jiménez, V., Álvarez-Gallardo, I. C., Soriano-Maldonado, A., Acosta-Manzano, P., ... & Estévez-López, F. (2020). Physical and psychological paths toward less severe fibromyalgia: A structural equation model. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 63(1), 46-52.
- Riccio, C. A., Pliego, J., & Rae, W. A. (2016). Mind-body approaches and chronic illness: Status of research. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(1), 16-24.

- Rodríguez Sastre, R. (2002). Identificación de factores psicológicos asociados a la activación ya la inhibición se la sintomatología clínica de la fibromialgia. *Acta Colombiana de Psicología, No. 7* (may. 2002); p. 85-102.
- Rodriguez, L., Borrás, X., -Feliu-Soler, A., Perez, A., Rozadilla, A., Montero, J., Maes, M. & Luciano, J. (2019). Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain, behavior, and immunity, 80*, 109-119.
- Rodríguez, V. R. (2005). Terapias mente-cuerpo: una reintegración de mente, cuerpo y espíritu. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 3(109-110), 183-190.
- Rodríguez, V. R. (2008). El mejoramiento de la salud a través de la expresión corporal: un enfoque holístico. *Reflexiones*, 87(1), 127-137.
- Romagnolli, L., Coria, V. R., Júnior, S. H. N., Sartori, J. E. T., de Souza Romanelli, A., Carvalho, L. G. G. S., ... & de Araújo Filho, G. M. (2016). Alexithymia and fibromyalgia: a systematic review. *Revista de Medicina*, 95(1), 12-17.
- Sadigh, M. R., & Montero, R. P. (2001). *Autogenic training: a mind-body approach to the treatment of fibromyalgia and chronic pain syndrome*. CRC Press.
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J., & Azkue, J. J. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(6), 323-329.

- Salvador, M. C. (2012). El gui3n de vida en el cuerpo: las decisiones som3ticas y abordaje terap3utico para su intervenci3n. *Revista de an3lisis transaccional y psicolog3a humanista*, (59), 238-246.
- Sancassiani, F., Machado, S., Ruggiero, V., Cacace, E., Carmassi, C., Gesi, C., ... & Carta, M. G. (2017). The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 473-488.
- Sarno, J. E. (2007). *Curar el cuerpo, eliminar el dolor*. Editorial Sirio, SA.
- Segura-Jim3nez, V., Gatto-Cardia, C. M., Martins-Pereira, C. M., Delgado-Fern3ndez, M., Aparicio, V. A., & Carbonell-Baeza, A. (2017). Biodanza reduces acute pain severity in women with fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 18(5), 318-327.
- Sun, R., Merrill, E., & Peterson, T. (2001). From implicit skills to explicit knowledge: A bottom-up model of skill learning. *Cognitive science*, 25(2), 203-244.
- Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD001980. DOI: 10.1002/14651858.CD001980.pub3.
- Thieme, K., Mathys, M., & Turk, D. C. (2017). Evidenced-based guidelines on the treatment of fibromyalgia patients: Are they consistent and if not, why not? Have effective psychological treatments been overlooked?. *The Journal of Pain*, 18(7), 747-756.
- Torrijos, M. (2018). *Eficacia de un programa de mindfulness y compasi3n para la mejora de la calidad de vida, compasi3n, autocuidado y malestar emocional del paciente con dolor cr3nico: Ensayo cl3nico aleatorizado* (Doctoral dissertation, Universidad Aut3noma de Madrid).

