



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y
BIENESTAR
PSICOLÓGICO EN MUJERES CON
FIBROMIALGIA DE UN HOSPITAL
NACIONAL DE LIMA
METROPOLITANA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ALEJANDRA DEL ROSARIO
BARRANTES SALCEDO

LIMA-PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Cecilia Patricia Castro Chávarry

Presidente

Lic. Heinnet Abdali Panez Salazar

Vocal

Lic. Norma Gisella Díaz Arana

Secretaria

ASESOR DE TESIS

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

DEDICATORIA

Para mis padres y hermana a quienes agradezco por todo su apoyo y motivación constante, muchos de mis logros se los debo a ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi fuerza y luz en el camino.

A mis padres, hermana y cuñado por el apoyo incondicional, la confianza infinita y motivación constante.

Al Dr. Giancarlo Ojeda Mercado por sus enseñanzas, motivación, tiempo y apoyo constante para realizar este trabajo de investigación.

A la Dra. Silvia León Vega por su motivación y por otorgarme sus conocimientos para que este trabajo se materialice al mayor nivel de perfección posible.

También quiero agradecer a mis maestros de la facultad de psicología de la Universidad Cayetano Heredia por su dedicación y enseñanza durante la carrera.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Identificación del problema.....	3
1.2. Justificación e importancia del problema.....	4
1.3. Limitaciones.....	5
1.4. Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Fibromialgia.....	7
2.1.1 Conceptualización.....	7
2.1.2 Criterios diagnósticos.....	9
2.1.3. Síntomas.....	11
2.1.4. Etiología.....	13
2.1.6. Tratamiento de la Enfermedad.....	17
2.2. Estilos de afrontamiento.....	20
2.2.1. Conceptualización.....	20
2.2.4. Afrontamiento del Dolor Crónico.....	26
2.2.5. Modelos teóricos sobre estilos de afrontamiento.....	27
2.2.5.1 Teoría de Carver.....	27
2.2.5.2 Teoría de Lazarus y Folkman.....	30
2.2.5.3 Teoría de Besabe, Paez y Valdosedá.....	31
2.2.5.4 Modelo de Psicología de Control.....	32
2.3. Bienestar psicológico.....	33

2.3.1. Conceptualización.....	33
2.3.2. Autoconocimiento.....	35
2.3.3. Vehículo emocional.....	35
2.3.4. Bienestar psicológico y emociones positivas en personas con fibromialgia	36
2.3.5. Modelos teóricos sobre bienestar psicológico.....	37
2.3.5.1 Modelo de Bienestar Psicológico de Martina Casullo.....	37
2.3.5.2 Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Carol Ryff .	40
2.3.5.3 Teoría de la Autodeterminación	41
2.3.5.4 Teoría de la Psicología Positiva.....	43
2.4. Investigaciones nacionales e internacionales en torno al problema investigado	44
1. Nacionales	44
2. Internacionales	47
2.5. Definición conceptual y operacional de variables.....	57
A. Estilos de afrontamiento.....	57
B. Bienestar psicológico	57
2.6. Hipótesis	60
2.6.1. Hipótesis General	60
2.6.2. Hipótesis Específicas.....	60
CAPÍTULO III.....	62
METODOLOGÍA	62
3.1. Nivel y tipo de investigación.....	62
3.2. Diseño de la investigación.....	62
3.3. Naturaleza de la población	63
3.3.1. Población	63
3.3.2. Criterios de inclusión	64
3.3.3. Criterios de exclusión	64
3.3.4. Criterios de eliminación.....	64
3.4. Instrumentos	64
3.4.1. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE).....	64

3.4.2. Escala BIEPS – A (Adultos).....	69
3.5. Procedimiento.....	75
3.6. Consideraciones éticas	76
3.7. Plan de análisis de datos	77
CAPÍTULO IV	79
RESULTADOS.....	79
CAPÍTULO V.....	99
DISCUSIÓN	99
CAPÍTULO VI.....	110
CONCLUSIONES.....	110
RECOMENDACIONES.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

Lista de Figuras

Figura 1: Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia. Referido por García, Herrera, Pérez y Saura (2011).	11
Figura 2: Modelo de Bienestar Psicológico de María Casullo. Referido por Casullo (2002).	38
Figura 3: Dimensiones del modelo de bienestar propuesto por Ryff (1989). Referido por Ryff (1989) citado por Rodríguez y Quiñones (2012).	41
Figura 4: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y las puntuaciones de la dimensión de autonomía.	85
Figura 5: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de vínculos psicosociales.	86
Figura 6: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y las puntuaciones de la dimensión de proyectos.	88
Figura 7: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y las puntuaciones de la dimensión de control y aceptación.	89
Figura 8: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de autonomía.	90
Figura 9: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de vínculos psicosociales.	91
Figura 10: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de proyectos.	93

Figura 11: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de control y aceptación.	94
Figura 12: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de autonomía.	95
Figura 13: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de vínculos psicosociales.	96
Figura 14: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de proyectos.	98
Figura 15: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de control y aceptación.	98

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de operacionalización	58
Tabla 2 Valoración de las Respuestas del Cuestionario COPE	67
Tabla 3 Valoración de las respuestas de la Escala BIEPS – A	72
Tabla 4 Percentiles en la Escala BIEPS – A	73
Tabla 5 Criterios de Cohen	78
Tabla 6 Nivel de bienestar psicológico en adultos con fibromialgia en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.	79
Tabla 7 Estilo de afrontamiento predominante	81
Tabla 8 Puntaje máximo y mínimo del Bienestar Psicológico	82
Tabla 9 Coeficiente de correlación múltiple entre las variables: estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.	83

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar la correlación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de bienestar psicológico en mujeres diagnosticadas con fibromialgia pertenecientes a un Hospital Nacional de Lima Metropolitana. La muestra estuvo constituida por 80 pacientes de sexo femenino con edades que oscilan entre los 20 y 80 años. Los instrumentos utilizados para este estudio, fueron el cuestionario de afrontamiento (COPE) y la Escala BIEPS - A (Adultos). Ambas cuentan con validez y confiabilidad en el Perú. Finalmente, es crucial para nuestra sociedad, tanto para la población general como para los profesionales de la salud, conocer más acerca de esta enfermedad. Esto con el fin de tomar medidas preventivas y llevar a cabo un tratamiento oportuno para que la sociedad goce de una alta calidad de vida. Ya que cada vez se está incrementando la cantidad de casos registrados.

Palabras claves: fibromialgia, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

ABSTRACT

This study aims to analyze the correlation between coping styles and levels of psychological well-being in women diagnosed with fibromyalgia belonging to a National Hospital of Metropolitan Lima. The sample consisted of 80 female patients with ages ranging from 20 to 80 years. The instruments used for this study were the coping questionnaire (COPE) and the BIEPS – A (Adults). Both have validity and reliability in Peru. Finally, it is crucial for our society, both for the general population and for health professionals, to know more about this disease. This in order to take preventive measures and carry out a timely treatment so that society enjoys a high quality of life. Since each time the number of registered cases is increasing.

Keywords: fibromyalgia, coping styles and psychological wellbeing.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe un incremento en los casos registrados de personas con diagnóstico de fibromialgia. Por su parte, los profesionales de la salud aún presentan dudas ante esta complicada enfermedad.

Las interrogantes van, desde la causa exacta de esta enfermedad hasta el tratamiento más oportuno; ante esta problemática, se han establecido diferentes tipos de estudios e investigaciones con el fin de ampliar su entendimiento.

Se han encontrado, en diversos estudios, autores con puntos de vista muy similares, quienes señalan a la fibromialgia como una enfermedad que presenta varios puntos de dolor en todo el cuerpo, que conforme transcurre el tiempo van aumentando de intensidad; por tal motivo, es considerada como una enfermedad invalidante, ya que afecta a la persona en diferentes aspectos de su vida.

De manera que, tomando en consideración lo complejo de esta enfermedad, “La fibromialgia es una de esas alteraciones globales que *vibran* a la vez en nuestro *todo* energético, mental y físico” (Morales, 2013, p. 22).

Por otro lado, ante esta problemática, es recomendable que se modifique el estilo de vida de las personas; a razón de que sería un factor preponderante para poder afrontar esta enfermedad.

Esto podría realizarse mediante estilos de afrontamiento adecuados, para lograr que las personas mejoren su bienestar psicológico. A su vez, este se asocia con saludables relaciones sociales y actividades cotidianas.

En tal sentido, y de acuerdo con lo expuesto anteriormente; el presente estudio brinda una significativa información sobre la fibromialgia, los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico.

El proyecto de investigación consta de seis capítulos:

En el primer capítulo se detalla la formulación del planteamiento del problema; identificación de la problemática, justificación, limitaciones y objetivos del estudio.

En el segundo capítulo se explica la fundamentación de las diferentes variables en estudio; la fibromialgia, el bienestar psicológico y los estilos de afrontamiento.

En el tercer capítulo se detalla la metodología; se describe la forma técnica del desarrollo temático, como: nivel y tipo de investigación, diseño, naturaleza de la población, criterios de inclusión, exclusión, eliminación, instrumentos, procedimiento, consideraciones éticas y plan de análisis de datos.

En el cuarto capítulo se explican los resultados; donde se describe los hallazgos encontrados en el proyecto de investigación y en la discusión; se contrasta los resultados encontrados con investigaciones realizadas por otros autores nacionales e internacionales.

En el quinto capítulo se detalla las conclusiones; después de un exhaustivo análisis, de la relación entre las diferentes variables; se concluye con los resultados de las hipótesis inicialmente planteadas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, podemos observar que las personas que padecen de la enfermedad de fibromialgia se quejan mucho de los dolores que tienen en distintos puntos de su cuerpo; por lo que son mal percibidos por su entorno social.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, Bauer (2008) refiere que las personas que padecen de fibromialgia en algunas ocasiones llegan a ser estigmatizados por desconocimiento de la sociedad sobre dicha enfermedad.

Debido a las dificultades que puede traer esta enfermedad, se requiere de todo un tratamiento no solo farmacológico, sino también psicológico; ya que su bienestar se encuentra disminuido a causa de los síntomas que presentan en su día a día.

Por consiguiente, la importancia de que los pacientes de fibromialgia deberían aprender a vivir con esta enfermedad de la mejor forma posible; empleando estilos de afrontamiento, que los ayuden a disminuir y contrarrestar los diferentes malestares, dolores e inconvenientes que desencadena dicha enfermedad. De esa manera podrían mejorar su bienestar psicológico y calidad de vida.

Asimismo, Carmona, A. (2006), señala la importancia de comprender los aspectos psicológicos del ser humano; ya que piensa, actúa y siente. Por lo cual, señala que no es cuestión de entender y ayudar a las personas que sufren de esta enfermedad, no sólo es entendiendo su dolor, sino también entendiendo toda la complejidad relacional de estas personas, para así tratar de mejorar su calidad de

vida porque esta enfermedad o síndrome reumatológico produce problemas que afectan incluso su estado de ánimo y valía personal. Precisamente por ello, es necesario entender, que quien la padezca de fibromialgia, podría sufrir cualquier otro problema adicional; un claro ejemplo de ello es la ansiedad y la depresión, que son problemas psicológicos frecuentes relacionados directamente con la enfermedad.

De igual manera, es importante encontrar la correlación de las variables propuestas para el presente estudio, debido a que en investigaciones anteriores se ha mencionado la influencia de estas variables en la vida de las personas que padecen de fibromialgia.

En consecuencia, al desarrollar esta investigación, se llegaría a resultados que, a su vez, impulsarían una innovación en medidas de prevención e intervención adecuadas; que se adapten a las personas que presenten el diagnóstico correspondiente.

Finalmente, a partir de lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico en adultos con fibromialgia en un hospital nacional de Lima Metropolitana?

1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado anteriormente, la fibromialgia es una enfermedad con una notoria carencia de profesionales especializados y con escasa bibliografía al respecto, a pesar de ser una realidad desde hace mucho tiempo. Por lo tanto, desde una perspectiva teórica, la fibromialgia es un tema médico y social relevante.

En tal sentido, es importante la realización de este estudio, ya que brindará a la comunidad científica resultados que respondan a las hipótesis y objetivos planteados, con la finalidad de identificar la relación que pueda existir entre las diversas variables, ayudándonos a conocer todo lo relacionado con la enfermedad de la fibromialgia.

Además, generaría conocimientos para la realización de futuras investigaciones y proyectos de intervención en torno al tema.

Así mismo, a nivel práctico, los resultados obtenidos de esta investigación y el análisis respectivo que se realice servirán para brindar recomendaciones, y obtener mayor conocimiento, para prevenir y lograr que las personas pueda identificar los síntomas fácilmente, y no esperar acudir al médico demasiado tarde.

1.3. LIMITACIONES

- El tiempo que disponen los pacientes pertenecientes a un hospital nacional de Lima Metropolitana para la aplicación de los instrumentos del estudio.
- Los resultados no se pudieron generalizar, debido a que las concurrencias de pacientes en el área de psicología para evaluación de fibromialgia son en gran mayoría del sexo femenino.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

- Conocer cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico en adultos con fibromialgia en un hospital nacional de Lima Metropolitana.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Conocer el nivel de bienestar psicológico en adultos con fibromialgia en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- Identificar la frecuencia por estilo de afrontamiento.
- Identificar el puntaje máximo y mínimo del bienestar psicológico.
- Identificar la correlación existente entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y cada una de las dimensiones que conforman el bienestar psicológico encontrado en adultos con fibromialgia en un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Identificar la correlación existente entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y cada una de las dimensiones que conforman el bienestar psicológico encontrado en adultos con fibromialgia en un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Identificar la correlación existente entre los otros estilos de afrontamiento y cada una de las dimensiones que conforman el bienestar psicológico encontrado en adultos con fibromialgia en un hospital nacional de Lima Metropolitana.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. FIBROMIALGIA

2.1.1 Conceptualización

“En la historia de la denominación del término fibromialgia, se señala que la palabra proviene de *fibro* (tejidos fibrosos blandos, ligamentos, tendones, etc.), *mi* (en referencia al músculo) y *algia* (dolor)” (García, Cuscó y Poca, 2006, p. 31). Por lo tanto, es un término en el cual se ve implicado los tejidos de los músculos de la persona en los que se produce dolor.

Según Sánchez (s.f.), citado por Ayán (2010), el término *fibrositis* fue el más utilizado para hacer referencia al término fibromialgia hasta el año 1975, que Hench lo empleó por primera vez para distinguir la presencia de dolor muscular en la desaparición de los signos propios de inflamación, y planteó dejar el erróneo término de fibrositis.

Además, el Colegio Americano de Reumatología (CAR) en el año 1990, estableció los criterios para clasificar la fibromialgia y en el año 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recogió la afirmación de Copenhague, por ello en el manual de *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE – 10), tipifica el término fibromialgia con el código M79.7 y la distingue como una enfermedad, finalmente la Asociación

Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el año 1994, clasifica y distingue la fibromialgia con el código X33. X8a.

Por otro lado, con respecto a la definición del término fibromialgia, Bradley, Daroff, Fenichel y Jankovic (2010), señalaron que es un síndrome en el cual existe un dolor musculoesquelético en los tejidos blandos difusos y con diversos puntos de dolor. Los indicadores médicos anteriormente mencionados formarían parte del diagnóstico diferencial de varios pacientes que cuentan con un dolor raquídeo

Asimismo, García, Cuscó y Poca (2006), la definieron como una enfermedad crónica que se da con frecuencia y se caracteriza por contar con toda una historia prolongada de dolor generalizado, que varias veces es intenso y percibido de manera predominante en los músculos. Cuando es explorada se presenta por dolor a la palpación de unos puntos sensibles que son característicos, es decir, una percepción dolorosa que es inusual y crónica, para la cual no se ha encontrado, aún, ninguna alteración de tipo orgánica que la justifique completamente.

Cabe resaltar que Martínez (2013) indicó que la edad de inicio de la enfermedad es variada; esto es, puede iniciarse en cualquier punto evolutivo desde la etapa de la pre adolescencia hasta la vejez. Además, el presente autor señala a la enfermedad como compleja y bastante común a la cual se le calcula que afecta de 2 a 4 % de la población en general, encontrando como mayoría de afectados (que representan entre un 80 y 90 %) a las mujeres. Del mismo modo, existen dos características que contribuyen a definir la enfermedad; en primer lugar, el dolor crónico generalizado (las

personas tienen mucho dolor en todo el cuerpo y de forma persistente) y, en segundo lugar, presentan una sensibilidad exagerada a la presión en zonas específicas de su cuerpo.

Con respecto a lo mencionado por Martínez (2013) sobre la mayoría de casos de fibromialgia que se presentan en las mujeres, Mestre (2013) la define como una enfermedad que se basa en las emociones contenidas, es decir, no expresadas y que sobre todo esto se da con una mayor incidencia en mujeres ya que tienden a ser más emocionales que mentales y más prácticas; a diferencia de los hombres que son más mentales que emocionales y más teórico. Por ello, es que no sufren tanto en el aspecto emocional como lo hace la mujer, además cabe resaltar que uno de los factores que hace posible que se presente la enfermedad es la represión y en la sociedad la mujer se encuentra más sometida a la represión que el hombre, dándose esto de una manera sutil, desde la infancia.

Finalmente, León (2016) refirió que la mayor parte de casos que presentan fibromialgia lo conforman adultos mayores.

2.1.2 Criterios diagnósticos

García, Herrera, Pérez y Saura (2011) señalan a la enfermedad de fibromialgia con un diagnóstico particularmente clínico.

Además refieren que es esencial la anamnesis para llegar a su diagnóstico y que el síntoma clave en esta enfermedad es el dolor generalizado, el cual empeora debido al estrés, actividad física conservada y periodos estacionales de baja temperatura; entonces, es necesario preguntar al paciente acerca de su aparición y la presencia de antecedentes ya sean

traumáticos, físicos o psicológicos que estén en relación con la iniciación de la enfermedad, también con la localización y radiación, el ritmo, intensidad y situaciones que lo empeoran o por lo contrario, mejoran, así como también la respuesta hacia la terapia analgésica, con la finalidad de saber tanto el tiempo de evolución como las causas que la desencadenan. También es bueno indagar los factores tanto psicológicos como psiquiátricos, la parte enfocada en los antecedentes personales y familiares de trastorno mental, el perfil de personalidad, las relaciones familiares y el patrón de conducta.

A su vez, es importante realizar una detallada exploración física a los pacientes, ya que de esa forma se podría confirmar que presentan el diagnóstico de fibromialgia y así descartar otras enfermedades, principalmente, osteoarticulares.

Entonces en la fibromialgia no tenemos por qué encontrar alteraciones sobre la movilidad y el aspecto de las articulaciones, solo podría darse en el caso de que coexista con una enfermedad de características similares. Por tanto, para diagnosticar la FM se requiere examinar de forma minuciosa los 9 pares de puntos gatillo que a continuación se mostrara donde se encuentran situados estos puntos gatillo -o dolorosos- de la fibromialgia.

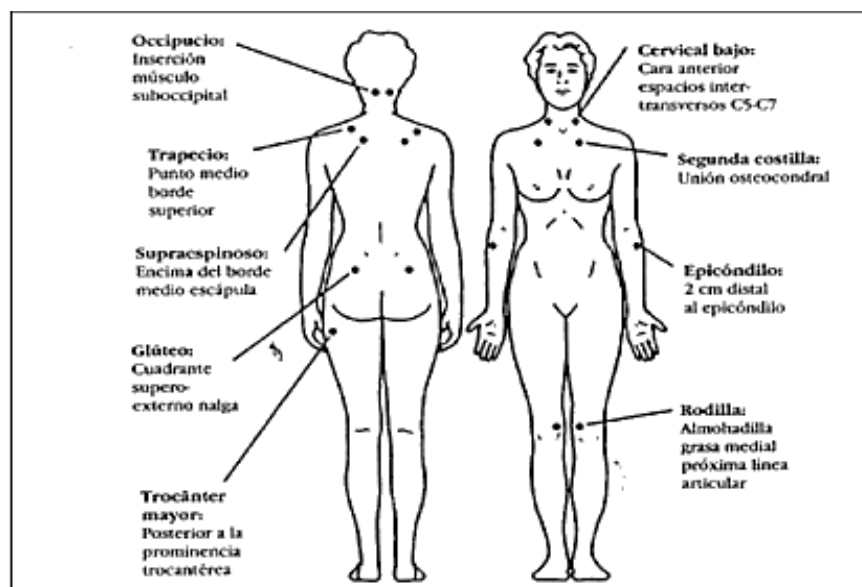


Figura 1: Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia. Referido por García, Herrera, Pérez y Saura (2011).

