

DESARROLLO Y ESTUDIO PILOTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN IMAGINERÍA POSITIVA CON APOYO ONLINE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

DEVELOPMENT AND PILOT TESTING OF A POSITIVE IMAGERY INTERVENTION WITH ONLINE SUPPORT IN THE TREATMENT OF FIBROMYALGIA

Guadalupe Molinari^{1,4}, Ángel Enrique Roig^{1,4}, Rocío Herrero^{1,4},
Nagore Fernández-Llanio Comella³, Cristina Botella^{1,2,4}
y Azucena García-Palacios^{1,2,4}

Resumen

Las intervenciones de Psicología Positiva (IPP) representan un método innovador para desarrollar recursos para afrontar mejor el dolor. Este estudio tiene como objetivo describir el desarrollo de un ejercicio de visualización positiva con el apoyo de las tecnologías de la información y la comunicación para promover resiliencia frente al dolor crónico. Se presentan datos preliminares de la aceptabilidad de la intervención "Mi Mejor Yo posible" con apoyo online para pacientes con fibromialgia. Se observaron cambios clínicamente significativos en medidas de estado funcional y depresión, y un incremento en la calidad de vida. Es el primer estudio que brinda evidencia preliminar de la eficacia de una IPP para fibromialgia con el uso de tecnologías para mejorar la autogestión de los pacientes.

Palabras clave: Fibromialgia, Psicología Positiva, Mi mejor Yo, Resiliencia, Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Abstract

Positive psychology interventions (PPI) represent a promising method to promote resources to better cope with pain. This study aims to describe the rationale for a PPI for fibromyalgia and outline a potential model by which a positive imagery exercise supported by Information and Communication technologies could lead to resilience in chronic pain. We present preliminary data of acceptability and feasibility of the Best Possible Self intervention with online support for clinical patients. In general, larger effect sizes and clinically significant change were found on measures of functional status and depression. An increment in quality of life was observed. This is the first study to provide preliminary evidence for the efficacy of a PPI in fibromyalgia using technologies to enhance self-management.

Key words: Fibromyalgia, Positive psychology intervention, Best Possible Self, Pain resilience, Information and Communication technologies.

Recibido: 30-10-16 | Aceptado: 02-02-17

INTRODUCCIÓN

Si hay un síndrome que desafía el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedad, es el síndrome de Fibromialgia (FM). La heterogeneidad que presenta su sintomatología, la comorbilidad con otros síndromes de dolor crónico y la escasa respuesta a los tratamientos ha provocado que, en 30 años de investigación, ningún

tratamiento farmacológico o no farmacológico haya demostrado ser eficaz para todos los pacientes (Okifuji y Hare, 2013).

La FM es una condición de dolor musculoesquelético crónico de etiología desconocida, caracterizada por dolor generalizado acompañado de fatiga, incapacidad funcional, alteraciones del sueño y trastornos afectivos. En conjunto, la experiencia de dolor de estos pacientes es compleja e incluye factores conductuales, cognitivos y afectivos que afectan a la calidad de vida de aquellos que la padecen. Por esta razón, los enfoques psicológicos han centrado sus esfuerzos en reducir la incapacidad generada por el dolor, el malestar

¹Universitat Jaume I, Spain. ²Instituto Salud Carlos III, Spain. ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, Spain. ⁴PROMOSAM Excellence in Research Program, MINECO, Valencia, Spain.

E-Mail: guadalupemolinari@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 424-435

© 2018 Fundación AIGLÉ.

emocional, y las estrategias de afrontamiento desadaptativas, más que buscar una reducción directa del dolor (Roditi y Robinson, 2011). Las terapias cognitivo-comportamentales, la relajación, las intervenciones psicoeducativas, los tratamientos conductuales y los programas basados en *mindfulness* han demostrado ser efectivos en reducir los problemas de sueño, la depresión, el estado funcional y la catastrofización de los pacientes (Glombiewski y cols., 2010). Normalmente, los enfoques terapéuticos son presentados a los pacientes dentro de un objetivo general orientado a disminuir las consecuencias negativas del dolor (Finan y Garland, 2015). Sin embargo, recientemente se han aplicado nuevas intervenciones clínicas para el manejo del dolor dirigidas a cambiar el enfoque de algunos paradigmas: (1) de aliviar y disminuir la manifestación de síntomas negativos a promover recursos de afrontamiento positivos para el dolor (Keefe y Wren, 2013); y (2) de las prácticas de salud tradicionales a la inclusión de recursos de salud a través de las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) y de Internet. Por ejemplo, los tratamientos basados en la evidencia aplicados a través de Internet, el uso de realidad virtual y de aplicaciones para teléfonos inteligentes en los tratamientos (Keogh, Rosser, y Eccleston, 2010). Estas tecnologías ofrecen múltiples ventajas: reducir barreras para el acceso a servicios de salud, incrementar la eficiencia de los tratamientos y promover el autocuidado (Mohr, Burns, Schueller, Clarke y Klinkman, 2013), un aspecto clave en condiciones crónicas.

Los factores psicológicos positivos como la aceptación del dolor, las emociones positivas y las estrategias adaptativas de afrontamiento influyen en el curso y en la experiencia de dolor. El afecto positivo actúa amortiguando la experiencia de dolor a través de la reducción de la catastrofización del dolor (Hood, Pulvers, Carrillo, Merchant y Thomas, 2012) y ampliando el foco de atención y cognición hacia estímulos y experiencias no dolorosas (Finlan y Garland, 2014). El optimismo ha sido relacionado con una menor sensibilidad al dolor, un mejor funcionamiento físico, una mayor adaptación al dolor y una reducción del malestar psicológico (Goodin y cols., 2013). Hasta hace poco, los efectos beneficiosos del optimismo sobre el dolor habían sido estudiados en su mayoría a través de estudios correlacionales y de laboratorio (Goodin y Bulls, 2013). Sin embargo, para demostrar que los factores psicológicos positivos afectan de manera directa al dolor se necesitan estudios experimentales que incluyan intervenciones dirigidas a promover un funcionamiento positivo en pacientes que sufren de dolor.

Dentro del campo de la psicología positiva, se han desarrollado intervenciones dirigidas a promover constructos psicológicos positivos. Estas inter-

venciones en psicología positiva (IPP) han demostrado ser efectivas en reducir la depresión y promover el bienestar subjetivo y psicológico (Sin y Lyubomirsky, 2009). Sin embargo, la evidencia de un reciente meta-análisis muestra que una gran cantidad de estos estudios (17 de 39) han sido probados en estudiantes universitarios (Bolier y cols., 2013). Además, en el campo del dolor, la mayoría de estas intervenciones se han estudiado mediante ensayos experimentales controlados en entornos de laboratorio con procedimientos de inducción de dolor en participantes sanos (Hansen, Peters, Vlaeyen, Meevissen y Vancleef, 2013; Hausmann, Parks, Youk y Kwok, 2014; Boselie, Vancleef, Smeets y Peters, 2014). Para que una IPP sea efectiva en incrementar el bienestar, no sólo son importantes las características del ejercicio, sino también las de la persona, lo cual es conocido como ajuste persona-actividad (Lyubomirsky y Layous, 2013). Por esta razón, creemos que el campo de la psicología positiva carece de intervenciones específicamente diseñadas para poblaciones clínicas. El objetivo de este estudio es describir la adaptación y utilización de una IPP, el ejercicio "Mi Mejor Yo Posible", en pacientes con FM. Por este motivo, en este trabajo se propone la combinación de una IPP aplicada a través de TICs para proporcionar una intervención eficaz para pacientes clínicos. Describiremos un sistema desarrollado por nuestro equipo que incluye narrativas, sonidos y guías visuales para centrar la atención de las pacientes en la tarea y potenciar los efectos del ejercicio de imaginación. Además, se presentan los resultados preliminares del estudio a corto y a largo plazo. Para mejorar la adherencia, a los pacientes se les dio acceso a una plataforma a través de Internet y se les brindó apoyo enviándoles dos mensajes de texto semanalmente. También se examinaron los niveles de aceptación y utilidad percibida, así como los potenciales beneficios de la intervención.