- Tosal Herrero, B. (2008). El cuerpo como excusa: El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología. *Index de Enfermería, 17*(1), 12-16.
- Tovar, M. A. (2005). Fibromialgia. *Colombia Médica, 36*(4), 287-291.
- Turk, D. C. (2013). Psychosocial aspects of chronic pain. In *Practical Management of Pain: Fifth Edition* (pp. 139.e2-148.e2). Elsevier Inc.
- Uribe, J. (2012). *Terapias cognoscitivo comportamentales de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, terapia cognoscitivo comportamental basada en Mindfulness, Psicoterapia Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Van der Maas, L. C., Köke, A., Pont, M., Bosscher, R. J., Twisk, J. W., Janssen, T. W., & Peters, M. L. (2015). Improving the multidisciplinary treatment of chronic pain by stimulating body awareness. *The Clinical journal of pain, 31*(7), 660-669.
- Van Houdenhove, B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder?. *Psychotherapy and psychosomatics, 73*(5), 267-275.
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2008). Customizing treatment of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: the role of perpetuating factors. *Psychosomatics, 49*(6), 470-477.
- Van Houdenhove, B., Luyten, P., & Tiber Egle, U. (2009). Stress as a key concept in chronic widespread pain and fatigue disorders. *Journal of Musculoskeletal Pain, 17*(4), 390-399.
- Vega, V., & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global, 8*(2).

- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Wang, C., Schmid, C. H., Fielding, R. A., Harvey, W. F., Reid, K. F., Price, L. L., ... & McAlindon, T. (2018). Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. *bmj*, 360.
- Weiss, H., Johanson, G., & Monda, L. (2015). *Hakomi mindfulness-centered somatic psychotherapy: A comprehensive guide to theory and practice*. WW Norton & Company.
- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312-324.
- Wong, A., Figueroa, A., Sanchez-Gonzalez, M. A., Son, W. M., Chernykh, O., & Park, S. Y. (2018). Effectiveness of tai chi on cardiac autonomic function and symptomatology in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J. Aging Phys. Act*, 23, 1-8.
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas Mañas, I., Gómez Becerra, I., & Franco Justo, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoría e práctica*. Artmed.
- Zafra, M., Pastor, M., & López, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 104-113.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIA HUMANAS, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MAESTRÍA
EN PSICOLOGÍA: PROFUNDIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
EDAD: _____ Años FECHA: ____ ____ ____ HORA: _____ CÓDIGO: _____

Antes de participar en las actividades de esta investigación es importante que usted comprenda y esté de acuerdo con la siguiente información relacionada con el propósito, metodología, riesgos y beneficios del mismo.

Investigadores:

Magnolia Del Pilar Ballesteros	C.C. 36308900	TP: 144168
Karenth Margarita Jiménez López	C.C. 1072700489	TP: 175292
Roger Smith Rojas Monroy	C.C. 1010211285	TP: 175201

En caso de requerir comunicarse con los investigadores puede escribir a los correos kmjimenezl@unal.edu.co, rsrojasm@unal.edu.co.

Título de la investigación:

Propósito del estudio: El objetivo de este estudio es diseñar y aplicar una intervención en formato grupal para pacientes con fibromialgia que promueva mejoría en el nivel de funcionalidad a partir técnicas y actividades tomadas de la literatura especializada y basadas en el enfoque mente-cuerpo. Reconociendo la importancia de trabajar en la integración entre el malestar físico y el malestar emocional como forma de afrontar el padecimiento de la enfermedad. Buscando evaluar el impacto de la intervención en el nivel de funcionalidad, el dolor, y otras variables psicológicas de relevancia.

Metodología: El taller se llevará a cabo en 8 sesiones de 2 horas cada una, en el horario _____, las primeras dos sesiones estarán centradas en familiarizar a los participantes con el enfoque mente-cuerpo, desarrollar y fomentar habilidades de lectura corporal, brindar herramientas de regulación desde la conciencia corporal y generar comprensión frente a los distintos factores psicológicos y contextuales que influyen en la severidad de la fibromialgia. A partir de la tercera y hasta la sexta sesión la intervención se enfocará en favorecer habilidades de afrontamiento activo, generar estrategias para reducir el miedo ante el dolor, impulsar el procesamiento emocional y el manejo de los pensamientos negativos empleando algunas técnicas cuerpo-mente. Las últimas dos sesiones se centrarán en consolidar las habilidades aprendidas, generando estrategias y formas de emplearlas en el manejo cotidiano de la enfermedad. Este trabajo

se realizará de manera virtual a partir de actividades vivenciales, aplicación de pruebas estandarizadas de auto reporte, así como la explicación y modelamiento por parte de los profesionales.