A través de la imagen se da a conocer cuáles son los puntos gatillos en las personas con el diagnóstico de fibromialgia y dónde se localizan, ante lo cual su conocimiento debe ser preciso para establecer un correcto diagnóstico: de los 9 puntos bilaterales indicados en la figura 1, (a ambos lados; posición izquierda y derecha), 11 o más puntos de dolor en un periodo de por lo menos 3 meses acompañado de mialgia generalizada indicaría la presencia de Fibromialgia.

2.1.3. Síntomas

Martínez (2013), señala que, gracias a un examen estadístico del Colegio Americano de Reumatología, se logró identificar ciertas características que distinguen a las personas con fibromialgia, los cuales son: fatiga crónica, alteraciones o trastornos del sueño, entumecimiento ,

alteraciones o trastornos del sueño, entumecimiento difuso del cuerpo por las mañanas, hormigueo y calambres en los brazos y piernas, dolor de cabeza, intestino irritable, fenómeno de Raynaud y, finalmente, la ansiedad o depresión.

Cabe resaltar que el fenómeno de Raynaud, según la Arthritis Foundation (s.f), está caracterizada por cambios en la coloración de los dedos de las manos y pies durante la exposición al frío o en respuesta al estrés emocional. Cabe resaltar que existen casos en los cuales algunas personas presentan cambios de coloración dérmica en partes del cuerpo adicionales, como orejas, labios y nariz.

Cabe mencionar que la mayoría de síntomas señalados por Martínez (2013) coinciden con algunos de los síntomas indicados por Mestre (2013), quien refiere indicadores sintomáticos adicionales en la presencia de fibromialgia los siguientes: insomnio , sensación de fatiga dolor de cabeza, síndrome de colon irritable, menstruación dolorosa, mala circulación de las extremidades (se presenta en la mayoría de enfermos debido a los problemas circulatorios y a su vez presentan insuficiencia venosa), el síndrome de piernas inquietas (relacionado con el sistema nervioso que suele ser muy desagradable y difícil de controlar), síndrome de la vejiga irritable (necesidad de miccionar con frecuencia), dolor en la articulación temporomaxilar ocasionado por bruxismo (tensión prolongada en la mandíbula durante el sueño), dificultades cognitivas (falta de memoria inmediata y dificultades de concentración como problemas más frecuentes),

depresión, ansiedad, falta de fuerza muscular y, finalmente, sequedad de ojos y boca.

2.1.4. Etiología

Se desconoce la causa de la mayoría de casos sobre fibromialgia, sin embargo, Crofford y Clauw (2002) citados por Bradley, Daroff, Fenichel y Jankovic (2010) refieren que los factores biológicos y conductuales ayudan al cuadro clínico del síndrome. Asimismo, Stephen & Mc Phee (2008), señalaron que se desconoce la verdadera causa, sin embargo, se han planteado como causas, los trastornos del sueño, infecciones víricas, depresión y la percepción descarriada de estímulos dolorosos.

Por otro lado, Mestre (2013), señala que la fibromialgia se da por un conjunto de circunstancias físicas y psicológicas, siendo una de ellas la represión emocional. Es decir, la principal característica psicológica asociada a la fibromialgia se remite a la constante búsqueda de valoración personal de aquella que posee la enfermedad; esto es, mediante las opiniones de los otros y, finalmente, el deseo de aprobación de su entorno. Dicha forma de interacción social está regida por la constante complacencia; esto es, haciendo lo que los demás esperan de él o ella y dejando de lado su voluntad y autonomía con tal de sentirse aceptado (a) y valorado (a) por el entorno.

Además Mestre (2013), refiere que esta enfermedad es causada por un proceso en el que cualquier tipo de pensamiento se encuentra agrupado a una o varias imágenes o arquetipos que lo llevan siempre a una carga energética que hace a las emociones ponerse en movimiento; luego, estas trasladan de modo inmediato la información al vehículo etérico (que

es el contenedor de la energía vital) y cuando éste transfiere la energía al cuerpo físico surge una postura corporal inmediata, la cual incita tensiones musculares para trasladar a término la acción anticipadamente pensada. Entonces cuando el flujo de energía llega a bloquearse en cualquiera de los vehículos, se origina distintos síntomas en el cuerpo físico y en la fibromialgia la acción se reprime y no se lleva a término, lo cual origina que se dé una acumulación de energía como tensiones que resultan en una gran cantidad de síntomas. Asimismo, cabe resaltar que las tensiones comienzan por acumularse en la musculatura de la espalda para después alcanzar otras zonas, también las tensiones que se almacenan en todo el cuerpo son la fuente del gran dolor generalizado y, en el caso de la fibromialgia, ésta se encuentra muy relacionada al vehículo emocional, en el cual se procesan las emociones. Sistema nervioso y el dolor

2.1.5. Sistema nervioso y el dolor

Yunus (s.f.), citado por Almodóvar (2011), señaló a la fibromialgia (SFM, SFC, Encefalitis Miálgica (EM) y la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) como síndromes de sensibilización central y que, a pesar de ser distintas enfermedades, cuentan con 4 puntos en común:

- Anormal sensibilización del sistema nervioso central
- Hipoxia celular (contenido de oxígeno a nivel celular bajo)
- Disfunción mitocondrial (probable que afecte a los músculos y otros órganos como el hígado, páncreas, corazón, médula ósea, riñones, retina y nervios periféricos)

- Exceso de óxido nítrico (puede causar presión sanguínea bastante alta o muy baja y otras complicaciones en la circulación)

Además, sostuvo que estas enfermedades o síndromes tienen en común un mecanismo patofisiológico; esto se refiere a disfunciones neurohormonales que, mayormente, son diferentes de las que se observan en las enfermedades psiquiátricas.

Yunus (s.f.) sostiene lo siguiente:

“La sensibilidad del Sistema Nervioso Central (SNC), bien intrínseca, bien debida a neuroplasticidad del SNC causada por estímulos periféricos, resulta en dolor aumentado, generalizado y persistente. La sensibilidad central parece ser la más importante anomalía entre las disfunciones neuroendocrinas. Por eso, el SFM y otros síndromes similares se han denominado Síndrome de Sensibilidad Central (SSC) y se han establecido como un grupo”. (p. 29)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (s.f.), citado por García, Cuscó y Poca (2006), define “*al dolor como una sensación desagradable, la cual va acompañada por una emoción y que es percibida como un daño a nuestro organismo; es decir, se asocia la fisiología con la psicología*”.

Además, el dolor agudo es efectivo y claro con respecto al fin que tiene de ponernos en alerta; en cambio, el dolor crónico es muy distinto, ya que pierde esa finalidad y pasa a convertirse en una enfermedad por sí misma.

Por otro lado, existen dos tipos de dolor: primero, el “nociceptivo”, el cual se encarga de responder cuando se presenta una verdadera lesión con una inflamación en las estructuras del cuerpo, como - por ejemplo- cuando hemos sufrido una fractura o un golpe fuerte; segundo, el dolor “neuropático”, en el cual se provoca por una lesión, enfermedad o sección total de las estructuras nerviosas. Este dolor viene a ser uno de los grandes desafíos del dolor crónico, ya que es el dolor que padecen, esto lo podemos ver -por ejemplo- en el caso de personas que han sufrido una amputación (síndrome del miembro fantasma) o los que han padecido accidentes cerebrovasculares (dolor talámico).

Entonces el dolor crónico asociado a la fibromialgia tiene algunas características de las tipologías de dolor antes mencionadas, pero tiene un mayor predominio el modelo neuropático; a pesar de ello existen ciertas características que hacen que se plantee una definición adicional-considerada como la más adecuada- llamada dolor neurogénico, el cual se refiere a que el dolor es producido por el sistema nervioso central (SNC), sin que se dé un daño estructural aparente.

Además, en relación al dolor, Munguía, Alegre y Legaz (2007), refirieron que éste es concebido como el síntoma principal en la fibromialgia, aparte de ser el principal motivo de consulta, el cual es descrito por las personas de distintas formas, como por ejemplo: quemazón, punzadas muy insoportables, periodos de mayor intensidad, hasta incluso más duraderos e intensos, en comparación a otras afecciones reumáticas como es la artritis reumatoide.

Por otro lado, Simms et al. (1988) y Mountz et al. (1995), citados por López & Mingote (2008), señalan que las personas con fibromialgia tienen un umbral del dolor más bajo como consecuencia de una anomalía funcional en el SNC. Cabe resaltar que los autores refieren que es causada por un flujo sanguíneo regional cerebral que es más bajo del habitual.

Autores como López & Mingote (2008), refieren que el dolor puede ser de mucha utilidad, como mecanismo de defensa del organismo de las personas o como un aviso de un funcionamiento anormal y no fisiológico. Asimismo, señalan que cuando el dolor se prolonga más allá del proceso de enfermedad y perdura durante mucho tiempo es considerado como crónico, el cual es experimentado mayormente por los pacientes con FM. Este dolor mantenido va acompañado de una respuesta psicológica, que afecta directamente la calidad de vida de los pacientes.

2.1.6. Tratamiento de la Enfermedad

2.1.6.1 Farmacológico

Mayero (2014) refirió sobre el tratamiento farmacológico que no puede considerarse el remedio para la FM, por tanto, es importante su uso simultáneo con distintas terapias.

Respecto al tratamiento farmacológico Rao SG (2009) citado por Covarrubias y Carrillo (2016), señaló la aprobación de algunos fármacos como tratamiento para la FM por la (FDA por sus siglas en inglés). Como parte del tratamiento farmacológico de primera mano para el tratamiento adecuado de la FM se encuentran los siguientes; Food and Drug Administration) a) Pregabalina que se encarga de interferir en cuanto a la

transmisión central del dolor a través de la inhibición en la liberación de los neurotransmisores excitadores y el glutamato y 2) inhibidores de la receptación de serotonina – noradrenalina, duloxetina y3) , milnacipran, el cual actúa como... (¿Qué hace exactamente? (señalar)

Por otro lado, Hauser, Bernardy, Uceyler y Sommer (2009)- citados por Covarrubias y Carrillo (2016)-, indicaron que de manera meta-analítica, los gabapentinoides, posiblemente, reducen de forma significativa el dolor, regulando el ciclo de sueño y la calidad de vida.

Malemud (2009), citado por Covarrubias y Carrillo (2016,) señaló que la efectividad tanto de la pregabalina como de la amitriptilina, podría ser explicada por la intervención de estos medicamentos con respecto a las vías de transmisión del dolor, que se encuentran en relación con los canales tanto de calcio de alto voltaje y con los canales de potasio que son de la familia K (v). Además, en cuanto a los mecanismos en relación con las vías serotoninérgicas noradrenérgicas, éstas manifiestan el beneficio de la duloxetina, milnacipran, y mirtazapina. También se refiere que el aumento en cuanto al número de receptores benzodiazepínicos a nivel periférico conseguiría revelar el uso de olanzapina en unos reportes.

Cabe recalcar que Malemud, Ngian, Guymer, Littlejohn (2011) citados por Covarrubias y Carrillo (2016), señalaron que, debido a la disminución de los receptores opioides en el SNC, el uso de los fármacos opioides no es recomendada por algunos autores.

En cuanto a antiinflamatorios Mayero (2014), señaló que sobre el AINES se han realizado estudios del ibuprofeno y el naproxeno, de los cuales

no se ha encontrado evidencia acerca de su eficacia con respecto al tratamiento de la FM. Sin embargo, estos pueden ser de utilidad, pero como coayudantes; es decir, administrándose en bajas dosis simultáneamente con los antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas o ciclobenzaprina.

2.1.6.2. Terapias alternativas, técnicas y ejercicio físico

García, Herrera, Pérez y Saura (2011) señalaron que el tratamiento debe adaptarse a los gustos o preferencias que tenga cada paciente. Dado que algunos, pueden optar por ejercicios aeróbicos, lo cual puede mejorar la sintomatología presentada por los pacientes, sin embargo, siempre deben estar supervisados. Asimismo, los pacientes con FM, pueden obtener beneficios de los ejercicios en general que más les agrade, es por ello que, en la mayoría de los casos, se ha encontrado que varios pacientes optan por el yoga, tai chi y natación debido a que parecen mejorar más la sintomatología de la enfermedad, proporcionando al mismo tiempo un aumento de la relajación muscular.

También con respecto a este tema Arcos, Castro, Matarán, Gutiérrez, Ramos & Moreno (2011) citados por Palanca (2015), refieren que los programas que se encuentran combinados de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva apoyan al descanso nocturno y de esta forma los pacientes podrán tener una mejor calidad de vida.

Por otro lado, Gómez (2006) en cuanto a la intervención fisioterápica refiere que, en la FM, el ejercicio físico debe tomarse en cuenta en sus dos fases, es decir, como higiénico y saludable y en su variante como

un elemento terapéutico. Además, el ejercicio tiene que ser aeróbico y de baja intensidad e impacto con el fin de no generar lesiones agregadas Ni agotamiento físico En suma la intervención fisioterapéutica tiene que ser voluntaria, agradable, progresiva, continua, personalizada y amoldada a las circunstancias del momento. Asimismo, en la FM se ha comprobado la eficacia de cualquier tipo de ejercicio aeróbico De éste modo,, el paciente que conserva el ejercicio físico continuo tendrá un progreso en la regulación del dolor reducción de la ansiedad y mejora en la calidad de vida Sin embargó, no hay evidencia de que se optimice la fatigabilidad, función física o depresión, siendo importante rescatar, que se debe lograr conseguir, que cada persona adquiera y desarrolle las sensaciones de sus propias limitaciones;y, que con respecto al ejercicio, debe ser de manera personalizada, ya que dos personas con FM pueden tener distintas condiciones físicas diferentes, dependiendo de varios factores que no siempre se muestran, ni con la misma intensidad, ni al mismo tiempo, diferencia de edad, patologías adjuntas, estado anímico, entre otros.

Entonces los ejercicios estarán orientados a conseguir una movilidad funcional que se dé dentro de las posibilidades distintas del cuerpo, que les apruebe mantener ciertos movimientos funcionales que resultan indispensables en la ejecución de actividades de la vida básica.

2.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

2.2.1. Conceptualización

En primer lugar, para hablar de estilo de afrontamiento, se debe tener en cuenta las definiciones de Moliner (1998) citado por Ascencio (2015)

refiriendo el término afrontamiento como aquella acción que una persona decide tomar frente a una determinada situación, adversidad o acontecimiento estresante. Entonces su función se dirige a permitir que la persona se adapte ante los cambios que se den en su ambiente de forma que pueda dar la respuesta más acertada. También Casullo y Fernández (2001) citados por Ascencio (2015) definieron el término, pero como un conjunto de respuestas que pueden ser los pensamientos, sentimientos o acciones de las cuales la persona hace uso para solucionar problemas y disminuir las tensiones que le produce.

En cuanto a los estilos de afrontamiento, Lazarus y Laumier (1978) citados por Ascencio (2015) señalan que son los esfuerzos que realizan las personas con el fin de manejar, dominar, tolerar, reducir y minimizar las diversas demandas ambientales y conflictos que superan los recursos que tiene la persona. De igual forma, autores como Carver (1989) citado por Ascencio (2015), define al afrontamiento como una respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona, ya sea de forma abierta o encubierta ante eventos externos que le produzcan estrés o depresión. Respecto a lo mencionado anteriormente por los otros autores, Billings y Moos (1981) citados por Ascencio (2015), señalan que los estilos de afrontamiento son concebidos como maneras en las que la persona emplea sus recursos personales y sociales, los cuales le sirven de apoyo y manejo para el control y gestión de sus reacciones frente al estrés y de esa forma ejecute acciones específicas para cambiar los aspectos que traen problemas en su entorno.

Por último, cabe resaltar el aporte de autores como Smith, Strachan y Buchwald (2009); Soriano y Monsalve (2005), quienes señalaron que es importante el estudio del afrontamiento cuando se trata de enfermedades crónicas, como la fibromialgia, debido a que según la forma en que la persona reaccione ante los síntomas, esto determinará, de forma principal, el pronóstico de la misma.

2.2.2. Factores Determinantes del Afrontamiento

Blanco & Hurtado (2010), citados por Blanco, Rodríguez & Schneider (2010), señalaron que el afrontamiento depende de variables tanto intrínsecas como contextuales, es decir, con respecto a las intrínsecas se refiere al tipo de personalidad con la que cuenta la persona (género, edad, grupo étnico, entre otros); en cambio, con respecto a las variables contextuales se refiere a la percepción de control, nivel de optimismo, eficacia y educación en el problema o situación.

Es importante resaltar que la capacidad o incapacidad que tenga una persona para confrontar una situación estresante, puede también depender de otros factores, distintos a los mencionados anteriormente, estos pueden ser el nivel de salud y energía, la creencia positiva que tiene la persona de sentirse preparado para conseguir las consecuencias esperadas, o de tener la habilidad para solucionar las dificultades, que cuente con la información sobre el proceso y las habilidades sociales, de la confianza que la persona posee para incentivar y hacer que otros ayuden. Además, se encuentra muy unido a esto también el apoyo social, que es una sensación de aprobación, afecto o valoración por parte de terceros.

Asimismo, otros factores que también consideran determinantes en el afrontamiento, son los siguientes:

- Diferencias socioculturales y de género. Con respecto a las diferencias de género se ha notado que el hombre, mayormente, se inclina a emplear estrategias centradas en los problemas, a diferencia de las mujeres que utilizan tácticas evasoras con énfasis en las emociones, sin embargo, cuando se analizan según ocupación y educación similar, no se encuentran muchas diferencias, por ello se toma como más elemental estudiar el papel social del sexo con respecto a los patrones de afrontamiento entre los hombres y mujeres. Además, es pertinente resaltar que quienes cuentan con más altos ingresos y niveles educativos, emplean más estrategias de afrontamiento en base a los problemas por lo general, que en las emociones.
- Personalidad resistente y resiliencia. Es importante identificar el tipo de personalidad que tiene el paciente debido a que nos ayudará a establecer qué tipo de intervenciones terapéuticas específicas se le pueden brindar para perfeccionar el estilo de afrontamiento, sin embargo, debe tomarse en cuenta que cada persona presenta una personalidad con una técnica de afrontamiento distinto.

En cuanto a la personalidad resiliente, Kobasa (1979) citado por Blanco, Rodríguez & Schneider (2010), señaló que existe un tipo de personalidad resiliente, el cual cuenta con tres características:

- Desafío: La persona distingue los cambios como una forma de oportunidad para progresar.
- Compromiso: La persona cree en la verdad, confía en lo que es y en lo que se encuentra haciendo y afirma que la vida, el trabajo y las relaciones tienen un fin.
- Control: La persona confía en su propio convencimiento de que puede influir en un evento y presenta la sensación de enfrentar las situaciones problemáticas con seguridad y confianza o de realizar soluciones positivas.

En relación con el concepto de resiliencia, es pertinente mencionar que éste presenta tres componentes: autoestima, control personal y optimismo; entonces, cuando la resiliencia se presenta en una persona, esto ayudará a que emplee emociones positivas para enfrentar el estrés que está pasando y darles significado a sus experiencias, asumiendo un punto de vista optimista con respecto a la vida.

- Autosuficiencia y percepción de control personal

Rotter (1966) citado por Blanco, Rodríguez & Schneider (2010), propuso que las personas pueden ser clasificadas según el grado de control

que tienen sobre los sucesos de vida. A continuación, se explicará cada una de ellas:

- Locus de control interno: Las personas consideran que pueden tener el control de sus vidas, éxitos y fracasos. Es decir, se basan en el aspecto interno de su persona porque confían en sus capacidades.
- Locus de control externo: Las personas toman en cuenta como factores determinantes a la suerte, destino o acciones promovidas por terceros. Es decir, se basan en todo lo externo a su persona (motivación extrínseca).

También es importante la autoeficacia para el control personal, debido a que esta consiste en que la persona tenga la seguridad de poder tener éxito en una acción específica. Entonces, las personas la realizan en base a sus expectativas de éxito y observaciones anteriores. Asimismo, es esencial el papel que presenta la autosuficiencia, con respecto a la percepción del nivel de amenaza de los síntomas somáticos, en la valoración de la inhabilidad que producen en la persona y del estrés.