MÉTODO

Fundamentos y desarrollo de la intervención

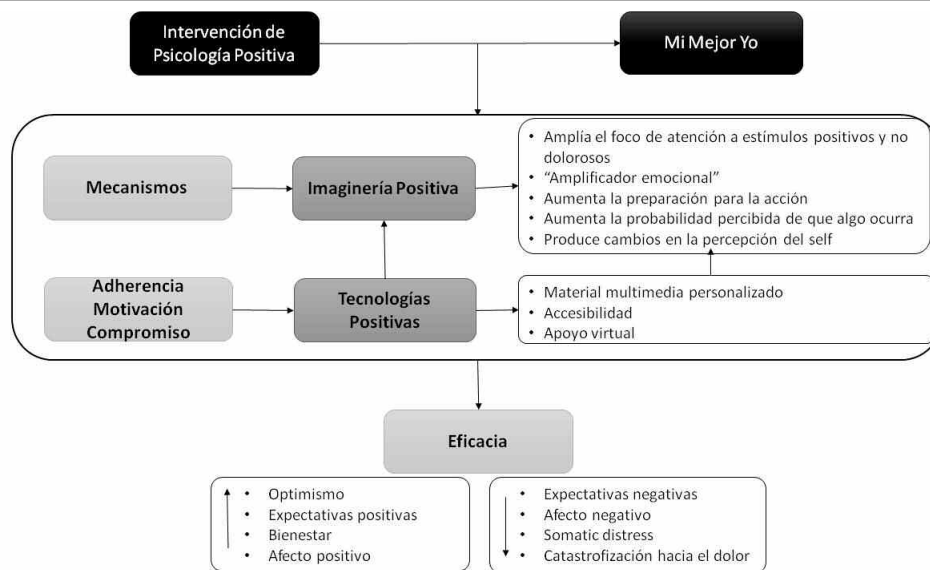
La psicología de la salud se ha nutrido de la psicología positiva (Aspinwall y Tedeschi, 2010). Es más, en la actualidad se ha propuesto un modelo que permite conceptualizar cómo diversos constructos de la psicología positiva, como el afecto positivo y el optimismo, intervienen en los procesos de adaptación y autogestión del dolor crónico (Finan y Garland, 2015). Teniendo en cuenta este modelo, nuestro objetivo fue desarrollar una intervención para pacientes con fibromialgia con el fin de promover factores psicológicos positivos que ayuden a afrontar mejor el dolor. Con este propósito, hemos revisado la literatura del campo de las

IPPs, incluyendo meta análisis actuales (Sin y Lyubomirsky, 2009; Bolier y cols., 2013), para identificar aquellos ejercicios validados orientados a incrementar variables positivas que han sido consistentemente relacionadas con el dolor (por ejemplo: esperanza, optimismo, afecto positivo). Algunas de las conclusiones de esta revisión fueron que: (i) la mayoría de las intervenciones eran dirigidas a estudiantes universitarios o a la población en general; (ii) los individuos con problemas psicosociales y aquellos que esperaban que la intervención los hiciera más felices, son los que se beneficiaron más de las IPPs; (iii) y en cuanto al diseño de las intervenciones, la terapia individual se mostró más efectiva, las intervenciones más largas generaron un mayor nivel de bienestar y presentaron tamaños del efecto más grandes, así como también aquellos estudios que incluían la prescripción de un profesional de la salud. Sin embargo, aunque estos resultados son alentadores, la mayoría de los estudios presentan tamaños del efecto pequeños y comparten una limitación común: la baja adherencia.

Consideramos que con la inclusión de las IPPs en los protocolos de tratamiento se ha dado un primer paso en el desarrollo de un enfoque terapéutico dirigido a promover factores psicológicos protectores. Sin embargo, los ejercicios psicológicos positivos específicos no han sido extraídos y puestos a prueba de manera independiente en pacientes con dolor crónico (Finan y Garland, 2014). Los tratamientos psicosociales con evidencia empírica para el dolor crónico incluyen intervenciones para promover la salud, pero a menudo éstas se presentan a los pacientes dentro de un enfoque dirigido a minimizar los aspectos negativos del dolor, o incluidas dentro de "paquetes de tratamiento" que incluyen varios ejercicios (Flink, Smeets, Bergbom, y Peters, 2015; Muller y cols., 2016), por lo que es difícil analizar el papel específico que juegan las IPPs. Por esta razón, proponemos un modelo (ver Figura 1) por el cual las IPPs pueden promover la resiliencia en síndromes de dolor crónico. Seleccionamos una intervención para promover optimismo dado que estudios previos han demostrado los beneficios del optimismo en la mejora de los síntomas relacionados con el dolor (por ejemplo, reducción en la sensibilidad al dolor y disminución del malestar psicológico). Hemos elegido una intervención simple, fácil de aplicar y con evidencia empírica: el Mejor Yo Posible (BPS) (Peters, Flink, Boersma, y Linton, 2010). La intervención consiste en un ejercicio de escritura e imaginación guiadas, que promueve un pensamiento positivo orientado al futuro, pidiéndole al paciente que piense en la mejor manera en que su vida podría resultar en 3 dominios de su vida: área personal, área de las relaciones sociales y área profesional. Los estudios muestran que el BPS, en comparación