Las actividades serán orientadas por psicólogos profesionales, estudiantes de último semestre de la Maestría en Psicología con profundización en clínica de la Universidad Nacional de Colombia, quienes tienen una formación complementaria en Hakomi-Psicoterapia basada en Mindfulness, certificada por el Hakomi Institute de California, con aproximadamente 3 años de experiencia en atención individual clínica, además de experiencia en implementación de intervenciones grupales en el ámbito clínico, actualmente adaptadas a la modalidad virtual.

Se ofrecerán indicaciones claras y precisas de lo que deben realizar los participantes, se tomarán en cuenta las recomendaciones hechas por Jones & Clark (2002), quienes han identificado movimientos o formas de realizar los movimientos que se deben evitar practicar con personas con fibromialgia, ya que tiene la probabilidad de aumentar los síntomas, evitando este tipo de acciones; además de transmitir esta información a los participantes.

Se tomarán las medidas y precauciones necesarias para no efectuar acciones que sean perjudiciales para los participantes, por tal motivo la intervención hará énfasis en la conciencia del cuerpo, la respiración y la reducción de la velocidad durante los movimientos habituales o cotidianos, más que en la realización de nuevos movimientos o movimientos poco habituales. Sin embargo, en caso de presentar algún tipo de incomodidad, molestia o dolor comunicar al psicólogo y decidir en forma conjunta sobre la suspensión o continuación del ejercicio.

Beneficios: Se espera que a partir de las actividades desarrolladas el participante logre encontrar modos de afrontamiento a su enfermedad, adquiriendo habilidades de regulación emocional, manejo del miedo al dolor, así como el abordaje de las emociones y pensamientos negativos que influyen en el malestar de la enfermedad. De manera que se contribuya a la mejoría en la funcionalidad y calidad de vida del participante. Además, tras la culminación de la intervención se brindarán recomendaciones y sugerencias individualizadas para cada participante..

Riesgos: Dificultad o incomodidad en el desarrollo de algunas actividades que implican acercamiento a factores personales. Frustración frente a expectativas incompatibles del participante con los aportes de la intervención. Aumento del dolor en algunos principiantes, aunque esto es poco probable (tema abordado en el apartado de metodología).

Participación voluntaria: Su participación en la intervención es completamente voluntaria, si usted se negara a participar o decidiera retirarse esto no le generará ningún perjuicio, ni consecuencia negativas de ningún tipo.

Confidencialidad: Este apartado está diseñado bajo la ley 1090 del 2006 que regula el ejercicio profesional del psicólogo y que garantiza al participante que toda la información obtenida del estudio será confidencial y únicamente se utilizará para fines académicos, siempre manteniendo anónima la identidad de los participantes, para esto a cada participante se le dará un código tanto para los instrumentos de evaluación, como para los registros de observación (voz e imagen) y fotografías.

Sin embargo, la ley 1090 del 2006, también obliga a quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental, la de algún otro miembro de la comunidad, incluyendo niños/niñas, adultos con discapacidad o adultos mayores.

Yo _____, identificado con cc _____, por medio del presente documento, en pleno y normal uso de las facultades mentales, hago constar que he leído conscientemente el presente documento, lo he entendido y comprendido y se me han resuelto todas las preguntas que he tenido al respecto de este proceso investigativo y estoy de acuerdo en participar en la presente investigación.

Autorizo que con la condición de no mencionar mi identidad personal, los registros fílmicos (voz e imagen) y fotografías de la intervención puedan ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y / o divulgación científica. Si___ No___

Firma del participante
C.C

Firma del investigador (a)
C.C

Firma del investigador (a)
C.C