2.2.3. Afrontamiento de la enfermedad de fibromialgia

Reina (2008) refirió que se han encontrado muchos estudios acerca de la fibromialgia sobre la gran repercusión que tiene en la vida de los pacientes que padecen de ella, como la limitada actividad física e intelectual, el estado emocional, las relaciones personales, la carrera profesional y la salud mental. Por ello, es necesario el afrontamiento de forma multidisciplinaria para esta enfermedad, ya que afecta en diversos ámbitos.

De igual modo Martínez (2013) concuerda con lo señalado, anteriormente, y plantea que el papel del afrontamiento en esta patología es esencial y, sobre todo, que sea realizada de manera multidisciplinaria.

Por otro lado, Blanco & Hurtado (2010). Citados por Blanco, Rodríguez & Schneider (2010), señalaron que el afrontamiento de la enfermedad consiste en presentar como objetivo, el hecho de eliminar las consecuencias negativas de la misma enfermedad: la ansiedad. Mientras que acerca de los tipos de afrontamiento, que se encuentran orientados al problema, se debe evadir las consecuencias dañinas que consiguió producir la entidad ya sea a corto y largo plazo; luego de definir el problema se inicia la búsqueda tanto de información como de asesoramiento, también se evalúan las opciones de solución y después se acogen hábitos de vida que sean saludables.

También es importante destacar que hay estilos de afrontamiento que se encuentran orientados al manejo de las emociones como, por ejemplo, el hecho de buscar tener control del estrés. Tomando en cuenta el punto de vista psicológico, también algunos requieren planear actividades sanas; otros, en cambio, no aceptan la enfermedad y, por ello, la niegan o en otros casos, la evitan. Sin embargo, hay otras personas que mandan toda su atención a la enfermedad o efectúan comparaciones objetivas, entre otros.

2.2.4. Afrontamiento del Dolor Crónico

Blanco & Hurtado (2010), citados por Blanco, Rodríguez & Schneider (2010), indicaron que el dolor es un estresor y que existen factores

que consiguen reducirlo, uno de ellos vendría a ser el estilo de afrontamiento que se emplee, en el cual se contienen toda una serie de pensamientos y actividades que la persona maneja para así poder ejercer un control del dolor que a diario siente.

2.2.5. Modelos teóricos sobre estilos de afrontamiento

En primer lugar, se expondrá la teoría de afrontamiento de Carver, que es tomada en cuenta en el Cuestionario de estilos de afrontamiento, bajo la cual el presente estudio se basa, posteriormente, se mencionará otras teorías referentes a los estilos de afrontamiento.

2.2.5.1 Teoría de Carver

Carver (1989) citado por Ascencio (2015) aumenta un estilo de afrontamiento a la teoría planteada por Lazarus y Folkman (1986), este estilo adicional es denominado estilos de afrontamiento que se centra en otros estilos. A continuación, se describirán los estilos de afrontamiento propuestos en la teoría de Carver.

Primero, los estilos de afrontamiento que se centran en el problema, que se da cuando las personas buscan cambiar la relación que existe, reduciendo la cognición de la amenaza. Es importante señalar que estos estilos están conformados por las siguientes estrategias:

- a. **Afrontamiento activo:** Es un proceso que sirve para realizar acciones directas, aumentando los esfuerzos de la persona con el objetivo de apartar o evitar encontrarse al generador de estrés o disminuir sus efectos negativos.

- b. Planificación: Consiste en que la persona piense cómo actuar ante el generador de estrés estableciendo estrategias de acción, pensando en qué paso puede tomar e implantando la mejor manera de manejar la situación problemática.
- c. Supresión de actividades competentes: Consiste en dejar a un lado que pasen otros proyectos, actividades, con el fin de no distraerse y evitar toparse con un estresor.
- d. Postergación de afrontamiento: Se refiere a que la persona tiene que esperar la oportunidad adecuada para actuar sobre el problema, de esta manera evitará realizar algo de forma prematura.
- e. Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales: Consiste en que la persona busque en otros algún consejo, asistencia e información con el objetivo de encontrar solución para el problema.

Segundo, los estilos de afrontamiento que se centran en la emoción, van dirigido al hecho de expresar las emociones desencadenadas por una fuente estresante, además estos estilos están conformados por las siguientes estrategias:

- a. Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Se refiere a que la persona tendrá que buscar en el otro apoyo moral, empatía y comprensión con el objetivo de calmar la reacción emocional negativa.

- b. Reinterpretación positiva y crecimiento: Consiste en que la persona evalúe el problema de forma positiva, de esta manera concediéndoles connotaciones propicias a la experiencia en sí misma y, en otros casos, tomándolas como un aprendizaje para el futuro.
- c. Aceptación: Abarca dos aspectos durante el proceso de afrontamiento: en primer lugar, durante la fase de evaluación primaria, la persona acepta que la situación estresante, efectivamente, existe. En segundo lugar, durante la evaluación secundaria, la persona acepta la realidad como un hecho con el cual tendrá que convivir y además no podrá cambiarla.
- d. Negación: Consiste en que la persona se niegue a creer que el estresor es real o trata de actuar pensando que no es real el estresor.
- e. Acudir a la religión: Es una tendencia que se basa en la religión cuando la persona se encuentra frente a situaciones de estrés con el propósito de disminuir la tensión que existe.

Tercero, los estilos de afrontamiento que se centran en otros estilos, están conformados por las siguientes estrategias:

- a. Enfocar y liberar emociones: Se refiere a que la persona tiene que centrarse en las consecuencias emocionales desagradables que experimenta y debe expresar de forma abierta estas emociones.
- b. Desentendimiento conductual: Consiste en que la persona disminuya su esfuerzo, el cual va dirigido al estresor, de esta forma se da por vencido y no trata de lograr las metas, debido a que el estresor se encuentra interfiriendo.

- c. Desentendimiento mental: Consiste en que la persona permita que una gran variedad de actividades logren entretenerla de su evaluación de la dimensión conductual del problema.

2.2.5.2 Teoría de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman (1986) citados por Ascencio (2015), señalan que hay dos estilos de afrontamiento, uno que se centra en el problema y el otro en la emoción.

Con respecto al estilo de afrontamiento que se centra en el problema, consiste en que la persona realice esfuerzos para cambiar la situación y reducir la amenaza. Aquí se van a usar estrategias para cambiar el problema, además se generará un efecto interno en la persona, es decir, se trabajará con la redefinición y solución del problema, de igual forma para la reevaluación que realiza la persona acerca del problema, consiguiendo así una mejora en cuanto a la situación.

Entonces lo que se propone es que la persona busque la forma de cambiar su situación apartando o reduciendo el impacto de la amenaza, para de esa manera ejecutar este proceso, en el cual utilizará sus recursos con los que ya cuenta y los físicos como la salud o energía.

En cuanto al estilo de afrontamiento que se centra en la emoción, consiste en que la persona realice esfuerzos que se enfocan en el malestar que la persona experimenta frente a la situación, en el aspecto comunicativo de sus emociones y de la misma situación estresante a otro sujeto. Es decir, la persona dentro de esta forma de afrontar, pasará por un proceso cognitivo, el cual tendrá como fin reducir el trastorno emocional mediante estrategias que son aceptación, negación,

distanciamiento, atención selectiva, minimización, comparaciones positivas, esto como un intento por manipular el problema.

Entonces la persona al evaluar la situación, toma consciencia de que no puede hacer nada para que sea distinta y por ello decide focalizar su atención en reducir el malestar haciendo manejo de sus emociones.

2.2.5.3 Teoría de Besabe, Paez y Valdoseda

Besabe, Paez & Valdoseda (1993) citados por Blanco, Rodríguez & Schneider (2010), propusieron la clasificación de las estrategias de afrontamiento en 6 dimensiones, en las cuales partieron de conceptos básicos como las confrontativas y evitativas, también del estilo cognitivo como el afectivo o instrumental.

A continuación, se explicará cada dimensión:

- a. Confrontación cognitiva: Consiste en que la persona se haga responsable y asuma la experiencia como una manera de desarrollo personal.
- b. Confrontación afectiva: Consiste en que la persona busque soporte para aliviar las emociones.
- c. Confrontación instrumental: Consiste en que la persona se proponga a realizar actividades centralizando los esfuerzos en la resolución del problema
- d. Evitación cognitiva: Consiste en que la persona niegue las experiencias especulando que no es posible hacer nada o imaginando que las cosas hubieran podido ser realizadas de otra forma.

- e. Evitación afectiva: Consiste en que la persona guarde o reprima sus emociones, de esta forma simulando no estar afectado.
- f. Evitación instrumental: Consiste en que la persona deje de realizar cosas que estén relacionadas con el problema y en cambio realice actividades de distracción como, por ejemplo: ver televisión y beber alcohol.

2.2.5.4 Modelo de Psicología de Control

Folkman & Creer (2000) y Taylor (1984) citados por Blanco, Rodríguez & Schneider. (2010), refirieron que en este modelo se resalta dos conceptos que se encuentran relacionados de forma directa con las estrategias de afrontamiento: el juicio de control y competencia personal. Entonces estas estrategias van a ser positivas según la percepción que tenga la persona, la cual va a consistir en que pueda ejercer control sobre su estresor, es por ello que se menciona la existencia de dos tipos de afrontamiento que puede ser pasivo o activo. En el caso de la persona con afrontamiento pasivo, ante una situación percibe que no puede tener el control y que solo puede conseguir adaptarse a la situación contraria, lo cual establece el empleo de estrategias de afrontamiento que se enfocan en las emociones, especialmente para aminorar o descartar las que son de tipo negativo; mientras que el afrontamiento activo se da cuando la persona percibe que puede lograr hacer una acción, así controlando la situación, lo cual beneficia la aplicación del empleo de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema. Cabe resaltar que la persona se esfuerza por cambiar o actuar frente al estresor,

además de buscar información acerca de la enfermedad y seguir el tratamiento o recomendaciones brindadas por los médicos.

Mellegard, Grossi y Soares (2001) señalaron que, aunque no se conste de una tendencia clara, los pacientes con fibromialgia mayormente emplean las estrategias pasivas comparadas con otros pacientes con dolor crónico.

Además, es pertinente señalar que Nicassio y Radojevic (1993) refirió que el afrontamiento interviene en los síntomas de la enfermedad, por ejemplo, el afrontamiento activo y los intentos de afrontamiento se relacionan de forma significativa con una percepción de intensidad del dolor más alta. Nicassio et. al. (1995), señaló que en los estudios de afrontamiento activo se involucra inevitablemente un aumento de la acción del paciente y esto conseguiría ampliar sus niveles de dolor.

Entonces Snow – Turek et al. (1996) indicaron que es posible mezclar tipos de afrontamiento activos y pasivos para que se pueda regular de forma excelente la adaptación en las personas con FM, sobre todo tomando en cuenta que ambos son constructos distintos, pero no polos opuestos de una propia dimensión.

2.3. BIENESTAR PSICOLÓGICO

2.3.1. Conceptualización

Muratori, Zubieta, Ubillos, González y Bobowik (2015) señalaron que, en un inicio, se realizaron estudios acerca del bienestar en la psicología, por ello Ryan y Deci (2001) distinguieron dos tradiciones: primero la tradición hedónica (en relación con la felicidad) y segundo la

tradicción eudemónica (en relación con el desarrollo potencial que tiene la persona). Luego Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) retomaron y ampliaron esta clasificación, pero hablando en términos de bienestar subjetivo y psicológico. Entonces ambos constructos, a pesar que estén relacionados, forman parte de diferentes facetas del funcionamiento psicológico positivo y, por lo tanto, del bienestar del sujeto.

Por otro lado, Díaz et al. (2006), citados por Vielma y Leonor (2010), señalaron que el bienestar psicológico subjetivo (BPS) es admitido desde la autoría como resultado de la unión entre dos tradiciones conceptuales que son las siguientes: primero, una tradición de tendencia hedónica (bienestar subjetivo) y segundo, sobre la tendencia eudamónica (bienestar psicológico) los cuales han sido mencionados anteriormente.

Ballesteros, Medina y Caycedo (2006), refirieron que el significado de bienestar psicológico básicamente está caracterizado por 3 dimensiones: en primer lugar, la dimensión subjetiva; segundo, la evolutiva; y tercero, la multidimensional. Además, están circunscritas las condiciones individuales y socioculturales que hacen que sea más fácil o difícil.

Además, cabe resaltar que Ryff (1989), citado por Muratori, Zubieta, Ubillos, González y Bobowik (2015) refirieron que los estudios acerca del bienestar psicológico básicamente se centran en las personas, en cuanto a su desarrollo personal, estilo y forma de afrontar los retos vitales y también con respecto al esfuerzo y afán por alcanzar metas.

Finalmente, según la Fundación Argentina de Fibromialgia Dante Mainieri (2016), señaló que el bienestar psicológico contiene dimensiones

sociales, subjetivas y psicológicas, además de comportamientos que se encuentran en relación con la salud de forma general que orientan a las personas a funcionar de manera positiva.

2.3.2. Autoconocimiento

Mestre (2013) refiere que para lograr superar una enfermedad requerimos el autoconocimiento (que es descubrir nuestros propios defectos psicológicos y valores que nos orientan a conocer nuestro espacio psicológico, además del micro – cosmos) y la comprensión (descarta el sufrimiento y nos aproxima a la verdad, por eso tenemos que iniciar dándonos cuenta acerca de nosotros mismos, viviendo nuestro presente, el aquí y ahora, tomando conciencia sobre nosotros).

2.3.3. Vehículo emocional

“¿Quién es el depositario de nuestras emociones? El Hígado. Las emociones son energía y a medida que van aumentando, el hígado ya no puede absorberlas y las revierte, en primer lugar, a la musculatura, los tendones y los ligamentos” (Mestre, 2013, p. 36).

Además, señala que la fibromialgia (FM) y el síndrome de fatiga crónica (SFC), son conocidas como enfermedad de las emociones, ya que tienen su origen en los pensamientos, por ello estos vienen a ser de gran importancia.

Mestre (2013) señala algunas recomendaciones que pueden ayudar a las personas a facilitar la vida, por tanto, señala que la mente tiene que apiadarse del cuerpo, lo cual lo lleva a indicar que la persona tiene que

ser consciente de sus limitaciones, dejar de controlar a los demás, ya que los demás no son en sí la prioridad en este momento. También señala la importancia de expresar las emociones y sentimientos, esto quiere decir que la persona diga lo que piensa aunque no le guste a los demás, asimismo, que la persona se encargue de buscar siempre su libertad e independencia; que diga no, sin sentirse culpable, ni ninguna duda, que viva su vida y deje que las otras personas vivan la suya, que reorganice su vida, cambiando su estructura psicológica de forma lenta y, finalmente, es crucial señalar que las herramientas principales son los pensamientos y emociones de los cuales se derivan, por ello no olvidar que en los pensamientos reposa nuestra felicidad y nosotros somos producto de la actitud positiva o negativa que adoptemos.

Estas recomendaciones las propone porque considera que aparece la enfermedad debido a una mala gestión de los pensamientos, emociones y acciones, entonces es importante que entendamos el error para así poder equilibrar la bioquímica del cuerpo y orientarnos a recuperar la salud.

2.3.4. Bienestar psicológico y emociones positivas en personas con fibromialgia

Autores como Molinari, Vizcaíno, Herrero, González, Agustí, García (2011), señalaron que las emociones positivas hacen referencia a la presencia de niveles de bienestar óptimos y la forma en cómo producirlos.

También estos autores citaron a Fredrickson (2001), quien propone que estas emociones positivas no solo poseen efectos positivos en la actualidad a través de momentos agradables, sino que son como facilitadores

por los cuales se puede conseguir el crecimiento psicológico y, a la vez, un mayor bienestar por un largo periodo.

Es por ello que este autor ha formulado en su *Teoría de ampliación y construcción de emociones positivas*, que estas hacen posible la instauración de recursos perdurables que, en comparación con las emociones negativas, pueden extender la recopilación de pensamientos y acciones.

Además, Folkman y Moskowitz (2000), refirieron que estas emociones positivas preparan a la persona para el afrontamiento y adaptación ante eventos que puedan ser estresantes, agudos y crónicos.

2.3.5. Modelos teóricos sobre bienestar psicológico

En primer lugar, se expondrá la teoría del Modelo de bienestar psicológico de Casullo, que es tomada en cuenta en la Prueba Bieps-A, bajo la cual el presente estudio se basa, posteriormente, se mencionará otras teorías referentes al bienestar psicológico.

2.3.5.1 Modelo de Bienestar Psicológico de Martina Casullo

Casullo (2002) refiere que el bienestar psicológico está relacionado con el valor del resultado obtenido con una establecida manera de haber vivido. Además, señala que el bienestar presenta variaciones significativas según la edad, sexo y cultura, lo cual ha sido comprobado en diversos estudios con población adulta, a través de su prueba Bieps – A que se basa en este modelo de bienestar psicológico, presentando dimensiones que a continuación se van mostrar:

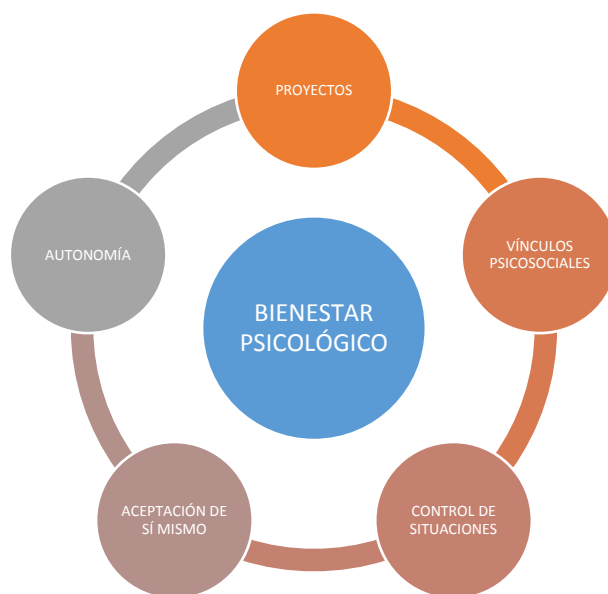


Figura 2: Modelo de Bienestar Psicológico de María Casullo. Referido por Casullo (2002).

El modelo expuesto, previamente, muestra las dimensiones, las cuales son definidas de la siguiente forma:

- **Autonomía:** Esta dimensión está constituida por la capacidad de la persona para tomar decisiones de manera independiente, confiando en su propio juicio y voluntad. Personas que tienen puntajes reducidos en esta dimensión suelen depender de otros para la toma de decisiones y se preocupan frecuentemente por los juicios que otros pueden tener acerca de sus ideas.
- **Proyectos:** Esto se encuentra en relación a la persona que presenta metas y proyectos en su vida, es decir, tiene las cosas claras, sabe lo que quiere hacer o por lo menos lo tiene en mente y se siente con la

capacidad para lograrlo; es por ello que asume valores que le dan tanto sentido como significado a su vida.

- **Vínculos Psicosociales:** Se refiere a que la persona presenta la capacidad para consolidar buenos vínculos con el resto de sujetos, es decir, esta persona tendrá como características para lograr ello, el ser cálido, mostrar confianza en el resto, ser empático y afectivo. Sin embargo, en el caso que la persona presente malos vínculos esto significaría que posee mínimas relaciones con el resto, que se siente aislado, frustrado e incapaz de poder consolidar relaciones basadas en el compromiso con el resto.
- **Control de situaciones:** Esta dimensión refiere que la persona presenta la sensación de control y auto competencia, es decir, que debido a su control puede crear o moldear contextos para adaptarlos a sus intereses o necesidades. En caso contrario que la persona presente una sensación de control baja, probaría que presenta dificultades con respecto al manejo de las cuestiones de su vida cotidiana y además que se cree incapaz para modificar el ambiente en función a las necesidades requeridas en el momento.
- **Aceptación de sí mismo:** Esto se refiere a la capacidad de la persona para aceptar distintos aspectos de su persona, ya sean buenos o malos, es decir, por ejemplo, con respecto al cuerpo que tiene, su forma de ser, sus errores y que puede repararlos o tratar de hacerlo. Entonces en el caso de una persona con una baja aceptación de sí mismo, significaría que no acepta ciertos aspectos de su persona, por ende,

anhela con ser distinto y se muestra desilusionado en cuanto a su pasado.

Cabe señalar que, las dos últimas (control de situaciones y aceptación de sí mismo) se encuentran determinados como un mismo factor dentro de la prueba.