con un ejercicio control, aumenta significativamente el optimismo y el afecto positivo en población general, después de una intervención de 2 semanas de duración (Meevissen, Peters, y Alberts, 2011). En el campo del dolor, el BPS ha demostrado que es capaz de provocar un aumento en el optimismo que, a su vez, es eficaz para reducir la intensidad del dolor durante una tarea de inducción de dolor por frío (Hanssen y cols., 2013). Se ha demostrado que el optimismo elimina las dificultades inducidas por el dolor durante tareas ejecutivas (Boselie y cols., 2014). Además, las imágenes mentales han mostrado su eficacia para el control del dolor en distintos grupos de personas con dolor crónico (Lewandowski, 2004) y en pacientes con fibromialgia (Fors, Sexton, y Götestam, 2002). Específicamente, las imágenes positivas han demostrado ser analgésicas ante el dolor (Alden, Dale, y DeGood, 2001). Las imágenes mentales activan los sistemas cerebrales involucrados en el procesamiento de la información emocional, es por esto que las consecuencias emocionales son más potentes que ante la representación verbal de los eventos (Holmes y Matthews, 2005, 2010). La realización de ejercicios de visualización positiva tiene efectos sobre las creencias, las emociones y los comportamientos: puede aumentar la probabilidad percibida de que algo ocurra, prepararnos mejor para la acción al imaginar antes nuestros comportamientos, y aumentar el optimismo y expectativas positivas futuras. Para los pacientes con fibromialgia, esto puede ser especialmente significativo considerando que sus niveles de afecto positivo son significativamente menores que los de pacientes con otras enfermedades reumatológicas (Zautra y cols., 2005). Además, se ha demostrado que los individuos más optimistas son menos propensos a percibir las barreras que obstaculizan el camino a sus objetivos y, en los días que sienten más fatiga, son menos propensos a reducir su esfuerzo para alcanzar los mismos (Affleck y cols., 2001). Una vez seleccionado el ejercicio, se adaptó y personalizó la intervención BPS a las características de los pacientes. Se diseñó una intervención IPP auto-aplicada, teniendo en cuenta la necesidad de centrarse tanto en la eficacia como también en la adherencia. En este sentido, las TICs ofrecen diversas ventajas facilitando el acceso a los tratamientos, permitiendo introducir materiales personalizados con el fin de mejorar la adherencia y brindando un apoyo virtual para promover la motivación. Realizamos entrevistas cualitativas con psicólogos especialistas en intervenciones de e-salud para definir: la duración y el tipo de personalización del apoyo a brindar, la forma en la que debe brindarse dicho apoyo, el diseño del sistema tecnológico para llevar a cabo el ejercicio y de la plataforma online para acceder a la práctica del ejercicio en el hogar.

Figura 1. Modelo de los mecanismos y métodos mediante los cuales la intervención de *Mi Mejor Yo Posible* podría promover la resiliencia y la autogestión en el manejo del dolor



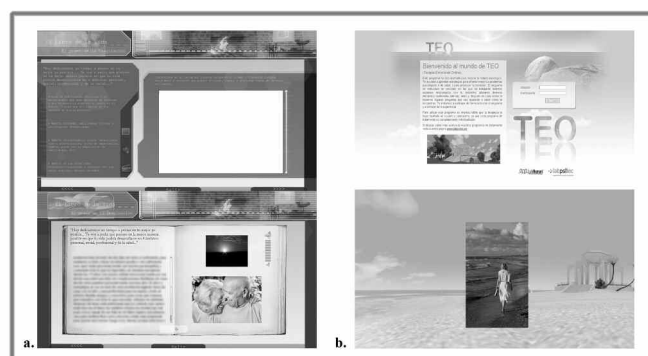
En relación al contenido del manual de procedimiento del ejercicio del BPS, seguimos las instrucciones de Meeviseen y colaboradores (2011), con la excepción de que en este estudio se incluyó el dominio de salud, relevante para esta población. Dado que las intervenciones más largas producen mayores beneficios en el bienestar y que la manipulación de la BPS sólo se ha probado en un período corto de tiempo, incluimos dos seguimientos, a un mes y tres meses de la finalización de la intervención.

Intervención apoyada por TICs

Los pacientes fueron informados de que estaban participando en un estudio con el fin de estudiar: "El poder de la imaginación". Se les pidió a los pacientes que pensarán y escribirán todos los aspectos que pudieran sobre su mejor futuro posible abarcando los dominios personal, social, profesional y de la salud. Para ello, los pacientes utilizaron un programa interactivo llamado "Libro de la Vida" (ver Figura 2a) (Baños y cols., 2014). Este programa permite escribir un diario personal con el fin de promover una narrativa con una orientación positiva hacia el futuro.

Además, se pueden incluir recursos multimedia (música, imágenes y videos) para potenciar la imaginación. Los pacientes tenían 25 minutos para completar el ejercicio y 5 minutos adicionales para visualizar lo que habían escrito. Los pacientes recibieron la instrucción de repetir el ejercicio de imaginación una vez al día durante cuatro semanas. Con el fin de facilitar el ejercicio, los pacientes recibieron acceso a una plataforma online llamada Terapia Emocional Online (TEO; Quero, Molés, Pérez, Botella, y Baños, 2012). TEO es un sistema web que permite la creación de material terapéutico personalizado. Los pacientes pueden acceder a este material a través de Internet utilizando una contraseña personal, para visualizar su diario personal con la narrativa y los recursos multimedia que seleccionaron previamente en la sesión de laboratorio. Al finalizar la sesión, pueden desplazarse dentro de un entorno virtual (una playa o un bosque) para reflexionar sobre la sesión y seguir visualizando su Mejor Yo Posible (ver Figura 2b). Finalmente, dos veces a la semana, se enviaron SMS al teléfono móvil del paciente con recordatorios para practicar el ejercicio y con refuerzos.

Figura 2. El libro de la vida y los sistemas TEO para la realización de la manipulación BPS



Participantes

Diez pacientes fueron remitidos por un reumatólogo de la Unidad de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova. Después de las entrevistas de cribado, siete pacientes fueron incluidos en el estudio, y completaron la evaluación inicial. Todos los participantes dieron su consentimiento a participar del proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Jaume I.

Medidas

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-R, Esteve-Vives, Rivera, Salvat, De Gracia, y Alegre, 2007): El FIQ-R es un autoinforme de 10 ítems para evaluar la interferencia de la FM en la vida cotidiana del paciente. La puntuación total del FIQ-R se calcula sumando 4 ítems. El primer ítem evalúa la capacidad del paciente para realizar actividades físicas. Los siguientes dos ítems requieren que el paciente indique el número de días que se sintió bien durante la última semana y cuántos días de trabajo perdió a causa del dolor. El ítem restante está compuesto por siete preguntas que evalúan la interferencia del dolor para realizar actividades cotidianas y otros síntomas asociados como la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión, medidos a través de una escala numérica.

El malestar psicológico fue evaluado con la versión española del Inventario breve de síntomas (BSI, Ruy Pérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet, 2001).

Depresión. La versión española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Sanz, García Vera, Espinosa, Fortin y Vázquez, 2005) es una medida de autoinforme compuesta por 21 ítems que evalúa los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión. Es una de las medidas de depresión más utilizadas en pacientes con dolor crónico. Su umbral para detectar depresión varía según el tipo de pacientes, y se sugiere ajustar el punto de corte a 22 para reducir el número de falsos positivos producidos por la respuesta de los pacientes con dolor crónico (Poole, Bramwell y Murphy, 2006). En el presente estudio se utiliza dicho valor como punto de corte.

Catastrofización del dolor. En la escala de catastrofización del dolor (PCS, García Campayo y cols., 2008) se le pide al paciente que reflexione sobre sus experiencias de dolor en el pasado e indique en qué medida experimentó cada uno de los 13 pensamientos o sentimientos postulados, utilizando una escala de 5 puntos. El PCS brinda una puntuación total y tres puntuaciones de subescalas que evalúan la rumiación, la amplificación del dolor y la impotencia. Para este estudio se utilizó la puntuación total.

Optimismo y expectativas futuras: La escala de Optimismo Disposicional Revisada (LOT-R, Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998) incluye 10 ítems que evalúan el optimismo rasgo. Además, se utilizó la Tarea de Probabilidad Subjetiva (SPT, Ma-

cleod, 1996, Molinari y cols., datos no publicados) para evaluar las expectativas futuras positivas (10 ítems) y negativas (20 ítems). El SPT consta de 30 ítems a ser respondidos en escala de Likert de 7 puntos de 1 (no es probable que ocurra) a 7 (muy probable que ocurra).