2.3.5.2 Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico de Carol Ryff

Ryff (1989) citado por Rodríguez y Quiñones (2012) puso énfasis en el desarrollo de un modelo en el cual se aborde el bienestar psicológico (BP) que ha generado que sea más fácil realizar elaboraciones científicas con mayor rigurosidad, además llegó a definir el BP como el desarrollo de las capacidades y del crecimiento personal de cada individuo, en donde se muestra los indicadores de funcionamiento positivo y en cuanto a su intervención teórica se basa en seis dimensiones mediante las cuales se puede evaluar el continuo positivo o negativo de la persona. A continuación, se muestra una figura de su modelo.

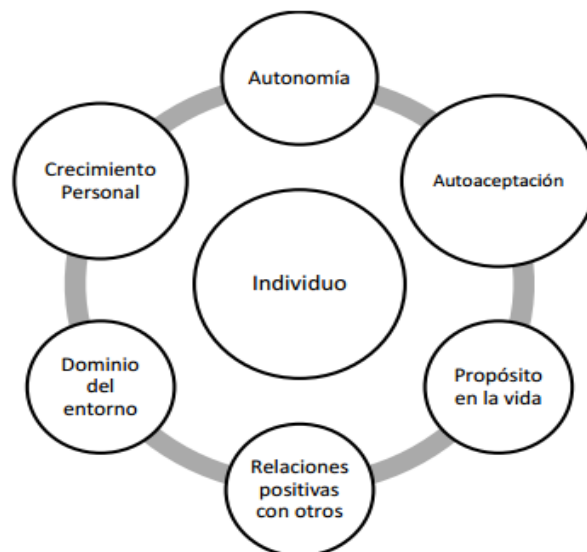


Figura 3: Dimensiones del modelo de bienestar propuesto por Ryff (1989). Referido por Ryff (1989) citado por Rodríguez y Quiñones (2012).

Con respecto al nivel de desarrollo en cada área o dimensión del modelo expuesto, cabe resaltar que no precisamente se da en paralelo en todo momento y que el modelo integra las fluctuaciones y diferencias que se dan en el proceso de maduración, lo cual lleva a la persona a identificar sus fortalezas en cada una de las áreas mientras desarrolla las otras.

Finalmente, es fundamental señalar que Ryff y Kelles (1995) citados por Marquéz & González (2012), con este modelo refieren que el significado o la experiencia subjetiva del bienestar varían a lo largo de la vida y también que depende un poco de las buenas relaciones que tenemos con los demás, como han aludido en las investigaciones ejecutadas con hombres y mujeres de diferentes edades.

2.3.5.3 Teoría de la Autodeterminación

Según Ryan y Deci (2000) citado por Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), refieren que en esta teoría se toma en cuenta la idea de la eudaimonia relacionada con la autorrealización debido a que lo ven como un aspecto central en cuanto al concepto del bienestar.

Entonces esta teoría tiene como base una de las premisas fundamentales del humanismo, en el cual se sustenta que el bienestar es esencialmente consecuencia de un trabajo psicológico recomendable. Es importante resaltar que en la teoría de la autodeterminación se certifica que el trabajo psicológico sano involucra una

apropiada satisfacción de tres necesidades psicológicas esenciales: la autonomía, competencia y vinculación; además de un sistema de metas tanto congruente como coherente.

Por otro lado, Lent (2003) citado por Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), refiere que en esta teoría las necesidades psicológicas principales propuestas concuerdan de forma casi exacta con tres de las dimensiones que conforman el modelo de Ryff: la autonomía, control ambiental y relaciones positivas con los otros, sin embargo, a nivel conceptual se hallan diferencias entre ambos modelos.

Además, según Ryan y Deci (2000) citados por Márquez y González (2012), mediante esta teoría de la autodeterminación se certifica que las personas logran ser proactivas y comprometidas o por el contrario bien inactivas, esto dependería mucho de la condición social en la cual se desarrollan y actúan. Entonces se señala que las personas adquirirían ciertas necesidades psicológicas innatas, las cuales serían la base de una personalidad automotivada e integrada y también los ambientes sociales promoverían u obstaculizarían estos procesos positivos, es decir, los contextos sociales que no proveen apoyos para resguardar las necesidades psicológicas de las personas ayudarían a la enfermedad de la persona.

También en esta teoría se habla acerca de la motivación que refieren que va dirigida al ejercicio y que se cambia con el tiempo, indicando que la relación entre los motivos para la práctica de ejercicio y bienestar psicológico pueden estar relacionados de forma estrecha, de esta manera podría ser posible predecir que la relación entre el bienestar psicológico difiere en base a los motivos de las personas para hacer ejercicio que pueden ser intrínsecos o extrínsecos, esto permitiría

diferenciar entre las personas involucradas por corto o gran tiempo. Por tanto, la relación entre los motivos intrínsecos y el bienestar psicológico pueden alcanzar a figurar más entre las personas que vienen haciendo ejercicio en un periodo largo de tiempo, es decir, seis meses o más.

De manera similar, se da la relación entre los motivos extrínsecos y un mínimo bienestar psicológico, que figura más en aquellas personas que han estado realizando ejercicio durante un periodo menor de tiempo, es decir, menos de seis meses.

Importante resaltar que estos resultados se asemejan a los hallados por distintos autores como Markland y Ingledew (1997), que citados por Márquez y González (2012), señalaron en conclusión que los motivos extrínsecos se hallan relacionados con un mínimo bienestar psicológico; en cambio, la motivación extrínseca dirigida al ejercicio está acompañada de un gran bienestar psicológico.

2.3.5.4 Teoría de la Psicología Positiva

Según Seligman (2002) citado por García (2014), la psicología positiva tiene como el más importante objetivo, comprender y facilitar tanto la felicidad como el bienestar subjetivo.

También refiere que clasifica las emociones positivas en tres clases: las relacionadas con el pasado, con el presente y con el futuro.

En el caso de las emociones positivas, que están asociadas con el futuro, contienen el optimismo, esperanza, seguridad, fe y confianza; las emociones positivas asociadas con el pasado son la satisfacción, realización personal, orgullo y serenidad, mientras que en el caso de las emociones positivas asociadas con el presente se divide en dos clases distintas: 1) los placeres (momentáneos) y las

gratificaciones (más duraderas). Acerca de los placeres, estos pueden ser ya sea corporales (se obtienen por los sentidos) y superiores (brotan de actividades más complicadas y contienen dicha, alegría, bienestar, éxtasis y entusiasmo).

Por otro lado, cabe resaltar que Valdez (1999) -citado por Pérez, Morales & Wetzell. (2002)- señala que, desde el punto de vista de la evaluación cognitiva y el afrontamiento en concordancia con las emociones y sus relaciones con el sistema inmune, refiere que podemos observar que las emociones experimentadas como positivas estarán producidas por la evaluación de una situación como provechosa; en cambio, las emociones experimentadas como negativas, debido a la valoración de una situación serán vistas como perjudicial, de pérdida o amenaza.

Por último, Rodríguez (1995) & Simón (1993), citados por Pérez, Morales & Wetzell. (2002), indican que, para compensar el malestar producido por una emoción desagradable, las personas poseen distintos mecanismos de control emocional. Es de esa forma que las personas pueden utilizar estilos de afrontamiento que cambien la situación que provoca la emoción (afrontamiento enfocado en el problema) o intentan disminuir la intensidad de dicha reacción emocional (afrontamiento enfocado a la emoción).

2.4. INVESTIGACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO

1. NACIONALES

Monroy, Méndez & Diestro (2018) realizaron una investigación descriptivo transversal, titulada “Características clínicas, epidemiológicas y de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un hospital nacional de Lima,

Perú". En dicha investigación se efectuó un muestreo por conveniencia, donde se entrevistó a 80 pacientes adultas que asisten al taller de psicología, en los meses de enero y febrero del 2018, que previamente las diagnosticaron con fibromialgia y son atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se utilizó la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) y el cuestionario de impacto de fibromialgia en español (S-FIQ). Los resultados encontrados fueron que 55 de los pacientes evaluados padecieron de algún tipo de violencia y 71 pacientes indicaron tener dolor musculoesquelético como principal síntoma. También se halló que el impacto en la calidad de vida de 60 de los pacientes fue moderado o severo. Por último, se encontró una asociación entre una severa afección de la calidad de vida y 2/3 de las pacientes que han padecido algún tipo de violencia, de las cuales 1/5 señala haber padecido violencia sexual.

Berrocal (2014) presenta un estudio de tipo descriptivo sobre la Fibromialgia como un diagnóstico que debe ser oportuno, en el cual se recopila diversa información respecto al diagnóstico. Donde es mencionada como una enfermedad que presenta la característica de dolor músculo esquelético crónico y, además, presenta una afectación, principalmente, en las mujeres que se sitúan entre los 30 a 50 años de edad, también se menciona a lo largo del estudio la fisiopatología, el cuadro clínico donde se alude que una de las características de la enfermedad es el dolor difuso que se relaciona con la fatiga, insomnio y depresión. Asimismo, la importancia de los criterios del ACR y el tratamiento para el manejo de la enfermedad, es decir, se expondrá la parte farmacológica y no farmacológica.

Por otro lado, León & Arias (2012) realizaron un estudio sobre los factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia en 100 pacientes mujeres mayores

de 14 años con dicho diagnóstico y con un dolor menor a 3 meses de duración que fueron atendidas entre los años 2011 – 2012 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Para ello utilizaron diversas pruebas, algunas de ellas fueron el cuestionario de calidad de vida, el cuestionario de ansiedad – rasgo (STAI), la escala de satisfacción con la vida (SWL), entre otros, y además se indagó acerca de las experiencias desfavorables de crianza que han tenido los pacientes en su vida pasada. Los autores indican por ello la importancia de rescatar las correlaciones de experiencias de maltrato y pruebas aplicadas con respecto al dolor que corroboran las investigaciones efectuadas con pacientes diagnosticados con fibromialgia. Por tanto, el maltrato psicológico vendría a ser un factor asociado con el diagnóstico de fibromialgia. Entonces los resultados del estudio revelan la mejoría en los pacientes con fibromialgia cuando se presenta la psicopatología relacionada con el progreso de la calidad de vida y satisfacción vital. Cabe señalar que las limitaciones del estudio fueron el tamaño muestral, que no hayan realizado un diseño caso-control, que no se consiguiera información adicional sobre la dinámica familiar y que no se hayan tomado en cuenta algunas variables clínicas como el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tiempo de dolencia, entre otros. Finalmente, llegaron a la conclusión que los pacientes con dicho diagnóstico, sufren de un dolor crónico severo y que el maltrato psicológico tiene gran repercusión sobre la enfermedad, por ello podría originarse trastornos emocionales, lo cual involucraría una inadecuada calidad de vida, por eso se tendría que realizar una terapia multidisciplinaria para estos casos.

Por otro lado, Zegarra (2014) planteó un estudio descriptivo sobre la vivencia con dolor crónico, en el cual tuvo como objetivo brindar un acercamiento

fenomenológico con respecto a la fibromialgia, la cual es una enfermedad que se caracteriza por presentar dolor crónico generalizado. En cuanto a su metodología de estudio, la realizó a través del método de conversaciones a profundidad, en donde examina la experiencia de los dos informantes que le narraron su experiencia cotidiana con el dolor. Luego de haber analizado los relatos de las informantes la autora llegó a la conclusión que para ellas transferir su experiencia de dolor a través del lenguaje es un gran reto, debido a la molestia que sienten y que es difícil explicar en palabras. Por ello es importante resaltar en este estudio, lo esencial que es el ser conscientes de la otra persona, de intercambiar y escuchar las diferentes experiencias de vida en las que podemos encontrar la sensación de vivir en un mundo compartido, es decir, sentir que formamos parte de una red muy extensa de relación en la que cada uno viene a ser significativo. Por último, podemos señalar que la tensión que se produce entre la experiencia íntima y el vivir en un mundo compartido, es algo que no debe anular el deseo que tenemos de comunicar nuestra experiencia al mundo que nos rodea, dicho en otras palabras, esto no debe limitarnos y, por tanto, debemos tener en cuenta que así la intersubjetividad se dé en situaciones como, por ejemplo, de dolor crónico, esto no asegura que el resto de las personas entiendan totalmente nuestra experiencia y empaticen con ella.

2. INTERNACIONALES

La investigación de los autores Gelves, Barceló, Orozco, Fabián & Allegri (2017) tuvo como objetivo identificar los síntomas afectivo-conductuales y las estrategias cognitivas de afrontamiento en la percepción de dolor que poseen los 64 pacientes con fibromialgia que acudían al Instituto Colombiano de Neuropedagogía

(34 pacientes con el diagnóstico y 30 sin ninguna patología). Teniendo en cuenta que es una enfermedad caracterizada por la presencia de síntomas como astenia, sueño no reparador, fatigabilidad, rigidez matutina, parestesias, mayores indicadores de estrés psicológico, alteraciones en el estado de ánimo, síntomas cognitivos y somáticos presentes de forma recurrente, síntomas de depresión y ansiedad (estos últimos asociados con un peor diagnóstico). En cuanto a la metodología, la investigación, se realizó mediante un diseño correlacional-causal, de corte transversal con análisis de casos y controles. Debido a ello, se contó con una muestra de 2 grupos de mujeres que fueron seleccionadas de forma intencional. Con respecto a los resultados del estudio, los autores hallaron que los pacientes con FM emplean la retirada social como estrategia de afrontamiento ante situaciones adversas, es decir, se distancian de familiares, personas significativas, mostrando así una tendencia hacia la evitación de situaciones de estrés, siendo este un recurso incorrecto. También, descubrieron una correlación positiva en los casos de FM, con respecto a la estrategia de resolución de problemas y los síntomas de ansiedad. Es decir, que, al intentar resolver el problema, esto podría ocasionarles incertidumbre, angustia, sea cual fuera el resultado. En cuanto a las estrategias mayormente empleadas por los pacientes con FM, fueron las de tipo pasivas y centradas en la emoción, es decir, la autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo y retirada social como ya se había mencionado, anteriormente. En estudios previos, han sido señaladas como causantes de cuadros clínicos de ansiedad, depresión y visión catastrófica de la situación. Los autores concluyeron que la relación de influencia entre los síntomas afectivo-conductuales con la percepción de dolor y las estrategias de afrontamiento, nos señalan que al identificar como amenazante la

situación (percepción de dolor), nos permite pronosticar la respuesta y el ajuste emocional ante esa experiencia. Esta respuesta se dará mediante el manejo de estrategias cognitivo-conductuales poco adaptativas centradas en la emoción.

Vásquez (2017) realizó una investigación de tipo cualitativa-descriptiva con diseño fenomenológico que tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales asociadas a la relación médico-paciente que poseen los 9 sujetos diagnosticados con fibromialgia en el proceso de afrontamiento de dicha enfermedad, residentes de Cali (Colombia) que alcanzaron un nivel de dolor medio y alto en el cuestionario breve para la evaluación del dolor que se les aplicó en un inicio. Luego el instrumento empleado fue una entrevista a profundidad que se enfocó en las categorías Proceso de enfermedad, Afrontamiento de la enfermedad y Relación médico-paciente. Cabe mencionar que la fibromialgia es una enfermedad con gran influencia en la calidad de vida de aquellos que la padecen, ya que les genera un dolor crónico generalizado y difuso, difícil de detectar mediante pruebas diagnósticas, lo cual genera incertidumbre en los pacientes y dificultad para conseguir un diagnóstico acertado. El autor concluyó que las experiencias percibidas por los pacientes cuando se encuentran en su proceso de diagnóstico y su sistema de salud influyen en las representaciones. De esa manera comienzan a formarse desde los primeros encuentros con el médico, partiendo del proceso de incertidumbre de la enfermedad. Debido a las dificultades con el diagnóstico y el transcurso del tiempo sin uno exacto, la relación termina por deteriorarse a causa de la insatisfacción de las expectativas esperadas por el paciente. Posteriormente, con el diagnóstico correcto el malestar incrementa, por la

poca información y la baja efectividad de los tratamientos, lo que genera cierta desconfianza de los pacientes hacia sus médicos.

Sanabria & Gers (2018) realizaron una investigación cualitativa de diseño fenomenológico interpretativo que plantea como objetivo comprender las implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida que presenta un grupo de 15 mujeres con el diagnóstico de fibromialgia seleccionadas de forma intencional con edades que oscilan entre los 23 y 60 años. Los resultados obtenidos por los autores revelan que la intensidad de los síntomas, la interferencia del dolor crónico en actividades diarias, las alteraciones emocionales y las cogniciones negativas tienen gran influencia en todos los ámbitos de la vida. Por ello, llegaron a la conclusión que la fibromialgia impacta en la calidad de vida de las personas que la padecen; sin embargo, la forma en que llegue a impactarles dependerá más de las estrategias de afrontamiento que de los síntomas de dicha enfermedad. Cabe mencionar que el entorno social facilita el desarrollo de estrategias activas para afrontar la enfermedad debidamente.

Por otra parte, Rocha, Amarís & López (2017) realizaron un estudio descriptivo que tuvo como objetivo reconocer el desarrollo a nivel teórico del perdón como una estrategia de afrontamiento que se basa en un enfoque cognitivo y a la vez plantear el modelo de la complejidad del perdón. Por ello, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, en la cual se encontró como resultado 204 publicaciones, donde 39 artículos pertenecen al área de la psicología que considera al perdón como estrategia de afrontamiento según la teoría del estrés y afrontamiento propuesta por Lazarus y Folkman (1986). En esa teoría señalan que el perdón emocional pertenece a una estrategia de afrontamiento centrada en la

emoción, del mismo modo podría ser instrumental como una estrategia centrada en el problema, por lo tanto, ellos crean las siguientes proposiciones teóricas: la falta de perdón es estresante, los mecanismos de afrontamiento también del perdón pueden disminuir la falta de perdón. El perdón disminuye el estrés de la falta de perdón y el perdón como estrategia de afrontamiento se encuentra en relación con la salud. Cabe mencionar que en diversos estudios se considera que la relación perdón – salud es unidireccional, ya que se ostenta los beneficios en la salud tanto física como mental al perdonar y sus consecuencias negativas relacionadas a la falta de perdón.

Puelles (2016) realizó un estudio con diseño de tipo transversal y descriptivo correlacional, no experimental que presenta como objetivo analizar la aceptación del dolor crónico como variable que prevé los niveles de ansiedad y depresión, calidad de vida y bienestar emocional de los sujetos con dolor crónico y el grado de dolor que padecen. El estudio fue aplicado a 40 sujetos entre 25 y 76 años, con dolor crónico pertenecientes a tres entidades y que tenían el diagnóstico de fibromialgia, artritis reumatoide y artrosis. El 62,5 % de la muestra tenía fibromialgia. En conclusión, el autor encontró que los sujetos que desarrollan aceptación y flexibilidad psicológica tienen mayor probabilidad de tener una mejor calidad de vida y sentir menos dolor. Por lo tanto, se recomienda contar con una mayor flexibilidad psicológica para de esa forma predecir un mejor bienestar emocional y mínimos niveles de ansiedad y depresión.

González, García & Botella (2014) llevaron a cabo un estudio experimental que tuvo como objetivo ahondar en los factores físicos y psicológicos que influyen en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con fibromialgia. La muestra

estuvo conformada por 63 mujeres con fibromialgia y 58 mujeres sanas. Los instrumentos empleados fueron la entrevista inicial sobre el estado de salud, la prueba de índice de calidad de vida, el inventario breve de dolor, el inventario breve de fatiga, el cuestionario de impacto de la fibromialgia, el cuestionario de salud, el inventario de depresión de Beck y el inventario breve de síntomas. Con respecto a los resultados, los autores encontraron que la calidad de vida apreciada por las pacientes con fibromialgia se presenta de forma significativa más baja en comparación con el grupo de controles sanos. Además, hallaron una peor calidad de vida percibida, la cual se encontraba relacionada con mayor intensidad e interferencia en la fatiga, dolor en las actividades, impacto de la fibromialgia y síntomas psicopatológicos.

García (2015) efectuó un estudio descriptivo-correlacional con el fin de realizar una descripción sobre las características de personalidad, estrategias de afrontamiento y el impacto en la calidad de vida del dolor percibido en un grupo de 47 pacientes con fibromialgia y observar si se hallaba relación entre estas variables. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de personalidad (NEO-FFI), el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico revisado (CAD-R) y el cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ). En base a los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión que la calidad de vida en las mujeres que padecen de fibromialgia será mejor si emplean la estrategia de distracción, en cambio sí se caracterizan por tener apertura a la experiencia, su calidad de vida se verá afectada y estará en peores condiciones. Además, con respecto a la estrategia de religión, su uso supondrá el hecho que la persona tenga una mayor capacidad y adaptación, a diferencia de la catarsis. Asimismo, cabe recalcar que las mujeres con el diagnóstico

de fibromialgia presentan altas puntuaciones en cuanto al neuroticismo, que viene a ser el rasgo más destacado en ellas.

García, González & Martínez (2016) presentaron una investigación descriptiva cuyo objetivo fue examinar la garantía terapéutica de la educación al paciente acerca del dolor, calidad de vida y funcionalidad de pacientes con fibromialgia en base a la información de ECA. Cabe señalar que dos revisores independientes analizaron la calidad metodológica del estudio empleando la escala PEDro. Los autores concluyeron que la educación dirigida al paciente con fibromialgia, si se da sola, no ha evidenciado ser efectiva frente al dolor, calidad de vida y funcionalidad. También que se encontró evidencia de forma moderada – fuerte con respecto a los efectos beneficiosos de la educación en el paciente con fibromialgia sobre el dolor y calidad de vida que esencialmente se ven afectados en ellos, entonces esto se puede dar a corto, mediano y largo plazo cuando se combina con ejercicio y a la vez con una intervención de afrontamiento activo para de esa forma tener un mejor control del dolor y a corto o mediano plazo en cuanto a la funcionalidad.

Mohamed, Yousfi & López (2012) ejecutaron un estudio descriptivo que tuvo como finalidad probar el efecto de dos programas de intervención acerca de la salud percibida y el impacto en un grupo de pacientes diagnosticados con fibromialgia. El estudio estuvo constituido por una muestra de 42 personas (22 pertenecían al programa Multidisciplinario y 20 al programa de Biodanza). Al finalizar la investigación, 17 de 22 participantes concluyeron la aplicación de las pruebas pautadas y del otro grupo solo quedaron 14 de 20 participantes. En cuanto a los instrumentos utilizados fueron el SF-36 Health Survey (SF-36HS), Fibromialgia

Impact Questionary (FIQ), Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), General Self-Efficacy Scale (ESES) y Rosenberg Self-Estem Scale (RSES). Con los resultados encontrados después de la ejecución de ambos programas concluyeron que es posible aplicar un tratamiento mediante la actividad física dirigida específicamente a pacientes con fibromialgia, teniendo en cuenta que estos programas puedan llevarse a cabo en un medio terrestre, acuático o combinándolos con programas educativos. Entonces es necesario realizar distintos programas de actividad física para que las personas con esta patología, ya no se vean tan afectadas y puedan realizar actividades cotidianas con normalidad, de esa forma mejorando su calidad de vida.

Muñoz (2015) en su estudio experimental propone diseñar un programa de intervención psicológica dirigido a pacientes con fibromialgia de la Unidad de Dolor de los centros Hospitalarios. El programa propuesto tuvo 16 sesiones (14 sesiones de terapia grupal y 2 sesiones individuales), en el cual se combinaron técnicas cognitivo-conductuales y las terapias de tercera generación, sobre todo el *mindfulness* y terapia de aceptación y compromiso; todo esto con la finalidad de optimizar la calidad de vida que tienen cada uno de ellos.

Es pertinente señalar que en este estudio se pretende promover una actitud activa por parte de los pacientes frente a las conductas de dolor, también incrementar sus expectativas de autoeficacia relacionadas con el tratamiento y estrategias de afrontamiento con dirección al control y manejo de toda la sintomatología de dolor que padecen en situaciones complicadas y ,por último, se quiere identificar, regular las emociones y cambiar los esquemas cognitivos de los pacientes por pensamientos positivos.

Entonces por lo mencionado, anteriormente, para manejar de forma psicológica el dolor en este programa se utilizan por ejemplo técnicas específicas como la relajación, respiración controlada, entre otras, para que con esto de cierta forma se pueda impulsar estrategias de afrontamiento que se encuentren más activas, ya que algunas de las cosas planteadas aquí es lograr finalmente en los pacientes con el diagnóstico un equilibrio ya sea tanto físico como emocional, una aceptación con respecto a sus limitaciones en cuanto a su funcionalidad y como ya se mencionó anteriormente un afrontamiento activo.

Martínez, Pina, Guillén, Bernal, García, Illán, Álvarez & García (2014) en su estudio de tipo descriptivo llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica con respecto al síndrome de fibromialgia juvenil. Por ello que al comienzo de este estudio describen brevemente información en relación al diagnóstico de fibromialgia, su conceptualización, epidemiología, criterios diagnósticos y tratamiento. Refieren que la fibromialgia es una enfermedad reumatológica que presenta una etiología desconocida la cual aqueja principalmente a las mujeres adultas, sin embargo, también se han encontrado casos en población infantil y adolescente, a pesar de ello, no se ha generado mayor interés con respecto a este síndrome en los menores. Los autores llegaron a la conclusión que hay insuficiente información acerca de la fibromialgia en cuanto a la infancia y adolescencia, lo cual produce dificultades en cuanto a su evaluación y diagnóstico, también para intervenciones más apropiadas. A pesar de ello en la revisión se encontró relación con respecto a los síntomas de dolor con una historia larga de abuso físico o sexual, lo cual fue corroborado por datos arrojados en un estudio de población adulta con fibromialgia, lo que nos lleva a sospechar que ellos han sido víctimas de abuso en su infancia. Esto quiere decir

que los descubrimientos indican el valor que tienen los aspectos tanto psicosomáticos de la enfermedad de fibromialgia como la influencia que puede tener en cuanto al desarrollo de los niños y adolescentes en su desajuste ya sea emocional, psicológico y social. Entonces los problemas diarios al parecer se correlacionan de forma negativa con la calidad de vida de los pacientes, lo cual es referido por otros estudios llevados a cabo en niños con enfermedades reumáticas.

Matalinares (2016) presentó una investigación sustantiva-descriptiva, con un análisis descriptivo, comparativo correlacional que tuvo como objetivo establecer la relación entre los modos de afrontamiento del estrés y el bienestar psicológico, para ello evaluó a 934 estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) y la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB). Con respecto a los resultados se encontró que existe una relación directa y significativa entre el modo de afrontamiento del estrés centrado en el problema y la emoción, y el bienestar psicológico, mientras que otros estilos de afrontamiento guardan una relación significativa, pero indirecta. En el análisis de correlaciones, se señaló que se obtuvo una relación significativa y directa entre los modos de afrontamiento del estrés y el bienestar psicológico en los estudiantes universitarios; así mismo, los modos de afrontamiento del estrés centrados en el problema y la emoción mantienen una relación significativa directa con las dimensiones de bienestar psicológico, mientras que el uso de otros estilos de afrontamiento guardan una relación significativa e indirecta con el bienestar psicológico.

2.5.DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

A. Estilos de afrontamiento

- a. Definición conceptual:** Carver, Scheir y Weintraub (1989), refiere que es una respuesta o conjunto de respuestas ante eventos externos que generan estrés o depresión en la persona que se encarga de elaborarlos de manera abierta o encubierta.
- b. Definición operacional:** Los estilos de afrontamiento se operacionalizarán a través de la aplicación del Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) – versión disposicional de Carver, Scheir y Weintraub, considerando que el estilo predominante es el que obtiene la puntuación más alta en comparación con los otros estilos.

B. Bienestar psicológico

- a. Definición conceptual:** Según Casullo (2002), refiere que el componente cognitivo del término satisfacción se llama bienestar, el cual viene a ser el resultado de todo el proceso de información que las personas ejecutan con respecto a cómo les fue o les está yendo en su vida.
- b. Definición operacional:** El bienestar psicológico será medido a través de la aplicación de la prueba Escala de bienestar psicológico (BIEPS-A), considerando de que existe un alto bienestar psicológico cuando se tiene una puntuación superior a 35.

Tabla 1

Matriz de operacionalización

Variables	Dimensiones e Ítems	Indicadores	Medición de Ítem	Medición de variable
Estilos de afrontamiento	Estilos de afrontamiento que se centran en el problema: 1,2,3,4,5,14,15,16,17 18,21,28,29,30,31,40,41 ,42,43,44.	Afrontamiento activo Planificación Supresión de actividades competentes. Postergación del afrontamiento Búsqueda de apoyo social - instrumental.	Escala tipo Likert	Ordinal Stevens (1957) citado por Orlandoni (2010) señala que la escala de medición ordinal es una variable cuantitativa que nos permite saber quién tiene más y quien tiene menos del atributo medido.
	Estilos de afrontamiento que se centran en la emoción.: 6,7,8,11,19,20,21,24,32, 33,34,37,45,46,47,50.	Búsqueda de apoyo social - emocional. Reinterpretación positiva y desarrollo personal. Aceptación. Acudir a la religión.		
	Otros estilos de afrontamiento: 9,10,12,13,22,23,25,26, 35,36,38,39,48,49,51,52 .	Focalizarse en las emociones y liberarlas. Negación. Renunciar al afrontamiento conductualmente. Reducir al afrontamiento mentalmente.		

Variables	Dimensiones e Ítems	Indicadores	Medición de Ítem	Medición de variable
Bienestar Psicológico	<p>Autonomía: 4,9 y 12.</p> <p>Vínculos psicosociales: 5,7 y 8.</p> <p>Proyectos: 1,3,6 y 10.</p> <p>Control de situaciones y aceptación de sí mismo: 2,11 y 13.</p>	<p>Bienestar General o disfrute. Salud física o Psíquica. Ausencia de problemas. Logro de objetivos. Buenos vínculos con otros.</p>	<p>Escala tipo Likert</p>	<p>Ordinal Stevens (1957) citado por Orlandoni (2010) señala que la escala de medición ordinal es una variable cuantitativa que nos permite saber quién tiene más y quien tiene menos del atributo medido.</p>

2.6. HIPÓTESIS

2.6.1. Hipótesis General

- Existe una fuerte relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de bienestar psicológico en los adultos con fibromialgia.

2.6.2. Hipótesis Específicas

- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.

- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Existe una fuerte correlación entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, es considerada de nivel básico, porque según Gómez (2006), refiere que este tipo de investigación tiene como propósito incrementar los conocimientos dentro de un área establecida de la ciencia; debido a ello no se manipularon las variables en estudio, por el contrario, se buscó generar conocimiento como lo señala el autor. En tal sentido, se empleó el cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) y la escala de bienestar psicológico (BIEPS – A), para de esa forma recolectar la información oportuna y obtener conclusiones para este trabajo.

Asimismo, esta investigación también es de tipo descriptiva, ya que según Rodríguez (2005) consiste en comprender la descripción, el registro, análisis e interpretación de la naturaleza de la población, la composición y los procesos de los fenómenos, personas o grupos.

Por consiguiente, en este estudio se trabajó ante las realidades de cada persona, y se analizó la relación entre dos variables en un grupo de personas; con un diagnóstico determinado y se las mediciones sobre las dos variables: estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación, según Salkind (1999), es correlacional, porque este tipo de investigación tiene más probabilidad para responder ante

preguntas que sean sobre la relación entre las variables o sucesos; es decir, se exploró las relaciones entre las variables, pero ello no implica necesariamente que una sea causante de otra. Asimismo, en este estudio se buscó identificar la relación entre las dos variables: estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con fibromialgia en un Hospital Nacional De Lima Metropolitana.

También, el presente estudio es de diseño transversal, que según Malhotra (2004), consiste en recolectar la información de la muestra o población en un solo momento.

3.3. NATURALEZA DE LA POBLACIÓN

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por mujeres, del área de psicología que son pacientes de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, que tienen la enfermedad de fibromialgia, que son un total de 80 personas adultas de sexo femenino con edades que oscilan entre los 20 y 80 años. Cabe mencionar que los participantes del estudio fueron la totalidad de pacientes diagnosticadas con fibromialgia que asistían a un taller realizado en el Hospital Nacional de Lima Metropolitana de marzo a noviembre del 2018.

Esta población se delimitó en función a la problemática identificada, debido a que las mujeres con fibromialgia suelen tener bajos niveles de bienestar psicológico y no van a poder superar dicha situación.

Por tal motivo, se trabajó con la totalidad de la población, debido a ello no hubo estrategia de muestreo y los datos fueron recolectados censalmente.

3.3.2. Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino diagnosticadas con fibromialgia que asisten al servicio de reumatología con edades que oscilan entre los 20 y 80 años.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Pacientes que no posean secundaria completa, debido a que presentarían dificultades durante la aplicación de las pruebas del estudio.
- Pacientes con una enfermedad adicional a la fibromialgia, es decir, enfermedades físicas.

3.3.4. Criterios de eliminación

- Respuestas incompletas en alguno de los instrumentos.

3.4. INSTRUMENTOS

3.4.1. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)

Ficha Técnica

I. Datos Generales:

- Título: Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)
- Autores: Carver, Scheier & Weintraub.
- Año: 1989
- Objetivo de la prueba: Evalúa lo que la persona constantemente hace en situaciones estresantes.

- Muestra: De 16 años a más.
- Forma de Aplicación: Individual

II. Sustento Teórico

Antecedentes – Modelo Teórico

Lazarus (1989) citado por Guevara, Hernández y Flores (2001), inicia las teorías interactivas y refiere que los sujetos efectúan tres evaluaciones frente al estrés: primero la evaluación primaria, donde se distingue un evento como amenaza (importante: lo cognitivo y emocional) y segundo una evaluación secundaria, donde se construyen las posibles respuestas frente al evento percibido como amenaza, basándose en sus propios recursos para afrontar la situación. Entonces el afrontamiento se da en la segunda evaluación, ya que el sujeto va a emitir una respuesta con el fin de aminorar o descartar el evento estresante; y con respecto al afrontamiento, consistiría en el proceso de ejecutar esa respuesta.

Entonces Casal (1991) citado por Guevara, Hernández y Flores (2001), indica que el enfoque de Lazarus es distinto de forma sustantiva de otros, debido a que le da un rol fundamental a los aspectos cognitivos.

Además Carver, tomando en cuenta el enfoque de Lazarus y Folkman (1984) por Belito, Fernandez, Sánchez y Farro (2014), indican que hay 3 escalas que evalúan los siguientes aspectos: primero, centrados en la solución del problema, en donde el sujeto se enfrenta a su problema, de esa forma maneja sus consecuencias y se adapta a la nueva situación de salud; segundo, el afrontamiento de tipo emocional, donde se reduce los sentimientos negativos, se mantiene el optimismo y la esperanza frente el proceso de la enfermedad ;y tercero, las respuestas menos

funcionales, en donde se valora la forma en que su nuevo estresor resulte convertirse en lo menos desagradable.

Entonces según Pérez, Morales y Wetzell (2002), después de haber descrito todo lo anterior es fundamental indicar que este cuestionario, también fue construido bajo el modelo teórico de autorregulación conductual de Bandura; incluso según los autores este cuestionario procura comprender áreas de afrontamiento que no fueron consideradas en el Inventario de Tipos de Afrontamiento, el cual fue llevado a cabo por Lazarus y Folkman en 1980; esta prueba fue adaptada por Casuso (1996) & Chau (1998), en una población universitaria limeña.

III. Descripción de la prueba

El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) es un instrumento que está conformado por 52 ítems, que presenta un formato tipo Likert y 13 sub-escalas (estrategias de afrontamiento); las cuales se concentran en 3 estilos más generales: la escala de estilos de afrontamiento que se centran en el problema, los estilos de afrontamiento que se centran en la emoción, y otros estilos de afrontamiento.

Cabe señalar que a través de este instrumento se pueden obtener las siguientes categorías: orientado al problema, orientado a la emoción y otros estilos.

IV. Propiedades Psicométricas

a. Normas:

La prueba contiene escalas, en las cuales se encontrará 4 ítems, que son calificados en base a una planilla.

Además, el instrumento presenta una escala tipo Likert, por lo cual cada ítem es puntuado de 1 a 4, según las respuestas que manifiesten, tendrán las siguientes equivalencias que se presentan a continuación:

Tabla 2

Valoración de las Respuestas del Cuestionario COPE

Respuesta	Puntaje
Casi nunca	1
A veces	2
Usualmente	3
Con frecuencia	4

Asimismo, es importante señalar que se suman los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas; de esta manera se tendrá una idea de la magnitud de la reactividad que se da en cada uno de los niveles, de tal forma que se puede determinar el nivel de afrontamiento que presenta una persona.

En cuanto a los puntajes más altos obtenidos en la escala, muestran que la estrategia de afrontamiento que se refiere a esa escala es mayormente utilizada; además, cabe señalar que en esta prueba no existe una puntuación global y que lanza puntuaciones de tipo ordinal.

Asimismo, Crespo & Cruzado (1997), refieren que es importante mencionar que, si el cuestionario se aplica de manera disposicional, como es en este caso; el sujeto debe de contestar haciendo referencia a cómo afronta normalmente las situaciones de estrés; en cambio sí se utiliza de modo situacional, la persona debe responder en base a si ha tenido alguna experiencia estresante en los últimos tres meses; entonces debe definirla y contestar refiriéndose a ella.

b. Validez y Confiabilidad:

Con respecto a la validez, Salazar (1992) y Sánchez (1993) citados por Guardia (2010), realizaron la validación y traducción del instrumento de manera disposicional en el Perú; en tal sentido este instrumento presentaría validez de contenido; debido al método de jueces, en el cual se vieron implicados los especialistas en la materia.

Posteriormente a su aprobación, se aplicó a 82 estudiantes universitarios de la ciudad de Lirna de una universidad privada y estatal; en cuanto a los datos que se obtuvieron fueron analizados a través de la estadística, estableciendo de esa manera la validez de constructo en la cual se realizó un análisis de ítems (ítem – test); y producto de ello se logró que los ítems construidos teóricamente, para que sean parte de una escala particular, se correlacionen de manera significativa con sus escalas y tengan índices superiores a 0.32; que nos indica la validez de los ítems.

En cuanto a la confiabilidad, se encontró la confiabilidad de consistencia interna (Alfa de Crombach), y los resultados obtenidos mostraron valores alfa de 0.43 para la sub – escala I, sub – escala II = 0.69, sub – escala III = 0.61, sub – escala IV = 0.11, sub – escala V = 0.13, sub – escala VI = 0.76, sub – escala VII = 0.38, sub – escala VIII = 0.54, sub – escala IX = 0.81, sub – escala X = 0.60, sub – escala XI = 0.61, sub – escala XII = 0.48 y sub – escala XIII = 0.56; además se formaron correlaciones entre las sub – escalas; y los resultados reflejan las correlaciones que pasan los valores de 0.42; excepto las correlaciones entre las sub – escalas I y XI (0.53), y VI (0.74), VI y X (0.55).

Asimismo, Ascencio (2015), refiere con respecto a la confiabilidad del test; que fueron calculados de dos formas: mediante el Alfa de Cronbach (consistencia

interna); con el cual se encontraron coeficientes que fluctúan entre 0.45 y 0.92 y a través del procedimiento test – retest (confiabilidad de estabilidad); se encontró un intervalo de 8 semanas entre las aplicaciones, hallándose valores que varían de 0.46 a 0.86.

3.4.2. Escala BIEPS – A (Adultos)

Ficha Técnica

I. Datos Generales:

- Título: Escala BIEPS – A (Adultos)
- Autora: María Martina Casullo
- Año: 2002
- Objetivo de la prueba: Evaluar el nivel de bienestar psicológico.
- Muestra: Adultos.
- Forma de Aplicación: Individual o colectiva.

II. Sustento Teórico

Casullo (2002), refiere que mayormente se encuentran investigaciones acerca del bienestar psicológico que no han tenido un marco teórico claro, para que los respalde. Por lo cual en este campo se cuenta con datos empíricos, pero con muy pocos modelos teóricos; que nos orienten hacia la construcción de los instrumentos y la interpretación de los resultados que forman parte de las investigaciones.

Además, cabe resaltar que los investigadores, suponen que el bienestar psicológico se operacionaliza mediante los índices de afecto, ya sea positivo o negativo; o las escalas unidimensionales de satisfacción, dejando de lado la

adjudicación de significado de los actos del ser humano, relacionados con el sentido de orden o coherencia para la existencia como persona.

Según Casullo y Castro (2000) citados por Casullo (2002), señalaron que para crear un instrumento que mida el bienestar psicológico tomaron como referencia las propuestas teóricas de Schmutte y Ryff.

Schmutte y Ryff (1997) citados por Casullo (2002), refieren que el bienestar se encuentra identificado con los afectos y la personalidad.