La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS, Sandin y cols., 1999) incluye 20 ítems que evalúan el afecto positivo y negativo.

Calidad de vida. La versión en español del Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp, Mezzich y cols., 2000) consta de 10 ítems que evalúan las diferentes dimensiones del bienestar psicológico.

Aceptación y utilidad percibida. Se utilizó la Escala de Satisfacción y utilidad (Borkovec y Nau, 1972) para medir la satisfacción con el BPS una vez finalizada la intervención. Los participantes debían responder a los ítems en una escala de 0 a 10 donde 0 es "en absoluto" y 10 es "completamente". Adicionalmente se les pidió a los pacientes que evaluaran el nivel de satisfacción y el grado de utilidad de cada una de las herramientas utilizadas, la frecuencia en la que realizaban el ejercicio de imaginación (número de sesiones por semana) y el contenido de la misma.

Procedimiento

Un reumatólogo del hospital realizó el primer contacto con los pacientes, brindó la información general sobre el estudio y refirió a la Universidad a los pacientes con FMS interesados en participar. Todos los participantes asistieron voluntariamente y no recibieron ningún tipo de incentivo por su participación. Para participar, los pacientes debían cumplir los criterios diagnósticos postulados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) para FMS (Wolfe, 2010) y no presentar un diagnóstico psiquiátrico severo. Una vez que los participantes dieron su consentimiento informado, se realizó una entrevista estructurada para evaluar el historial del dolor y los tratamientos anteriores recibidos. Luego, los pacientes fueron evaluados con el BSI. Los pacientes realizaron el resto del protocolo de evaluación en su hogar y debían completarlo antes de la siguiente sesión de laboratorio. En la segunda sesión en el laboratorio, los pacientes recibieron el manual con las instrucciones del BPS y luego escucharon la instrucción a través de auriculares para garantizar la estandarización de la misma y facilitar la concentración (Meevissen y cols., 2011). A continuación, el investigador presenta al paciente el programa del Libro de la vida. El paciente tenía 20 minutos para escribir sobre su BPS y seleccionar sus imágenes, música y videos. Una vez finalizado realizaba el ejercicio de imaginación durante 5 minutos. A los pacientes se les informó que recibirán un correo electrónico con el acceso a TEO para poder practicar el ejercicio en casa. La evaluación post-inter-

vención se realizó en la universidad a las 4 semanas. Se administró el FIQ-R, medidas de catastrofización del dolor, ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo, expectativas de futuro, optimismo y calidad de vida. Además, se realizó una entrevista con el objeto de evaluar la frecuencia de la práctica, y de la utilidad percibida del ejercicio. Al finalizar se instruyó a los pacientes a que continuaran practicando el ejercicio y se les recordó que se los contactaría nuevamente en el seguimiento al mes y a los 3 meses. En los seguimientos los pacientes completaron los mis-

mos cuestionarios que en la evaluación post-intervención, exceptuando el FIQ-R.

RESULTADOS

Características de la línea base

Las 7 pacientes eran mujeres con una media de edad de 45 años (rango =24-60, DT=11) y una duración media de la enfermedad de 9,8 años (DT=3,25). En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos completos y su historia de dolor.

Tabla 1. Características sociodemográficas

	Edad	Estado civil	Educación	Ocupación	Tratamientos psicológicos anteriores	Medicación	Historia de dolor
FIB1	46	Separada	Secundaria	Desempleada	Sí	Ansiofíticos Antidepresivos (ISRS)	Ha sufrido dolor durante los últimos 12 años. "Fue difícil vivir con dolor, hasta que descubrí que mi condición tenía un nombre". Actualmente, siente algunos días que puede hacer frente a su dolor, y otros días siente que no puede.
FIB2	49	Casada	Universitaria	Trabajadora activa	No	No	Ha sufrido dolor durante los últimos 7 años. Recibió su diagnóstico hace 3 años. No le gusta su trabajo y siente que no tiene ningún propósito en la vida.
FIB3	48	Casada	Secundaria	Desempleada	No	No	Sufre dolor desde hace 7 años. "Mis médicos, amigos y familiares creen que mi dolor no existe". Está preocupada por el futuro.
FIB4	60	Separada	Secundaria	Desempleada	Sí	Ansiofíticos	Ha estado sufriendo dolor durante los últimos 10 años, desde la menopausia. El dolor hace que sea difícil llevar a cabo sus actividades diarias y la hace sentirse "desconectada" de su vida y su familia.
FIB5	48	Casada	Secundaria	Trabajadora activa	No	Ansiofíticos	Ha estado sufriendo dolor durante los últimos 15 años. Comenzó en su pierna y ahora es peor en sus rodillas. Recibió su diagnóstico de FM hace dos meses. Se siente incomprendida por sus médicos.
FIB6	24	Soltera	Universitaria	Estudiante	Sí	Ansiofíticos	Sufre dolor desde hace 6 años cuando tuvo un accidente de coche Tiene dolor de espalda y problemas para dormir que han aumentado en el último año. Se siente aislada e incomprendida. "Tengo sólo 24 años, ¿cómo puedo continuar con mi vida?"
FIB7	40	Casada	Universitaria	Trabajadora activa	Sí	Antidepresivos (ISRS)	Ella ha tenido problemas de dolor toda su vida, pero recibió el diagnóstico de FM hace 8 años. La mayor parte del tiempo se siente sin energía para hacer cosas que le gustaría hacer.

En la línea base, todos los pacientes presentaban discapacidad grave causada por los síntomas de la fibromialgia (FIQ-R Puntuación Total \geq 59). En términos de sintomatología y malestar psicológico, las puntuaciones en el Inventario Breve de Síntomas mostraron altos niveles de malestar psicológicos ($M=53.28$; $DT=18.06$) comparado con los datos normativos (Ruipérez y cols., 2001).

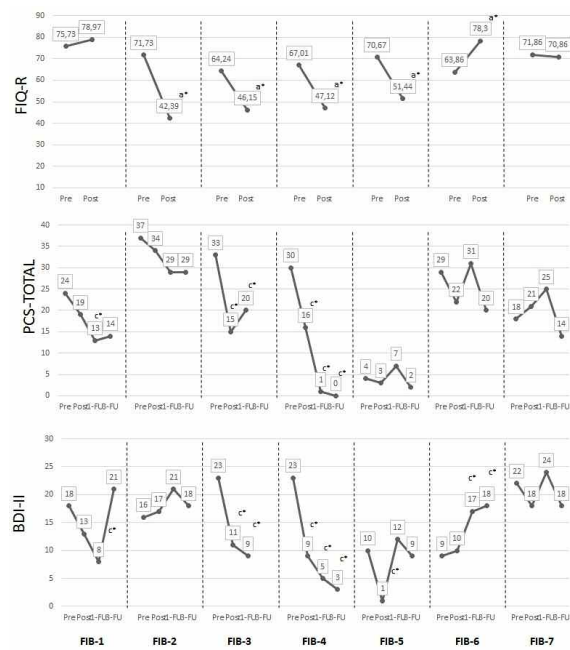
Resultados de la intervención

Las figuras 3, 4 y 5 describen las puntuaciones de cada paciente para las diferentes medidas en las evaluaciones de línea base, post-intervención y los seguimientos al mes

y a los 3 meses. Con el objetivo de evaluar el impacto clínico del cambio derivado de la intervención, se calculó el Cambio Clínico Significativo (CCS) usando el índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax (ICF, 1991). En el criterio "c", la puntuación post tiene que ser más cercana a la puntuación media de la población funcional que a la de la población disfuncional. Al no haber datos para población funcional disponibles, se seleccionó el criterio "a" para decidir si un paciente ha alcanzado una mejoría clínicamente significativa. En este caso, la puntuación post tiene que estar dos desviaciones típicas por encima de la media de la población disfuncional. Luego, se calculó el ICF para comprobar la segunda condi-