También Castro, Brenilla y Casullo (2002), refirieron que el bienestar psicológico se relacionó con otras variables como el temperamento, la felicidad y el SOC (que muestra como un sujeto tiene recursos para enfrentarse a las demandas del medio); es decir, vendría a ser esto como la variable afrontamiento.

Asimismo, Ryff aporta una propuesta interesante debido a que vincula las teorías del desarrollo humano óptimo, funcionamiento mental positivo y teorías del ciclo vital.

Por tanto, para la autora, el bienestar implica variaciones en función a la edad, sexo y cultura.

III. Descripción de la Prueba

La Escala de Bienestar Psicológico es un instrumento constituido por 13 ítems, en los cuales se consideran las siguientes dimensiones: autonomía (capacidad que tiene la persona para actuar de forma independiente, asertiva y confía en su juicio); vínculos psicosociales (calidad de las relaciones personales, lo cual implica que para tener buenos vínculos con los otros, se debe presentar calidez, confianza y

empatía); proyectos (metas y proyectos que la persona ha planteado para su vida); aceptación de sí mismo (bienestar acerca de aspectos de sí mismo); y control de situaciones (sensación de control y autocompetencia, es decir, la persona puede crear o formar contextos para adaptarlos a sus necesidades e intereses de sí mismo).

Además, con este instrumento se puede obtener las categorías alto, bajo y medio.

- Proceso de puntuación, calificación e interpretación

Casullo (2002) citada por Páramo, Straniero, García, Torrecilla y Escalante (2012), refirió que los ítems pertenecientes a la escala se encuentran redactados en forma directa; lo que permite obtener una puntuación total de la suma de las puntuaciones determinadas a cada ítem.

En cuanto a la puntuación global, es decir directa, se tendrá que transformar a percentilares.

También, cabe indicar, que las puntuaciones que lanza la prueba, son de tipo ordinal.

Con respecto a la interpretación de la escala, por ejemplo, en caso de obtener puntuaciones menores al percentil 25, se considera que la persona tiene un bajo nivel de bienestar psicológico en muchas de sus áreas vitales; mientras que si se presenta un nivel de bienestar psicológico promedio se verán puntuaciones superiores al percentil 50; lo cual revela que el sujeto se siente satisfecho en diferentes aspectos de su vida. Sin embargo, también es importante señalar que en caso de que las puntuaciones correspondan al percentil 95, eso demostraría un alto nivel de bienestar psicológico; esto quiere decir que el sujeto se siente bastante satisfecho con su vida en general.

III. Propiedades Psicométricas

En Argentina, Cuba, España y Perú se han realizado diversas investigaciones con la finalidad de estudiar el bienestar psicológico en la población adolescente; sin embargo, también se realizó un estudio en la población adulta, en residentes en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense y Lima – Perú, en estudiantes universitarios.

a. Normas

En la prueba se encuentran 4 ítems para cada una de las dimensiones, de esa forma el contenido de cada una reflejara las dimensiones del bienestar psicológico, además el formato de respuesta para cada ítem es en una escala de Likert donde se encuentra 3 opciones de respuesta, que son las siguientes:

Tabla 3

Valoración de las respuestas de la Escala BIEPS – A

Respuestas	Puntaje
En desacuerdo	1 punto
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2 puntos
De acuerdo	3 puntos

Referido por Casullo (2002).

Tabla 4
Percentiles en la Escala BIEPS – A

Percentil	Puntaje Directo
5	28
25	33
50	35
75	37
95	39

Referido por Casullo (2002).

b. Validez y Confiabilidad

Domínguez (2014), primeramente, empleó el método de muestreo intencional, para conformar la muestra de su estudio, para que con esta pueda probar en cuanto a la validez del instrumento en Perú, que se utilizó la validez de constructo, para la cual se hizo análisis de ítems, en donde se encontró que los ítems de la escala presentan correlaciones, entre ítem – total que van desde .664 hasta .894; lo que reflejaría una elevada homogeneidad de la prueba.

También, con respecto a la confiabilidad, se encontró el coeficiente de consistencia interna de la escala completa y subescalas; como elevado, y para darle más fuerza a este aspecto según Merino (1969) y Lautenschlager (2003) citados por Domínguez (2014), refirió que se comparó el alfa de Cronbach (consistencia interna) de las Escalas totales, con el propósito de encontrar diferencias significativas entre ellos a través del método Feldt.

Por tanto, según los resultados obtenidos por el método de chi – cuadrado = 479.0941; $gl = 1$; $p < .0001$, se llegó a la conclusión que la escala tiene menor confiabilidad para los adultos argentinos, que puede deberse al tamaño de muestra que emplearon para un rango de edad tan grande.

Entonces, es pertinente resaltar que, en la validez del instrumento en Argentina, según Casullo (2002), se utilizó la validez de constructo para ejecutar un análisis factorial de los componentes importantes, con una rotación varimax de sus elementos. Además, el proceso se realizó de manera reiterada suprimiendo en cada paso los ítems que tengan un peso similar en más de un factor. En tal sentido, la solución factorial final estaba conformada por 4 factores que explicaban el 53 % de la varianza de las puntuaciones; asimismo, los factores que fueron encontrados a través de este análisis son proyectos, autonomía y vínculos.

En cuanto al factor control de situaciones, que surgía de manera discreta con la aceptación de sí mismo, configuran un mismo factor; y con respecto a la confiabilidad, se encontró que los coeficientes de confiabilidad se presentan algo bajos; debido a que se supone que este efecto no está tan relacionado con la homogeneidad de las dimensiones, sino por el contrario con el reducido número de elementos por cada subescala con la que cuenta; esto es debido a la confiabilidad total de la escala, en la cual se encontró que es aceptable y que alcanza valores de 0,70. A pesar de ello, los valores resultarían, si tomamos en cuenta cada una de las escalas por separado; ya que como se mencionó anteriormente, cada subescala se encontraba conformada por muy pocos elementos; es decir en cuanto a la dimensión de proyectos = 0,59, en autonomía = 0,61, en vínculos = 0,49 y en control / aceptación = 0,46.

También es importante rescatar que la prueba de bienestar psicológico, presenta una validez convergente y concurrente; para ello se realizó un estudio correlacional con el listado de síntomas SCL - 90 - R, en el cual se encontró en todos los casos correlaciones negativas y a la vez significativas de forma estadística

a excepción de dos escalas (fobia e ideación paranoide). Asimismo, el bienestar psicológico fue relacionado con la escala de satisfacción vital, que trae como resultado mayor, satisfacción con la vida en general y en cada una de las áreas vitales por parte de los jóvenes; esto quiere decir que se consiguieron correlaciones positivas, pero no tan altas como se esperaba (0,20 – 0,30)

3.5. PROCEDIMIENTO

- Primero se solicitó la revisión metodológica en la facultad de psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Se inscribió el proyecto en el SIDISI y el trabajo fue enviado al comité de ética de la Universidad.
- Se obtuvo la carta de aprobación del comité de ética de la Universidad y se empezó con las coordinaciones correspondientes con el Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
- Se presentó la investigación al comité de ética del hospital, luego se obtuvo el permiso para realizar la investigación en dicha institución.
- Se captó a la población con ayuda de la psicóloga del hospital que se encargaba de trabajar con estos pacientes, a los cuales invitaba a su taller de fibromialgia.
- Se entregó a los pacientes los consentimientos informados antes de aplicar los instrumentos con el fin de informarles acerca de los beneficios que tendrían por participar en el estudio.

- Luego se recogieron los consentimientos y al ser aprobados por los participantes, se dio inicio a la recolección de datos mediante los instrumentos de la investigación que fueron una ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) y la Escala de bienestar psicológico (BIEPS-A).
- Se realizó la corrección de los instrumentos y los resultados fueron codificados en una base de datos para la confidencialidad de los participantes.
- Finalmente, se analizó los resultados obtenidos tomando en cuenta la información del marco teórico e investigaciones, para después estructurar las conclusiones y recomendaciones.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Colegio de Psicólogos del Perú (2017), señala en el código de ética y deontología, que el psicólogo debe respetar la vida y desarrollo de la persona humana. Es por ello la importancia de seguir los principios y valores éticos. Cabe mencionar que dentro del código de ética y deontología toman en cuenta los principios establecidos en el informe de Belmont (1979). A continuación, se detallarán los principios:

Beneficencia: Este principio consiste en buscar el bien para la persona y prevenirlo de cualquier daño. Por ello, en este caso a los pacientes con fibromialgia, se les informó cuales serían los beneficios de participar en el estudio y posibles riesgos, debido a lo mencionado se cuidó en todo el proceso la confidencialidad de los datos de los participantes.

Autonomía: Consiste en respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones en base a la razón y a sus creencias. Por lo tanto, es necesario que los pacientes del estudio en este caso cuenten con la información correcta que se les brinda detalladamente en el consentimiento informado, acerca del propósito de la investigación, objetivos, beneficios, riesgos. Esta información es un derecho de los pacientes para que puedan de forma autónoma tomar la mejor decisión.

No Maleficencia: Consiste en evitar que se produzca cualquier forma de daño a las personas. Debido a ello, se cuidó en todo momento la participación de los pacientes del estudio, respetando la integridad física y psicológica de cada uno de ellos.

Justicia: El principio consiste en no discriminar a ninguna persona y por el contrario tratar con igualdad a todos. Por ello en este caso el investigador se aseguró que todos los participantes del estudio puedan beneficiarse de él.

3.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se procedió a corregir todos los datos de los instrumentos aplicados, es decir del Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) y de la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS – A).

Luego los resultados obtenidos en las pruebas fueron almacenados en una base de datos y algunos de ellos fueron trasladados a un programa estadístico.

Después, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (ver en anexos) con la finalidad de identificar el tipo de distribución, obteniendo así la existencia de una distribución normal para la Escala de Bienestar Psicológico y para cada una de las dimensiones del Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE). Por lo tanto, se escogió

usar la estadística paramétrica, teniendo en cuenta que para el objetivo general se utilizó el análisis de correlación múltiple porque se buscaba correlacionar un grupo de puntuaciones (estilos de afrontamiento) con una puntuación (bienestar psicológico), en cambio para los objetivos específicos se encontró que existía una correlación No Lineal en algunas relaciones entre los Estilos de Afrontamiento y las dimensiones del Bienestar Psicológico.

Cabe señalar que una correlación no lineal es aquella en la cual no siempre se mantiene en la misma dirección la correlación, por ello se trabaja por tramos, donde hallamos en algunos casos que cuando una variable aumenta, la otra también aumenta, pero en otros tramos cuando una variable aumenta, la otra disminuye.

Tabla 5
Criterios de Cohen

Coeficiente	Tipo de correlación
$r = 1$	correlación perfecta
$0.8 < r < 1$	correlación muy alta
$0.6 < r < 0.8$	correlación alta
$0.4 < r < 0.6$	correlación moderada
$0.2 < r < 0.4$	correlación baja
$0 < r < 0.2$	correlación muy baja
$r = 0$	correlación nula

Por último, para la interpretación de los coeficientes de este estudio se utilizaron los criterios de Cohen con el fin de establecer la fuerza de la correlación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se empezará presentando los resultados descriptivos:

Tabla 6

Nivel de bienestar psicológico en adultos con fibromialgia en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alto	21	26,3
Promedio	17	21,3
Bajo	42	52,5

Se puede observar en la Tabla 6, que se realizó un análisis de frecuencia, el cual indica los niveles de bienestar psicológico de acuerdo a la frecuencia y porcentaje de los adultos con fibromialgia de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Entonces mediante esta tabla se puede observar que el 52, 5 % de los pacientes con fibromialgia del hospital ostentan un nivel bajo de bienestar psicológico, es decir, no se sienten muy satisfechos con su vida en general, por diversos factores, como su entorno, su salud, el cual repercute en sus vidas, en distintos aspectos como la forma de interactuar, su estabilidad, equilibrio, autonomía, debido a que es una enfermedad que termina siendo invalidante para aquel que lo padece, lo que genera que tengan limitaciones, pérdida de su independencia, problemas en el ámbito psicosocial y autoestima. En otras palabras,

es tanto el impacto de la enfermedad en los pacientes que afecta en todas las dimensiones de su bienestar psicológico como se puede ver en la mencionada tabla. También, encontramos una cantidad de pacientes evaluados que exhiben un nivel de bienestar psicológico promedio que representa un 21,3% de la población evaluada para este estudio. A consecuencia de que su bienestar psicológico se sitúa dentro de lo normal, ya que no se aíslan totalmente de los demás, su autoestima no es tan baja y ven la forma de resistir y solucionar los conflictos presentados en el entorno.

Así mismo, encontramos otro grupo de pacientes con fibromialgia que muestran un nivel de bienestar psicológico alto que representa un 26,3% de la población estimada para la investigación. De manera que es importante mencionarlo ya que es una cifra que nos demuestra que hay varios pacientes que, a pesar de estar sufriendo la enfermedad, pueden sentirse bien consigo mismos, con el resto de personas, con diversos aspectos de su vida a nivel global y presentan mayormente emociones positivas. Lo mencionado anteriormente, nos indica que son personas que poseen una buena calidad de vida, manteniendo un estado psicológico, cognitivo, emocional y social adecuado.

Tabla 7

Estilo de afrontamiento predominante

		Frecuencia
Válido	Dirigido al problema	11
	Dirigido a la emoción	53
	Otros estilos	17
	Dirigido al problema y dirigido a la emoción	2
	Total	80

Mediante la tabla 7, se puede observar que 53 de los pacientes con fibromialgia del hospital que representan la mayoría utilizan con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción. Es decir, las personas de este grupo tratarán de buscar el apoyo moral, la empatía, la comprensión del resto de personas, en algunos casos se apoyarán en su religión, se mostrarán más optimistas ante los problemas y siempre buscarán sacar un aprendizaje de lo sucedido. También, 17 de los pacientes evaluados muestran su preferencia por utilizar con mayor frecuencia los otros estilos de afrontamiento, es decir las personas de este grupo se enfocarán en las consecuencias negativas del problema, para luego expresar sus emociones con total apertura con el fin de liberarse, en algunos casos dejaron de esforzarse por sus metas a raíz del problema u optaran por realizar numerosas actividades que los entretengan. Así mismo, encontramos un grupo de 11 pacientes con fibromialgia que optan por emplear con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento dirigidos al problema, es decir, ellos pensarán la mejor forma de manejar el problema, en algunos casos esperarán el momento adecuado para actuar o buscarán los consejos

de otras personas para solucionar el problema. Por último, en la tabla se ostenta un grupo de 2 pacientes que utilizan con mayor frecuencia tanto los estilos de afrontamiento dirigidos al problema como los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción.

Tabla 8

Puntaje máximo y mínimo del Bienestar Psicológico

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
PT_TOT_BPSIC	80	19	39	33	4,931
N válido (por lista)	80				

A través de la tabla 8, se puede observar que el puntaje máximo del bienestar psicológico es 39. Es decir que los pacientes con fibromialgia que tengan el puntaje máximo se ubicarán en un nivel alto de bienestar psicológico, es decir se encontraran satisfechos y agradecidos con la vida. Asimismo, el puntaje mínimo del bienestar psicológico es 19, es por ello que los pacientes del estudio que cuenten con el puntaje mínimo se situarán en un nivel bajo de bienestar psicológico, por lo cual los pacientes se sentirán desmotivados con la vida.

A continuación, se presentarán los resultados de la investigación que tuvo una medición cuantitativa de las variables de investigación, debido que a través de ella se puede obtener mayor información para el estudio, a diferencia de una medición cualitativa. Se comenzará con el objetivo general, presentando los resultados referidos a la relación entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico de los pacientes con fibromialgia y luego se procederá con los objetivos específicos.

Cabe señalar que se trabajó en este estudio con puntuaciones y no con dimensiones o niveles porque las puntuaciones tienen más información, debido a ello se podría ganar mayor validez interna.

Asimismo, es importante mencionar que para el objetivo general se utilizó el coeficiente de correlación múltiple y para los objetivos específicos el coeficiente de correlación no lineal.

Tabla 9

Coefficiente de correlación múltiple entre las variables: estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

Coefficiente de correlación múltiple (r)
0.521

Con respecto, al objetivo general como se describe en la tabla 9, se utilizó el coeficiente de correlación múltiple, mediante el cual se obtuvo el valor de correlación (r) de 0.521, lo cual indica que la intensidad de la relación entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico en los pacientes con fibromialgia es moderada.

Los resultados señalan una relación de intensidad moderada entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico de los pacientes con fibromialgia del Hospital Nacional de Lima Metropolitana. Esto significaría que, al producirse cambios en los pacientes con respecto a sus estilos de afrontamiento, estos se acompañarán de ciertos cambios en cuanto a su bienestar psicológico. Es decir que

los cambios en los estilos de afrontamiento en los pacientes con fibromialgia se acompañarán de algunos cambios en el bienestar.

En la figura 4, se muestran los resultados obtenidos según el cuarto objetivo de la investigación. Se observa que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja ($.184$). Por ello, cuando las personas tengan puntuaciones bajas en los estilos de afrontamiento centrados en el problema, a medida que se incrementan, las puntuaciones en la dimensión autonomía del bienestar psicológico disminuyen. Lo cual, significa que cuando las personas que no emplean actividades de forma directa empiezan a hacerlo acrecentando sus esfuerzos para reducir el estrés, su autonomía disminuye.

De manera que presentan una menor seguridad para tomar decisiones por sí solos, preocupándose por lo que comenten los demás de ellos. En el mismo gráfico puede observarse que cuando las puntuaciones en el estilo de afrontamiento centrado en el problema son medios y altos, a medida que se incrementan estas puntuaciones, la dimensión de autonomía del bienestar psicológico también se incrementa.

Esto significa que a raíz que las personas empiezan a planificar, analizar y ejecutar las acciones para resolver los problemas que generan estrés, su autonomía se incrementa mostrando mayor seguridad en la toma de decisiones y sin preocuparse de lo que comenten sobre ellos.

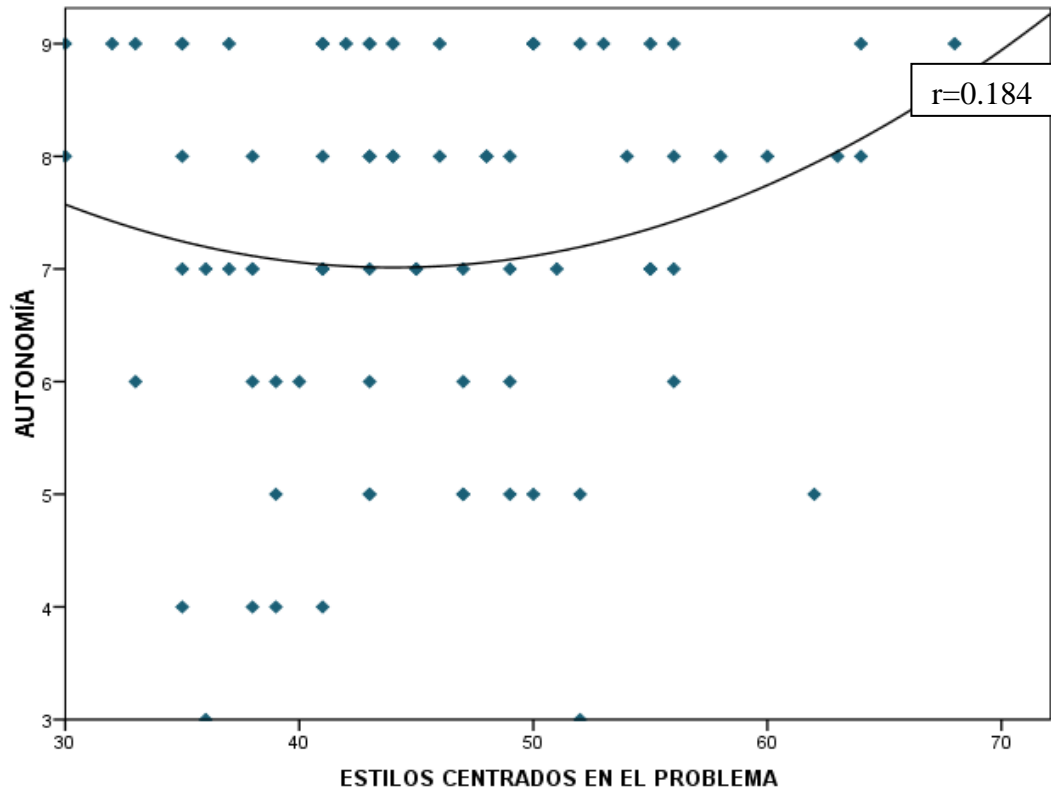


Figura 4: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y las puntuaciones de la dimensión de autonomía.

En la figura 5, también con respecto al cuarto objetivo del estudio, se puede observar que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja (,207). En dicha figura puede apreciarse que cuando las personas cuentan con puntuaciones bajas en los estilos de afrontamiento centrados en el problema a medida que se incrementen, las puntuaciones en la dimensión vínculos psicosociales del bienestar psicológico se verán disminuidas.

Es decir que cuando las personas no se concentran en resolver lo ocurrido, ni en dar propuestas de soluciones alternativas para dar fin al problema, al empezar a hacerlo sus vínculos psicosociales disminuyen. Esto se refleja en ellos porque cuentan con pocas relaciones, no pueden mantener compromisos con el resto de

sujetos, a causa de ello se sienten frustrados y se aíslan. En el mismo gráfico puede observarse que cuando las puntuaciones en los estilos de afrontamiento centrados en el problema son medios y altos a medida que se incrementan estas puntuaciones, del mismo modo se incrementan las puntuaciones en la dimensión vínculos psicosociales del bienestar psicológico.

Por tal motivo, a medida que estas personas examinan varias posibilidades para dar solución al problema y abordan las situaciones estresantes de forma directa, sus vínculos psicosociales se incrementan orientándolos a ser personas cálidas, empáticas, afectivas con la capacidad de confiar y establecer buenos vínculos.

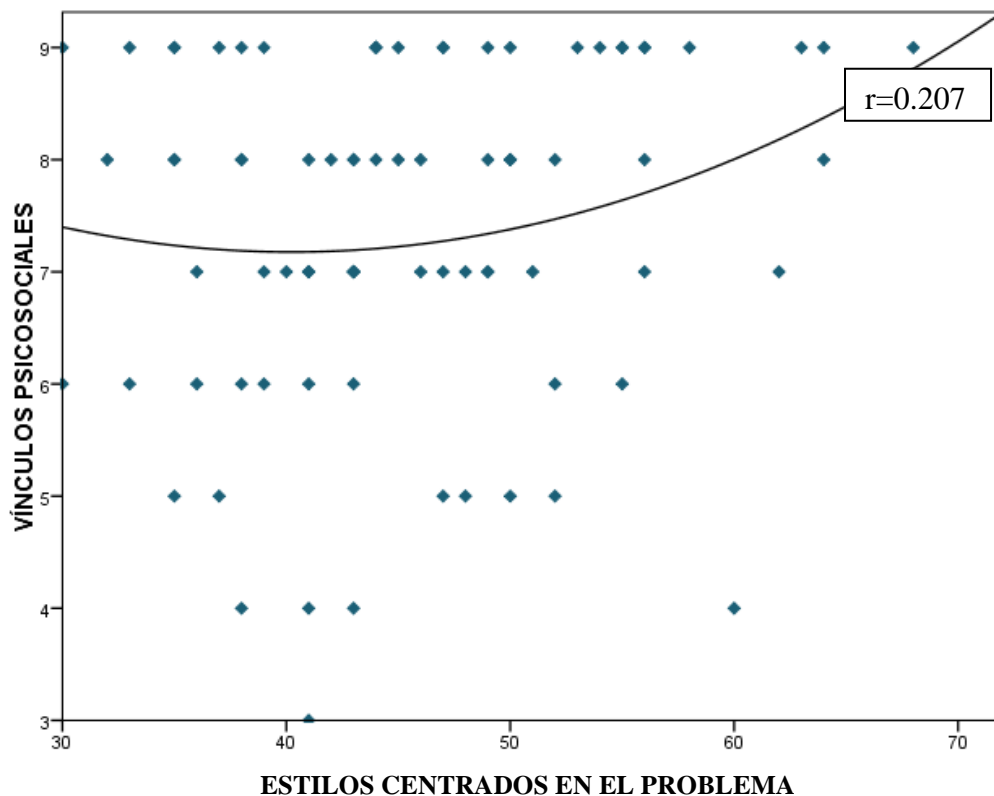


Figura 5: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de vínculos psicosociales.

Asimismo, en la figura 6 se muestran los resultados obtenidos en el cuarto objetivo de la investigación. Se observa que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad muy baja ($.167$). Por lo tanto, cuando las personas presentan puntuaciones bajas en los estilos de afrontamiento centrados en el problema a medida que se incrementen, las puntuaciones en la dimensión proyectos del bienestar psicológico disminuyen. Significa que cuando las personas empiezan a tomar con mayor frecuencia nuevas alternativas para resolver la situación problemática, sus proyectos disminuyen.

Esto se refleja en pensamientos negativos, falta de confianza, pocas metas y proyectos a futuro.

En el mismo gráfico puede observarse que cuando las personas cuentan con puntuaciones medias y altas en los estilos de afrontamiento centrados en el problema al incrementarse generan que las puntuaciones en la dimensión proyectos del bienestar también aumenten.

Es decir que a medida que las personas se preocupen por analizar correctamente la situación y examinar numerosas posibilidades para dar fin al acontecimiento, los proyectos aumentan porque las personas contarán con metas y proyectos en la vida, y considerarán que la vida tiene un significado con valores importantes.

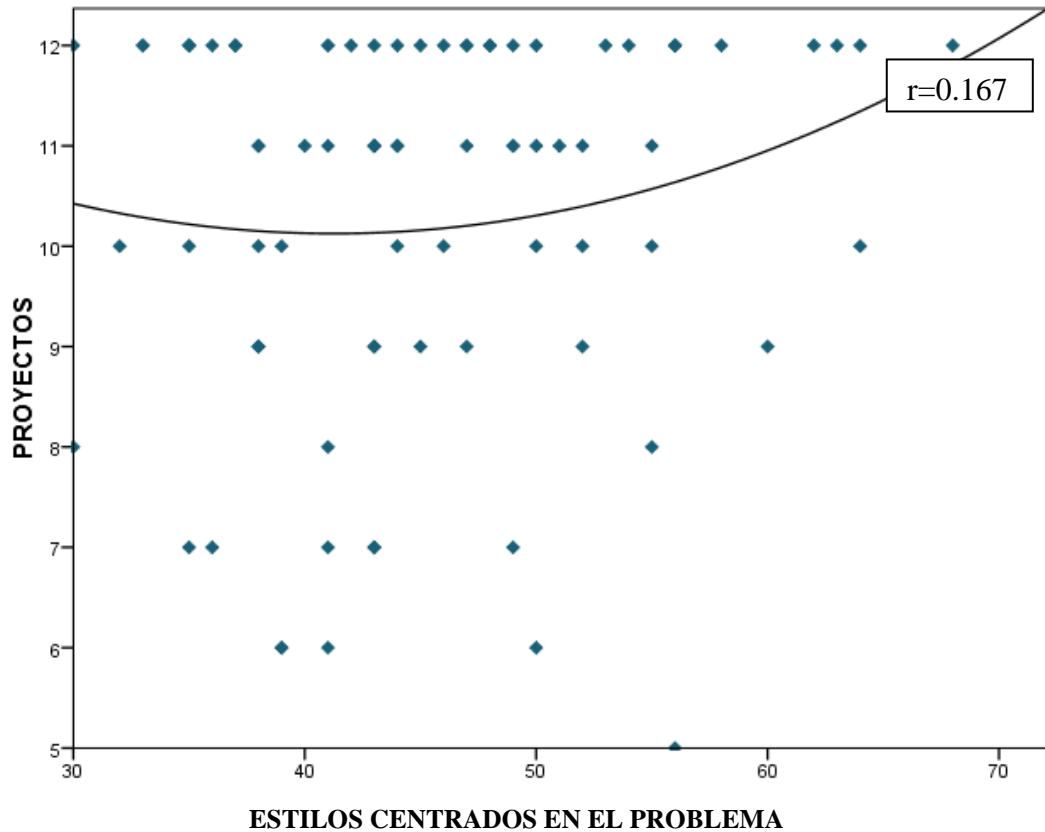


Figura 6: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y las puntuaciones de la dimensión de proyectos.

En la figura 7, con respecto al cuarto objetivo, se puede observar que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad muy baja ($r=0.176$). Por ello, puede apreciarse que cuando las personas tienen puntuaciones bajas en los estilos de afrontamiento centrados en el problema a medida que se incrementan, las puntuaciones en la dimensión control y aceptación del bienestar psicológico disminuyen. Es decir que a medida que las personas empiezan a actuar de forma directa ante la situación problemática, el control y aceptación disminuye generando que sean personas ineficaces con poca tolerancia para manejar y resolver bien las situaciones. En el mismo gráfico puede observarse que cuando las personas tienen

puntuaciones medias y altas en los estilos de afrontamiento centrados en el problema a medida que incrementan, las puntuaciones en la dimensión control y aceptación del bienestar psicológico también aumentan. Es decir, que cuando las personas ejecutan un análisis exhaustivo de la situación y toman en cuenta múltiples opciones para su solución, al darse ello incrementan su control y aceptación, mostrándose empoderados, autocompetentes con el control y la capacidad suficiente para manejar el contexto y acomodarlo según sus propias necesidades.

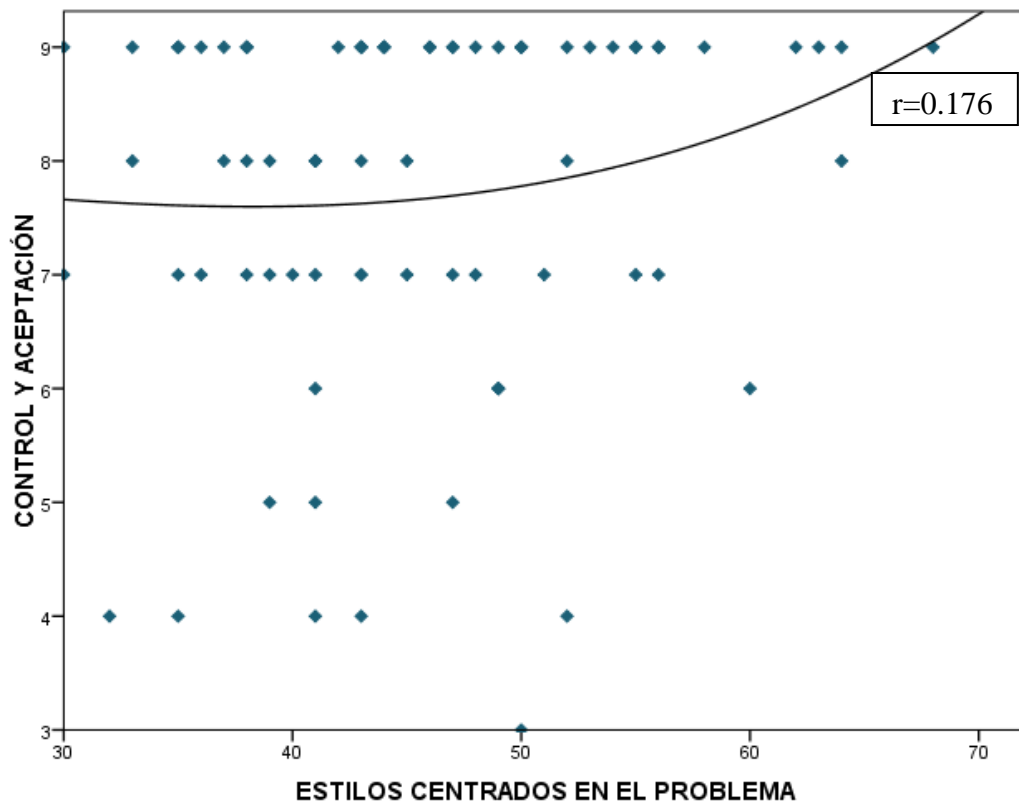


Figura 7: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en el problema y las puntuaciones de la dimensión de control y aceptación.

En la figura 8, se muestran los resultados conseguidos según el quinto objetivo del estudio. Se aprecia que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja ($,336$). En dicha figura se observa que independientemente de las

puntuaciones que se obtengan en los estilos de afrontamiento centrados en la emoción siempre que estas puntuaciones se incrementan la dimensión autonomía también será aumentado.

Significa que cuando las personas realizan reinterpretaciones positivas de las situaciones que les genera estrés y aceptan las situaciones estresantes sus puntuaciones en la dimensión autonomía del bienestar psicológico se incrementan generando en las personas mayor seguridad para tomar decisiones por sí solos y menor preocupación por los juicios de las personas acerca de ellos.

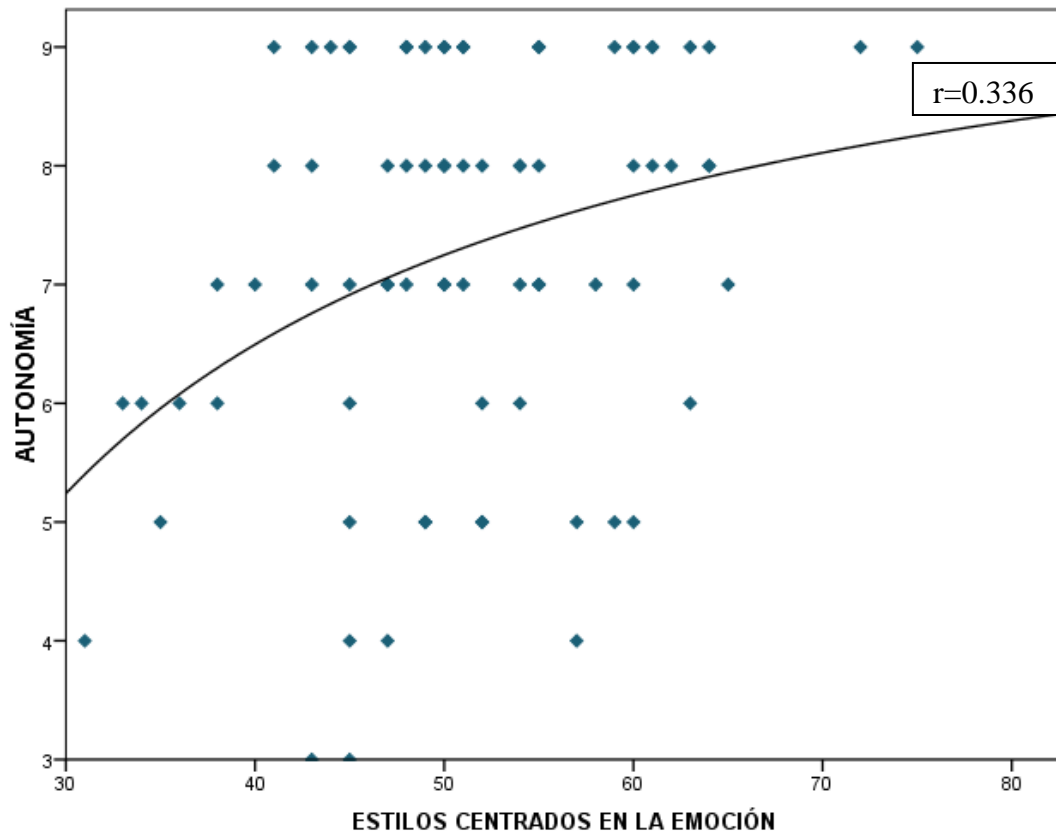


Figura 8: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de autonomía.

En la figura 9, referida al quinto objetivo de la investigación, se aprecia que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja ($r=0,253$). En dicha figura se observa que independientemente de las puntuaciones que se obtengan en los estilos de afrontamiento centrados en la emoción siempre que estas puntuaciones se incrementan, la dimensión vínculos psicosociales también será incrementada.

Es decir que cuando las personas ante lo sucedido busquen apoyo emocional de otros sus puntuaciones en la dimensión vínculos psicosociales del bienestar psicológico se incrementan, por ello serán personas auténticas con facilidad para comunicarse y relacionarse adecuadamente, demostrando sensibilidad social y empatía.

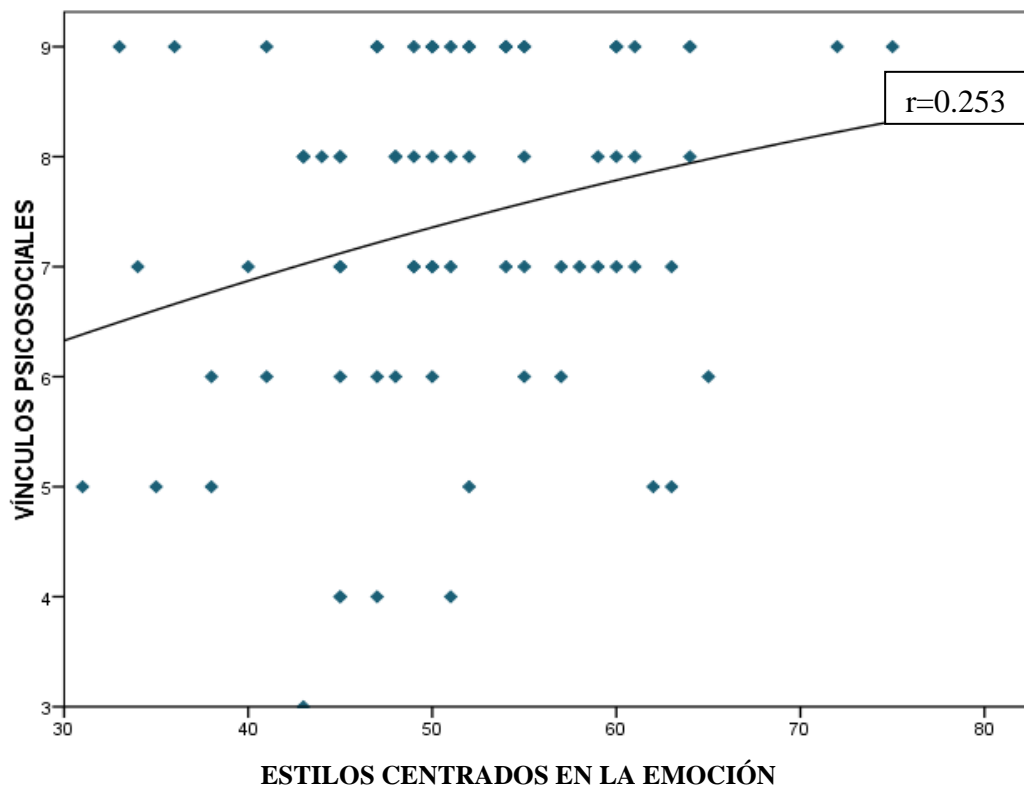


Figura 9: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de vínculos psicosociales.

En la figura 10, referida al quinto objetivo del estudio, se aprecia que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja (.212). En dicha figura se observa que cuando las personas tienen puntuaciones bajas y medias en los estilos de afrontamiento centrados en la emoción a medida que se incrementan, las puntuaciones en la dimensión proyectos del bienestar psicológico aumentan.

Es decir que cuando las personas empiezan a focalizar su atención en reducir el malestar para un buen manejo de sus emociones, sus proyectos incrementan porque poseen metas claras, se muestran optimistas, proactivas y con mentalidad positiva. En el mismo gráfico puede observarse que cuando las personas tienen puntuaciones altas en los estilos de afrontamiento centrados en la emoción a medida que se incrementan, las puntuaciones en la dimensión proyectos del bienestar psicológico disminuyen.

En otras palabras, cuando las personas cuentan con la capacidad de evaluar, reflexionar y regular sus emociones, sus proyectos disminuyen por los constantes pensamientos negativos.