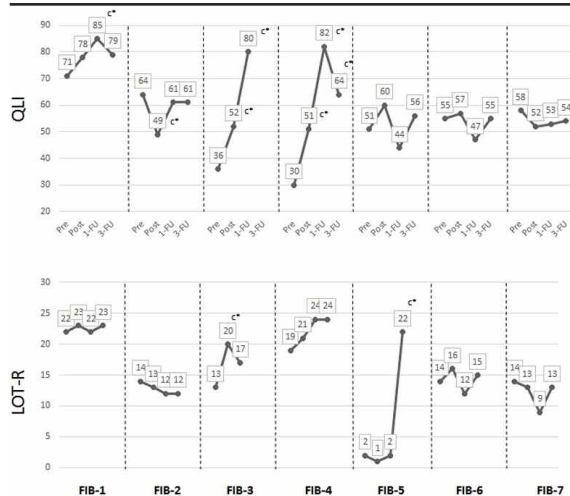
ción del CCS, donde un ICF mayor o igual que 1.96 ($p < .05$) indica un cambio significativo. Para calcular el ICF, se utilizó la media del resultado alcanzado por cada paciente, la media disfuncional, la desviación típica y la estabilidad del cuestionario. Se utilizaron datos de los instrumentos en pacientes de dolor crónico o, cuando éstos no estaban disponibles, se utilizaron los datos correspondientes a muestras con trastornos emocionales.

Figura 3. Datos de cada paciente en el pre, post y seguimientos



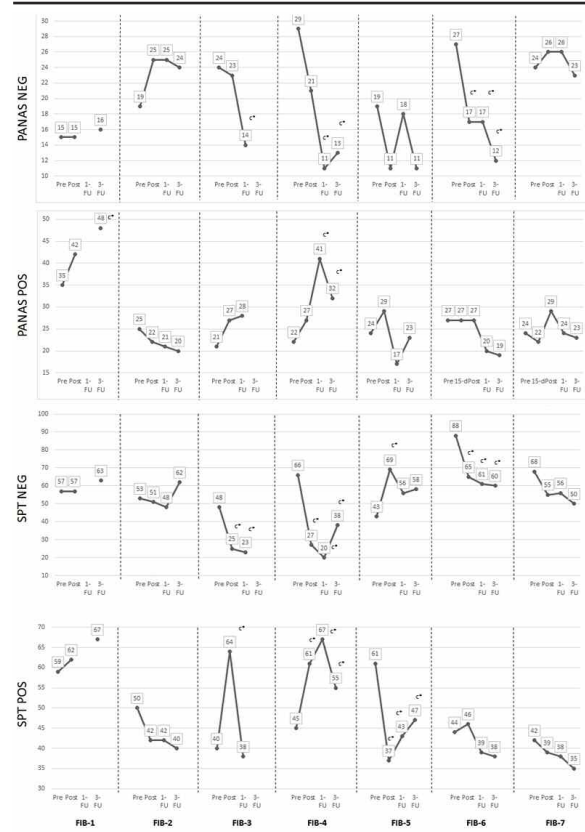
FIQ-R: Cuestionario de Impacto de Fibromialgia, PCS-TOTAL: Escala de catastrofización hacia el dolor, BDI-II: Inventario de Depresión de Beck, OASIS: Escala de Severidad e Interferencia de Ansiedad Global. A* Cambio clínicamente significativo. Se utiliza el criterio A del índice de Jacobson y Truax (1991). C* Cambio clínicamente significativo. Se utiliza el criterio C del índice de Jacobson y Truax (1991).

Figura 4. Datos para cada paciente en el pre, post y seguimientos



QLI: Índice de Calidad de Vida, LOT-R: Test de Optimismo. C* Cambio clínicamente significativo. Se utiliza el criterio C del índice de Jacobson y Truax (1991).

Figura 5. Datos para cada paciente en el pre, post y seguimientos



PANAS NEG: Escala de afecto negativo, PANAS POS: Escala de afecto positivo, SPT NEG: Expectativas futuras negativas, SPT POS: Expectativas futuras positivas. C* Cambio clínicamente significativo. Se utiliza el criterio C del índice de Jacobson y Truax (1991).

Las puntuaciones del FIQ-R mostraron una disminución del pre al post en 5 de las 7 pacientes. Cuatro de ellas lograron un cambio fiable de acuerdo al ICF. Las puntuaciones en catastrofización del dolor disminuyeron en el post-tratamiento en 6 de las 7 pacientes. El resultado más relevante es que las pacientes continuaron mejorando durante el periodo de seguimiento, logrando una mayor reducción en los pensamientos y sentimientos negativos asociados al dolor. Los cambios en esta variable alcanzaron el cambio fiable en las pacientes 1, 3 y 4. Hubo una disminución de la sintomatología depresiva en el post-tratamiento en 5 de las 7 pacientes, logrando 4 de ellas el cambio fiable. La disminución fue más acusada en aquellas participantes que puntuaron por encima de la puntuación de corte para dolor crónico, las participantes 3 y 4. Pero, además, una de ellas con la puntuación más baja en el pre-tratamiento tuvo una disminución de 9 puntos en el BDI-II en la evaluación post-tratamiento. Una de las pacientes presentó un incremento en la puntuación de BDI que alcanzó el cambio fiable. No obstante, solo una de las pacientes puntuó por encima de 22 en el primer seguimiento y ninguna de ellas presentaba niveles significativos de depresión en el

seguimiento a 3 meses.

Los resultados mostraron un incremento del afecto positivo para 4 pacientes en el post-tratamiento. Sin embargo, sólo dos de las pacientes mantuvieron este incremento durante el seguimiento. Ambas obtuvieron cambios fiables. El afecto negativo se redujo en el post-tratamiento en 4 pacientes y estos resultados se mantuvieron durante los seguimientos. Las pacientes 3, 4 y 6 alcanzaron un cambio fiable.

Las expectativas futuras mostraron resultados mixtos. Por un lado, 4 de las 7 pacientes incrementaron sus expectativas futuras positivas en el post-tratamiento. Inesperadamente, la paciente 5 mostró una disminución fiable en expectativas positivas durante toda la intervención. Sólo 3 pacientes lograron un cambio fiable en expectativas positivas. Por otro lado, 4 pacientes mostraron una disminución en las puntuaciones de expectativas negativas en el post-tratamiento, pero este cambio no se mantuvo durante el seguimiento. En el seguimiento a 3 meses,

3 de las pacientes mostraron una reducción de al menos 20 puntos respecto a sus niveles de línea base y lograron alcanzar un cambio fiable.

No se encontraron cambios en el LOT-R para casi ninguna de las pacientes con la excepción de las pacientes 3 y 5 que lograron un cambio fiable de acuerdo al ICF. La paciente 5 (con la puntuación más baja en esta medida) logró un importante incremento en optimismo en el seguimiento a 3 meses.

En términos de calidad de vida, 3 de las 7 pacientes mejoraron del pre al post-tratamiento. Una de las pacientes mostró una disminución significativa en calidad de vida en el post-tratamiento, pero ésta no se mantuvo durante los seguimientos. Las pacientes 3 y 4 doblaron sus puntuaciones en esta medida durante los seguimientos, alcanzando un cambio clínico fiable.

La tabla 2 muestra las medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto (Cohen, 1988) del pre al post-tratamiento, al seguimiento al mes y al seguimiento a 3 meses para cada una de las medidas.

Tabla 2. Tamaños del efecto (d) de los resultados

	Pre M (SD)	Post M (SD)	Seguimiento 1 M (SD)	Seguimiento 3 M (SD)	Pre a Post intervención d	Pre a Seguimiento 1 d	Pre a Seguimiento 3 d
FIQ-R	69.3 (4.39)	59.32 (16.07)			1.98		
PCS Total	25 (11.11)	18.57 (9.29)	18 (11.39)	13.17 (10.93)	0.5	0.55	0.9
BDI-II	17.29 (5.94)	11.28 (5.68)	13.71 (7.11)	14.5 (6.94)	0.88	0.52	0.4
OASIS	6 (3.41)	5 (3.74)	6.71 (5.5)	5.5 (4.37)	0.25	-0.18	0.12
PANAS Pos	25.43 (4.65)	29 (6.19)	25.17 (8.47)	27.5 (11.04)	-0.68	0.04	-0.38
PANAS Neg	22.86 (5.24)	19.71 (5.56)	18.5 (5.96)	16.5 (5.68)	0.52	0.7	1.02
SPT Pos	48.71 (8.32)	50.14 (11.77)	44.5 (11.22)	47 (12.5)	-0.15	0.43	0.17
SPT Neg	60.43 (15.13)	49.86 (17.39)	44 (17.94)	55.16 (9.60)	0.61	0.91	0.29
LOT-R	14 (6.24)	15.28 (7.41)	14 (7.64)	18.17 (5.42)	-0.18	0	-0.57
QLI	5.21 (1.46)	5.70 (1)	6.46 (1.75)	6.15 (0.94)	-0.29	-0.73	-0.54

El cálculo del tamaño del efecto (d) (Cohen, 1988) $d = 0,2$ se considera como un tamaño de efecto "pequeño", $d = 0,5$ como "medio" y $d = 0,8$ como "grande". El tamaño de la muestra en el pretratamiento, post-tratamiento y al mes de seguimiento fue de 7 pacientes, con excepción de las emociones positivas y negativas (PANAS) y esperanzas futuras (SPT) que teníamos datos de 6 pacientes. A los 3 meses de seguimiento, los datos estaban disponibles para 6 pacientes.

Durante la intervención, las pacientes practicaron el ejercicio de imaginación desde 1 hasta 4-5 veces por semana. En los seguimientos, en general, las pacientes disminuyeron la frecuencia de realización del ejercicio. Tan sólo una de ellas incrementó

su frecuencia de práctica. Las pacientes expresaron elevados niveles de satisfacción con la intervención y una opinión muy positiva de su utilidad (ver Tabla 3). Las puntuaciones medias de cada pregunta se muestran en la Tabla 4.

Tabla 3. Opiniones de los pacientes sobre la intervención

Pacientes	Opiniones
FIB1	"Durante el ejercicio, sentía que ponía el dolor en un cajón. Me pareció agradable, como si fuera un parche al dolor. El dolor sigue estando, pero en estos días me lo estoy tomando de una manera diferente".
FIB2	"Lo que más me gustó fue que me obligó a tomarme un tiempo para mí y me preguntaba cuáles eran mis metas y cómo podría hacerlas realidad. Pero a veces estaba cansada y me resultaba agotador hacerlo. Creo que cualquiera podría beneficiarse de este ejercicio, no es necesario sufrir de FM. Todos sufrimos "temporadas bajas" y creo que estos ejercicios te ayudan".
FIB3	"Piensas en algo hermoso, algo que te gusta. Te relaja. Creo que cualquier persona que necesita mejorar tanto física como mentalmente podría beneficiarse de este ejercicio".
FIB4	"Me visualicé a mí misma siendo capaz de caminar, de conocer gente nueva que traía cosas positivas a mi vida. Creo que me ayudó a sentirme mejor y dejar que mi mente gobernara sobre mi cuerpo. Creo que sería bueno si se pudiera compartir tu ejercicio con otras personas. Cuando no podía usar mi computadora, lo hacía en mi teléfono móvil".
FIB5	"Pensaba en objetivos accesibles, como mejorar la relación con mi hija y el progreso de mi tienda. Ayuda a tu mente a superar los problemas y el dolor. Los medicamentos no hacen eso. Me gustó que me obligó a dedicar tiempo a pensar en estas cosas, cosa que normalmente no hago".
FIB6	"Visualicé cómo quiero y espero que sea mi futuro: terminar la universidad, encontrar un trabajo, tener estabilidad. Me gustaba pensar que podía alcanzar esos objetivos, porque los veo distantes y difíciles".
FIB7	"Me imaginé a mí misma más relajada, pensé en ser una buena madre para mis hijos y que está bien cometer errores. El ejercicio te obliga a pensar positivamente en ti mismo, algo que nunca hago. Te hace enfrentarte a tus miedos. Al principio, tenía miedo de fallar, de quedarme atascada en el pasado. Creo que sería bueno hacerlo en grupos y con un terapeuta para liderar el camino".

Tabla 4. Utilidad y satisfacción percibida

	M (SD)
¿En qué medida participar en este ejercicio de imaginación te ha resultado satisfactorio?	6.71 (2.29)
¿En qué medida le recomendarías realizar este ejercicio a un amigo?	6.86 (2.61)
¿En qué medida crees que realizar este ejercicio te ha resultado útil?	6.57 (1.81)
¿En qué medida este ejercicio de imaginación te ha resultado aversivo (te ha generado rechazo)?	1.71 (2.98)

Tecnologías Positivas	Satisfacción M (SD)	Utilidad M (SD)
Libro de la Vida	7 (1.73)	7.57 (1.9)
Terapia Emocional Online	8.5 (1.0)	8.75 (1.5)
SMS	7.86 (2.67)	8 (2.82)
Manual	7 (1.83)	7.57 (1.81)
Imágenes	6.86 (1.95)	7.29 (2.29)
Audio	7.43 (1.9)	7.57 (1.9)
Videos	7.50 (2.07)	7.67 (2.06)

Los pacientes puntuaron los ítems en una escala de 0 a 10, donde 0 era "nada" y 10 era "completamente".

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue presentar una intervención basada en psicología positiva, diseñada para pacientes clínicos, y probar preliminarmente su eficacia en pacientes con fibromialgia. De acuerdo con nuestro conocimiento, es el primer estudio que prueba la intervención "Mi Mejor Yo Posible" en pa-

cientes con fibromialgia y utiliza los beneficios de las tecnologías de la Información y la Comunicación para mejorar la adherencia a la intervención y promover el autocuidado.

Nuestros resultados mostraron que el ejercicio de imaginación positiva produjo una reducción significativa de la sintomatología depresiva y del impacto del dolor en el estado funcional en pacientes

con fibromialgia. Para el FIQ-R, un cambio del 14% se ha considerado clínicamente relevante (Bennett y cols., 2009). Los pacientes lograron una reducción en el deterioro causado por los síntomas de fibromialgia, mostrando que los cambios en las puntuaciones totales del FIQ-R oscilaron entre el 1,39% y el 41%, y 4 de los 7 pacientes lograron un cambio clínico fiable. La reducción en las puntuaciones de depresión fue significativa luego de un mes de practicar la intervención y el tamaño del efecto fue grande. En el seguimiento a los 3 meses, ninguna de las pacientes tenía un nivel de depresión clínicamente significativo.

El catastrofismo hacia el dolor mostró una reducción significativa luego de la intervención, pero, además, continuó disminuyendo progresivamente hasta el seguimiento a los 3 meses. Sin embargo, cuando se empleó el ICF sólo 3 de las pacientes mostraron un cambio clínico fiable. Nuestros resultados están en línea con estudios previos que indujeron experimentalmente dolor y aplicaron la intervención del mejor yo posible para inducir optimismo, y encontraron una reducción en los niveles de catastrofismo en participantes sanos (Boselie y cols., 2014 y Hansen y cols., 2013). Además, hemos extendido los resultados de estudios anteriores, demostrando que una manipulación de imaginación positiva puede tener efecto sobre la catastrofización hacia el dolor en pacientes con dolor crónico que han estado sufriendo dolor durante aproximadamente 10 años. Estos resultados están en línea con estudios previos que informaron cambios del 10% al 43% en catastrofización después de intervenciones psicológicas (Jensen y cols., 2001; Adams y cols., 2007). Nuestros resultados mostraron que, a los 3 meses de seguimiento, los pacientes presentaron una reducción del 22% al 98% en la escala de catastrofización.

Con respecto a las expectativas futuras, encontramos una reducción significativa en las expectativas negativas luego de la intervención que se mantuvo en los seguimientos. Cuatro de las pacientes presentaron una disminución de 20 puntos en sus puntuaciones de base del SPT-NEG a los 3 meses de seguimiento. Asimismo, las pacientes reportaron menos afecto negativo luego de la intervención. El hallazgo más relevante es que los pacientes continuaron mejorando en el seguimiento, logrando una mayor reducción en las emociones negativas, con tamaños del efecto grandes.

En cuanto a los niveles de afecto positivo, las pacientes informaron más emociones positivas luego de la intervención, aunque estos resultados no se mantuvieron en los seguimientos para la mayoría de ellas. Esta dificultad en las personas que sufren fibromialgia para experimentar niveles elevados de afecto positivo es consistente con lo encontrado en otros estudios realizados. Por ejemplo, Finan, Zautra y Davis (2009), concluyeron que las personas con fibromialgia tienen un déficit global de emociones po-

sitivas y son incapaces de sostener el afecto positivo frente al dolor y al afecto negativo. Quizás futuros estudios podrían utilizar métodos de evaluación e intervención momentánea a través de teléfonos móviles para realizar un seguimiento más exhaustivo de estas pacientes y poder intervenir en el momento real para ayudarlas a sostener sus niveles de emocionalidad positiva. Sorprendentemente, sólo una de las pacientes tuvo un aumento clínicamente significativo según el ICF en las expectativas positivas de futuro. Aunque no existen hasta el momento estudios que se hayan centrado en las expectativas positivas de futuro en esta población, quizás la misma dificultad presente a la hora de sostener el afecto positivo, también explica que no se hayan conseguido cambios significativos en esta variable. Aunque estudios anteriores que utilizaron la intervención de *Mi Mejor Yo Posible* sí habían encontrado cambios en estas variables positivas, debe tenerse en cuenta que dichas investigaciones se realizaron en sujetos sanos por lo que las diferencias en los resultados podrían explicarse debido a diferencias en las poblaciones (Sheldon y Lyubomirsky, 2006). Estudios adicionales en muestras clínicas deben aclarar estas diferencias. El optimismo disposicional no mostró ningún cambio significativo luego de la intervención y a mes del seguimiento. Sólo uno de las pacientes logró un cambio clínico fiable. Sin embargo, en el seguimiento a los 3 meses, los resultados de seguimiento demostraron un aumento en las puntuaciones del LOT-R en la paciente 5 que tuvo un cambio de 20 puntos con respecto a sus niveles iniciales. Estos resultados están en consonancia con un estudio reciente que analiza la naturaleza del optimismo (Eichner, Kwon y Marcus, 2014) y concluye que debido a la característica dimensional de su estructura, las intervenciones dirigidas a aumentar el optimismo deben esperar incrementar gradualmente un pensamiento más flexible y optimista. Otro aspecto digno de mención es el hecho de que la mayoría de los estudios que utilizan el ejercicio de *Mi Mejor Yo Posible* asumen cambios en el optimismo, mientras que en realidad no incluyen el LOT-R como una variable de resultado. Una excepción es el estudio de Meevissen y cols. (2011) que encuentra cambios en los niveles de optimismo disposicional, aún controlando los niveles de afecto positivo. Sin embargo, en este estudio la muestra está constituida por estudiantes. Otro caso es el de Flink y cols. (2015) que incluye el LOT-R en un protocolo de intervención positiva que incorpora el BPS. Sin embargo, este estudio no encontró cambios en esta medida luego de la intervención. Creemos que los investigadores que pretendan aplicar intervenciones psicológicas positivas a corto plazo deben considerar la inclusión de diferentes escalas para evaluar el optimismo y quizás, en aplicaciones diseñadas para poblaciones clínicas, incluir un diseño a largo plazo.

Uno de los aspectos clave de las IPPs es promo-

ver el bienestar. Nuestros resultados mostraron que los pacientes que practicaron el ejercicio de su mejor yo informaron un aumento en su calidad de vida después de recibir la intervención que se mantuvo en los seguimientos. Otro aspecto que vale la pena destacar es la aceptación de los pacientes del uso de tecnologías. Los participantes estuvieron de acuerdo en que el uso del Libro de la Vida les ayudó a visualizar su ejercicio y consideraron que la plataforma online TEO era útil para practicar su ejercicio en casa. En particular, apreciaron los mensajes SMS, lo que les facilitó recordar hacer la práctica.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, se trata de un estudio piloto y, por ello, utilizamos una muestra pequeña y conveniente. Una muestra más representativa de pacientes con fibromialgia permitirá la generalización de nuestros resultados. Otra preocupación se refiere a nuestros tamaños del efecto. Aunque se encontraron tamaños del efecto que se consideran grandes según los estándares (Cohen, 1988), debido al tamaño de la muestra, los resultados deben ser interpretados con precaución. Por otra parte, cuando se empleó una medida metodológica más estricta de evaluación de los resultados, los cambios fueron modestos. Además, es preciso señalar que se ha demostrado en un reciente meta-análisis que las técnicas de imaginación y de sugestión verbal muchas veces generan efectos positivos en los pacientes simplemente al inducir expectativas de éxito de los tratamientos (Peerdeman y cols., 2016). De manera que el efecto placebo también podría explicar algunos de los resultados. Para ello, se deberán realizar estudios controlados que tengan en cuenta estas variables. Por último, no incluimos el FIQ-R en los seguimientos, y debería incluirse en futuros estudios con el fin de evaluar los cambios en el impacto de la FM a largo plazo.

Creemos que nuestro estudio es una importante contribución, no sólo a la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas positivas, sino también a la investigación de los tratamientos psicológicos para personas que sufren dolor crónico, ayudando a entender cómo una IPP trabaja en una población especial, los pacientes con fibromialgia, ampliando sus datos de eficacia en poblaciones clínicas específicas y aportando conocimiento al papel que los factores psicológicos positivos tienen en la experiencia del dolor. Además, nuestro estudio propone una buena manera de implementar el ejercicio de Mi Mejor Yo Posible integrando las tecnologías de la Información y Comunicación en un sistema de prestación de servicios de salud existente. Este estudio piloto inicial nos anima a continuar explorando el uso de intervenciones basadas en imaginación positiva y apoyadas por tecnologías en esta población y a llevar a cabo un ensayo clínico controlado para probar su eficacia comparada con una intervención control. Creemos que el manejo de esta condición de

dolor crónico necesita adaptar las intervenciones que incluyen múltiples componentes de tratamiento a cada paciente individual, teniendo en cuenta las nuevas intervenciones clínicas que se dirigen a promover recursos positivos (Goodin y Bulls, 2013), y la comprensión de que si se trata de una condición crónica, la autogestión y el autocuidado son eventualmente fundamentales.

REFERENCIAS

- Adams, H., Ellis, T., Stanish, W.D., y Sullivan, M. J. L. (2007). Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 305-315.
- Affleck, G., Tennen, H., Zautra, A., Urrows, S., Abeles, M., y Karoly, P. (2001). Women's pursuit of personal goals in daily life with fibromyalgia: a value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 587-596.
- Alden, A. L., Dale, J. A., y DeGood, D. E. (2001). Interactive effects of the affect quality and directional focus of mental imagery on pain analgesia. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26, 117-126.
- Aspinwal, L.G., y Tedeschi, R.G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15.
- Baños, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L., García-Palacios, A., Quero, S., y Botella, C. (2014). EARTH of Well-Being System: A pilot study of an Information and Communication Technology-based positive psychology intervention. *Journal of Positive Psychology*, 9, 482-488.
- Bennett, R. M., Bushmakina, A. G., Cappelleri, J. C., Zlateva, G., y Sadosky, A. B. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 36, 1304-1311.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Boselie, J. J., Vancleef, L. M., Smeets, T., y Peters, M. L. (2014). Increasing optimism abolishes pain-induced impairments in executive task performance. *Pain*, 155, 334-340.
- Borkovec, T. D., y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Eichner, K. V., Kwon, P., y Marcus, D. K. (2014). Optimists or optimistic? A taxometric study of optimism. *Psychological Assessment*, 26, 1056-1061.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, M. I., De Gracia, M., y Alegre, C. (2007). Proposal for a consensus version of the fibromyalgia impact questionnaire for the Spanish population. *Reumatología Clínica*, 3, 21-24.
- Finan, P. H., y Garland, E. (2015). The role of positive affect in pain and its treatment. *Clinical Journal of Pain*, 31, 177-187.
- Finan, P. H., Zautra, A. J., Davis, M. C. (2009). Daily affect relations in fibromyalgia patients reveal positive affective disturbance. *Psychosomatic Medicine*, 71, 474-482.
- Flink, I. K., Smeets, E., Bergbom, S., y Peters, M. L. (2015). Happy

- despite pain: a pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 7, 71-9.
- Fors, E. A., Sexton, H., y Götestam, K. G. (2002). The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 179-187.
- García Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validation of the Spanish version of the Pain Catastrophizing Scale in fibromyalgia. *Medicina Clínica*, 131, 487-492.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- Goodin, B. R., y Bulls, H. W. (2013). Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full. *Current Pain and Headache Reports*, 17, 329-339.
- Goodin, B. R., Glover, T. L., Sotolongo, A., King, C. D., Sibille, K. T., Herbert, M. S. y cols. (2013). The association of greater dispositional optimism with less endogenous pain facilitation is indirectly transmitted through lower levels of pain catastrophizing. *The Journal of Pain*, 14(2), 126-35.
- Hanssen, M. M., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Meevissen, Y. M. C., y Vancleef, L. M. G. (2012). Optimism lowers pain: evidence of the causal status and underlying mechanisms. *Pain*, 154, 53-58.
- Hausmann, L. R. M., Parks, A., Youk, A. O., y Kwoh, C. K. (2014). Reduction of bodily pain in response to an online positive activities intervention. *Journal of Pain*, 15, 560-567.
- Holmes E. A., y Mathews A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5, 489-97.
- Holmes, E. A., y Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Hood, A., Pulvers, K., Carrillo, J., Merchant, G., y Thomas, M. (2012). Positive traits linked to less pain through lower pain catastrophizing. *Personality and Individual Differences*, 52, 401-405.
- Jensen, M.P., Turner, J. A., y Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.
- Keefe, F.J., y Wren, A. A. (2013). Optimism and pain: a positive move forward. *Pain*, 154, 7-8.
- Keogh, E., Rosser, B. y Eccleston, C. (2010). e-Health and chronic pain management: current status and developments. *Pain*, 151, 18-21.
- Layous, K., Nelson, K. S., y Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14, 635-654.
- Lewandowski, W. (2004). Patterning of pain and power with guided imagery. *Nursing Science Quarterly*, 17, 233-241.
- Lyubomirsky, S., y Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22, 57-62.
- MacLeod, A. K. (1996). Affect, emotional disorder, and future-directed thinking. *Cognition & Emotion*, 10, 69-86.
- Meevissen, Y. M., Peters, M. L., y Alberts, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: effects of a two week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 371-378.
- Mezzich, J. E., Ruípérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., y Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research. *General Hospital Psychiatry*, 35, 332-338.
- Muller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M. y cols. (2016). Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability: a feasibility trial. *Clinical Journal of Pain*, 32, 32-44.
- Okifuji, A., y Hare, B. D. (2013). Management of fibromyalgia syndrome: review of evidence. *Pain and therapy*, 2, 87-104.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J.A., y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum, 1998.
- Peerdeman K. J., van Laarhoven, A. I., Keij, S. M., Vase, L., Rovers, M. M., Peters, M. L. y cols. (2016). Relieving patients' pain with expectation interventions: a meta-analysis. *Pain*, 157, 1179-1191.
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., y Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *Journal of Positive Psychology*, 5, 204-211.
- Poole, H., Bramwell, R., y Murphy, P. (2006). Factor structure of the Beck Depression Inventory-II in patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 22, 790-98.
- Quero, S., Molés, M., Pérez, M. A., Botella, C., y Baños, R. M. (2012). An online emotional system to deliver homework assignments for treating adjustment disorders. *Journal of Cyber-Therapy and Rehabilitation*, 5, 115-116.
- Roditi, D., y Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41-49.
- Ruípérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M., y Ortel, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI: contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241-250.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanz, J., García Vera, M. P., Espinosa, R., Fortin, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sheldon, K. M., y Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: the effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *Journal of Positive Psychology*, 1, 73-82.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with Positive Psychology Interventions: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Wolfe, F. (2010). New American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: a twenty-year journey. *Arthritis Care & Research*, 62, 58-84.
- Zautra, A. J., Fasman, R., Reich, J. W., Harakas, P., Johnson, L. M., Olmsted, M. E. y cols.. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 147-155.