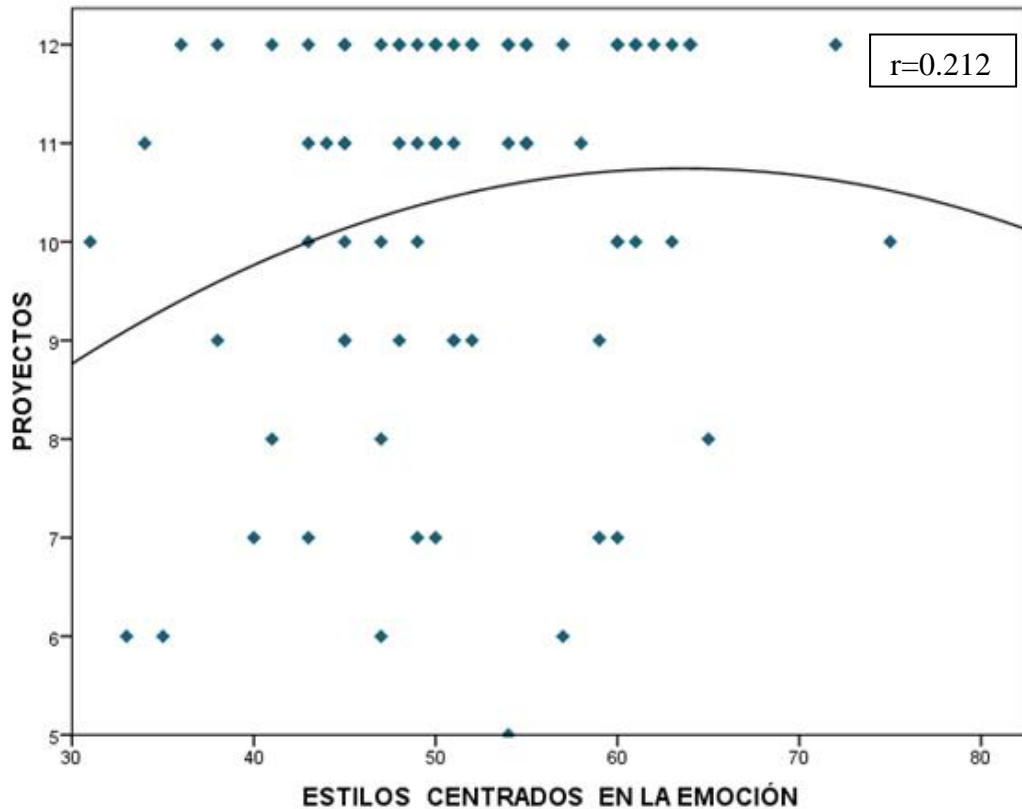


Figura 10: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de proyectos.

En la figura 11, referida al quinto objetivo de la investigación, se aprecia que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja ($,303$). En dicha figura se observa que independientemente de las puntuaciones que se obtengan en los estilos de afrontamiento centrados en la emoción siempre que se incrementen, la dimensión control y aceptación también será incrementada. Es decir, que a medida que las personas ante la situación problemática acudan en busca de apoyo, de soporte emocional, al darse esto se incrementa el control y aceptación porque son más conscientes de la situación y creen tener el control total para manejar cualquier problema que suceda en su vida diaria.

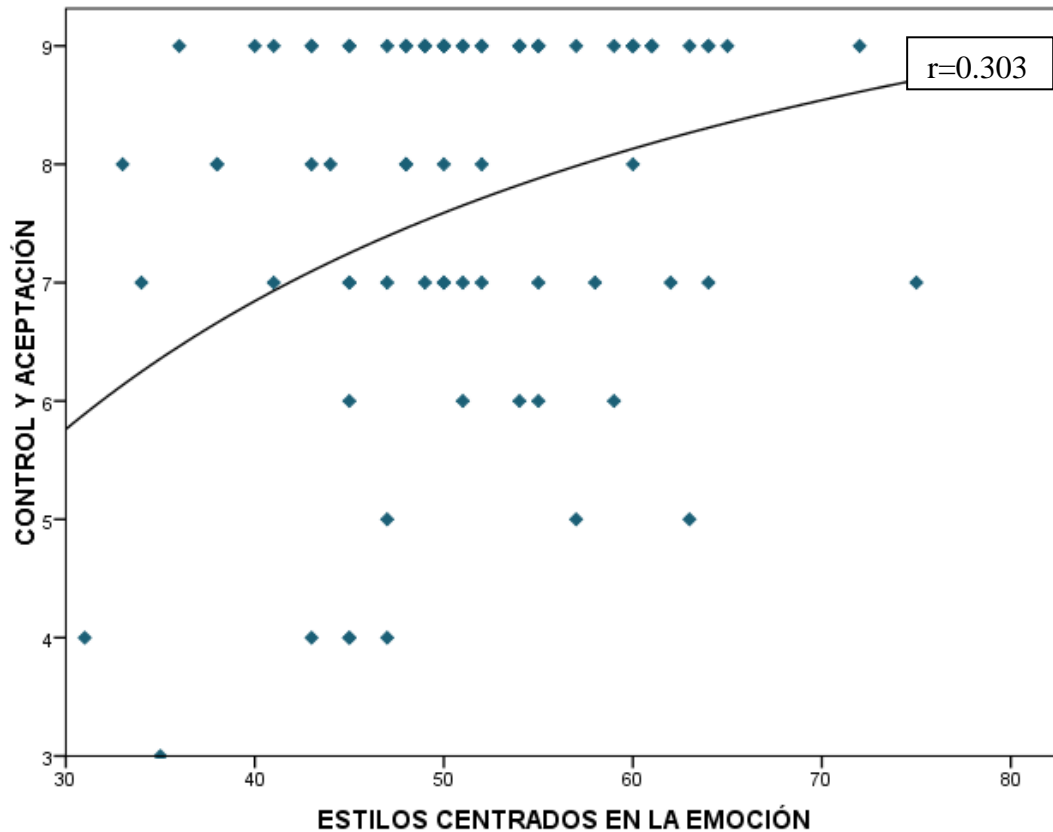


Figura 11: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las puntuaciones de la dimensión de control y aceptación.

Con respecto al sexto objetivo, en la figura 12 puede apreciarse un coeficiente de correlación de intensidad muy baja ($r=0.161$). Se observa que cuando las personas tienen puntuaciones bajas y altas en otros estilos de afrontamiento a medida que incrementan, las puntuaciones en la dimensión autonomía del bienestar psicológico disminuyen. Significa que a medida que estas personas usan la negación, rechazando la existencia del estresor o centran su atención en situaciones ajenas al problema para olvidar lo sucedido sus puntuaciones en la dimensión autonomía del bienestar psicológico tienen tendencia a disminuir, porque presentan una menor seguridad para tomar decisiones por sí solos y se preocupan de lo que piensan sobre

ellos. En la misma figura, se observa que cuando las puntuaciones son medias en otros estilos de afrontamiento, las variaciones en estas puntuaciones no se acompañan de variaciones en las puntuaciones de la dimensión autonomía del bienestar psicológico.

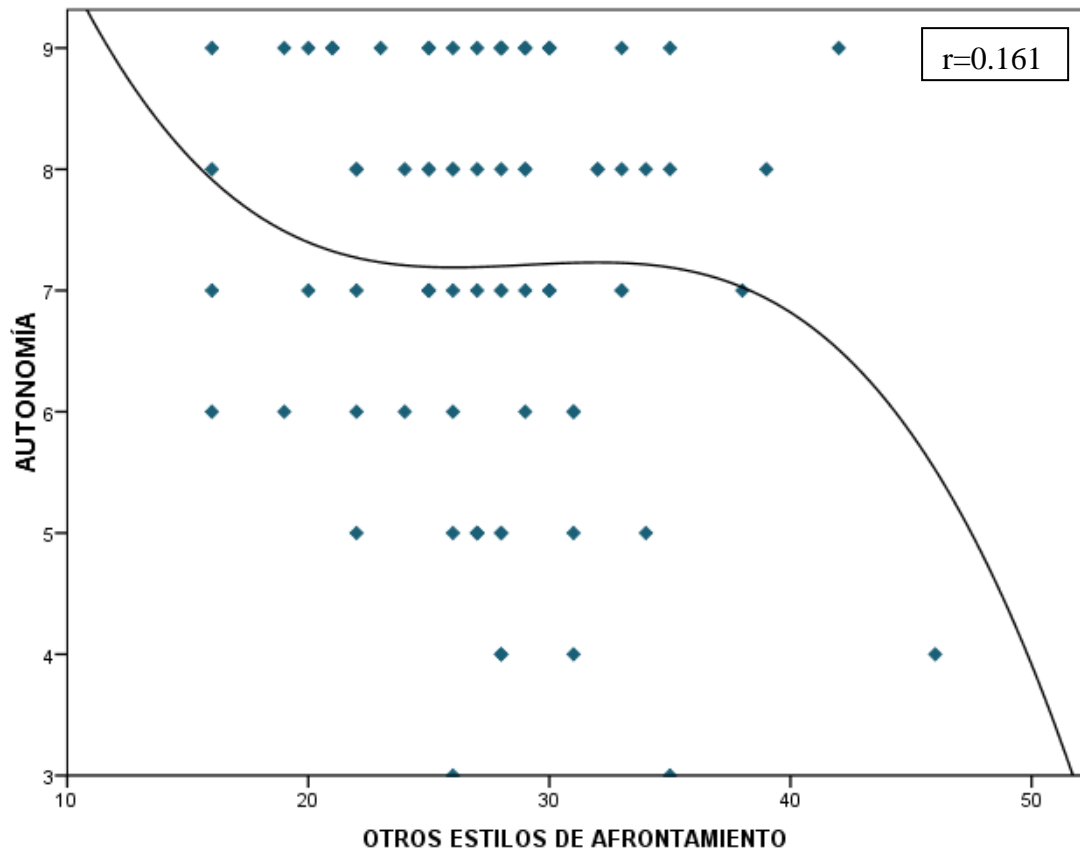


Figura 12: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de autonomía.

Con respecto al sexto objetivo en la figura 13 puede apreciarse un coeficiente de correlación de intensidad baja ($,292$). En la cual puede observarse que cuando las personas poseen puntuaciones bajas y altas en otros estilos de afrontamiento a medida incrementan, las puntuaciones en la dimensión vínculos psicosociales del bienestar psicológico tienen tendencia a disminuir. Esto significa que cuando las

personas evitan los problemas, distrayéndose de diversas formas sus puntuaciones en la dimensión vínculos psicosociales del bienestar psicológico disminuyen porque serán personas autónomas con relaciones deficientes y una conducta impulsiva.

En la misma figura se observa que cuando las puntuaciones son medias en otros estilos de afrontamiento las variaciones en estas puntuaciones no se acompañan de variaciones en las puntuaciones de la dimensión vínculos psicosociales del bienestar psicológico.

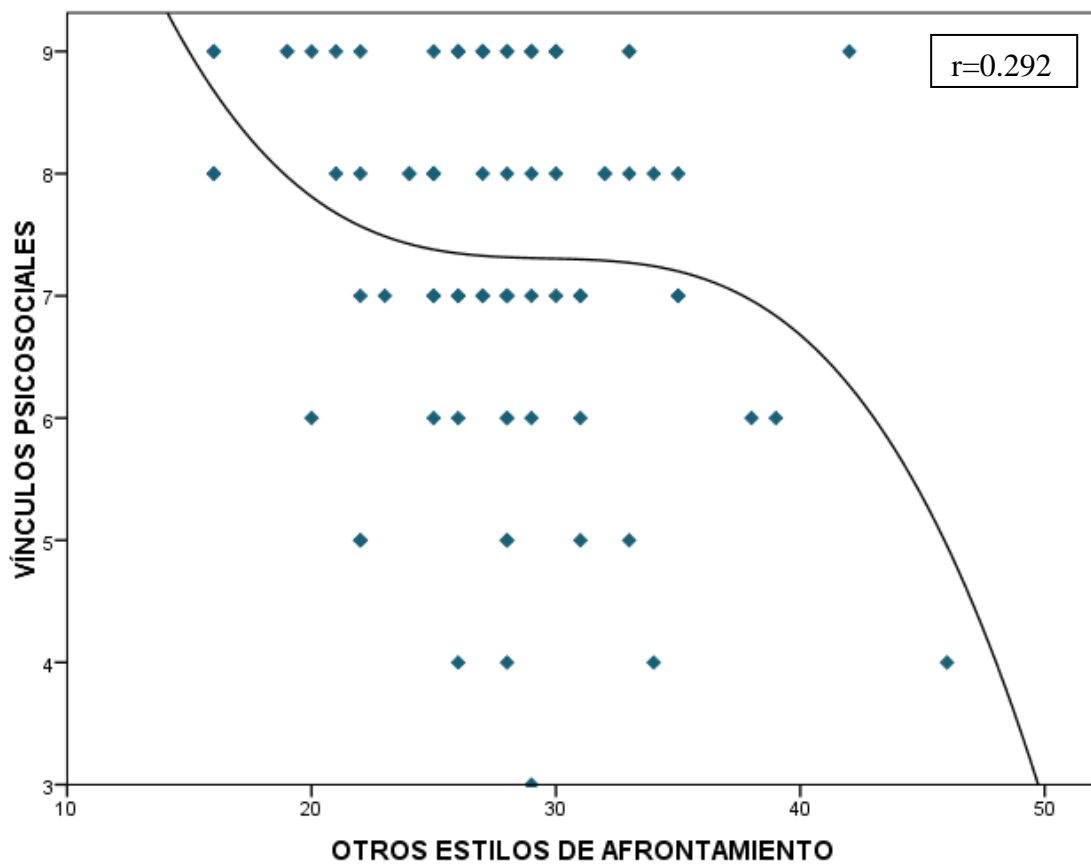


Figura 13: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de los otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de vínculos psicosociales.

En la figura 14 referida al sexto objetivo se aprecia que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja ($r=0,270$). En dicha figura se observa que cuando las personas tienen puntuaciones bajas en otros estilos de afrontamiento a medida que se incrementan la dimensión proyectos del bienestar psicológico también aumentará. En otras palabras, a medida que las personas empiezan a emplear formas de distracción, sus proyectos incrementan mostrándose resilientes, dispuestos a aprender, crecer, avanzar y con una mente abierta ante las posibilidades y oportunidades.

En el mismo grafico puede observarse que cuando las puntuaciones son medias y altas en otros estilos de afrontamiento a medida que se incrementan, la dimensión proyectos del bienestar psicológico tiene tendencia a disminuir. Es decir, que cuando las personas se enfocan solamente en distraerse de cualquier manera, sus proyectos disminuyen, por ello tendrán pocas metas a futuro.

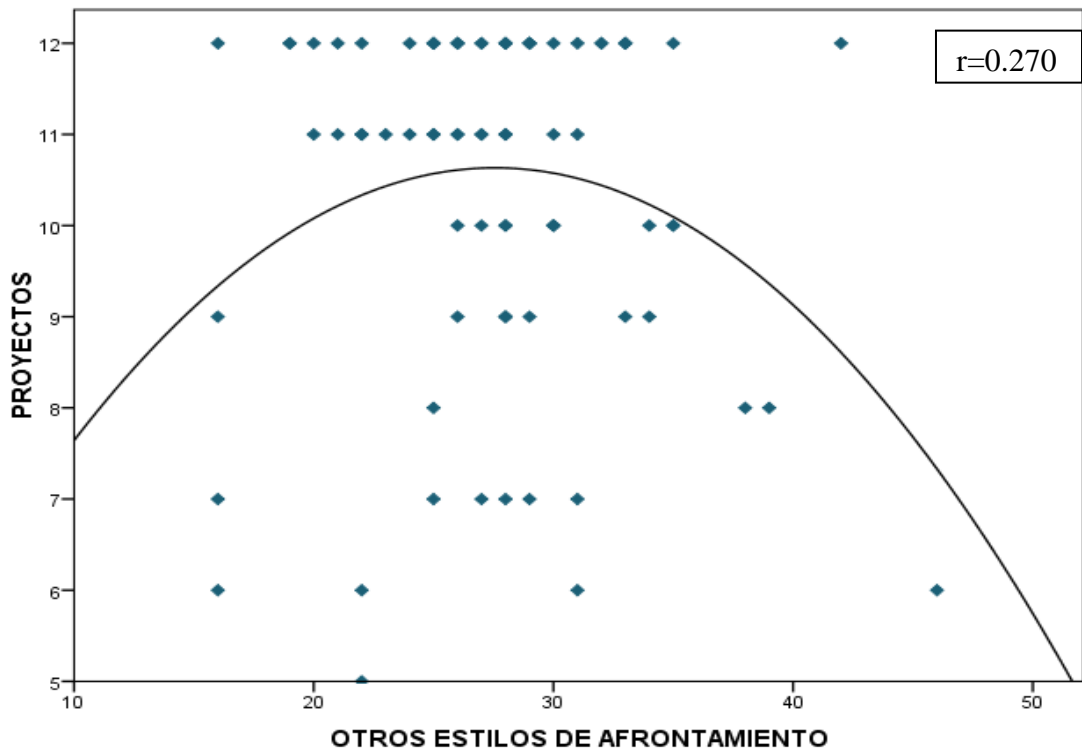


Figura 14: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de proyectos.

En la figura 15, referida al sexto objetivo se aprecia que el coeficiente de correlación obtenido es de una intensidad baja ($r=0,286$). En dicha figura se observa que independientemente de las puntuaciones que se obtengan en los otros estilos de afrontamiento siempre que incrementen las puntuaciones en la dimensión control y aceptación se verán disminuidos. Esto nos indica que a medida que las personas realizan formas de distracción para aminorar el impacto producido por la situación problemática, el control y aceptación tiene una tendencia a disminuir; porque asumirán una baja tolerancia para manejar y resolver la situación.

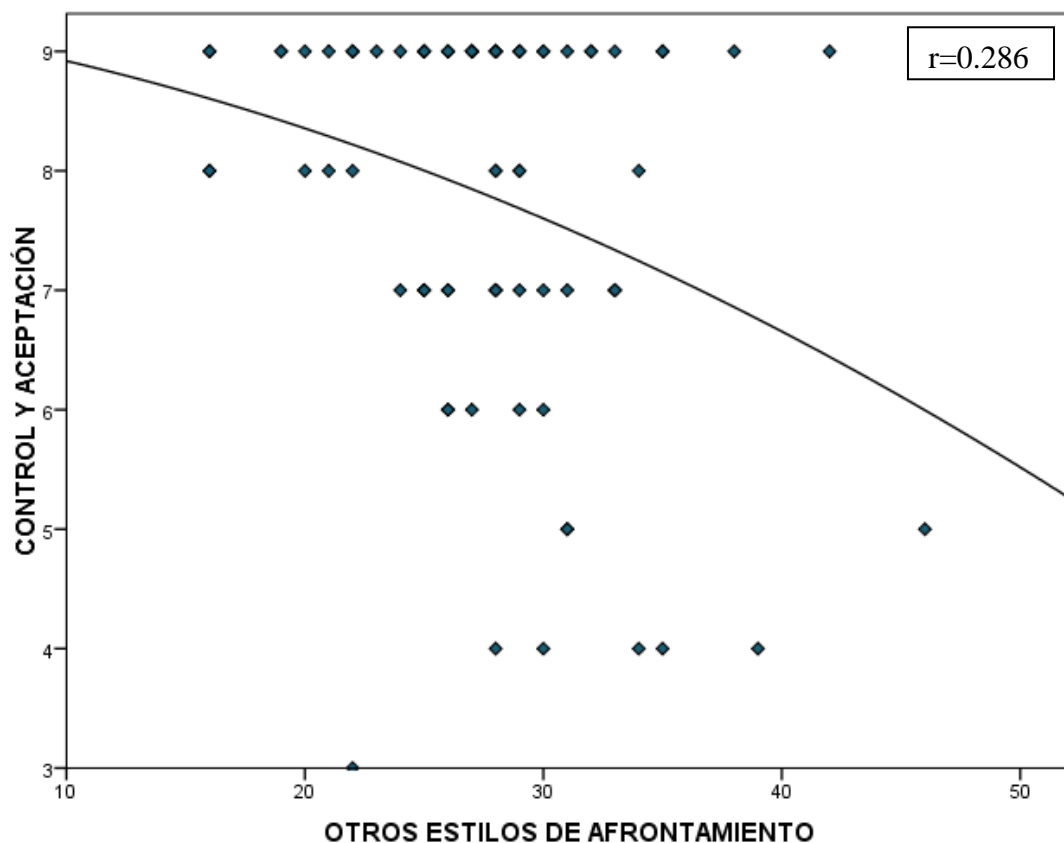


Figura 15: Gráfico de dispersión de la relación entre las puntuaciones de otros estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la dimensión de control y aceptación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el objetivo general, acerca de la relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de bienestar psicológico, se encontró una correlación moderada; esto podría deberse a que existen otros factores además de los estilos de afrontamiento que guardan relación con el bienestar psicológico, como lo menciona Casado (2015), que señala la importancia de valorar el ejercicio físico, el apoyo psicológico y la higiene del sueño en las personas con fibromialgia. Así mismo, Cuevas y colaboradores (2008), refieren que se ha probado que la personalidad de las personas con fibromialgia repercute de cierta forma en su bienestar.

Del mismo modo, según Group (1995) existen factores que tienen una considerable influencia en el bienestar de las personas con fibromialgia; como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la espiritualidad, la religión y por último las creencias personales.

En esto concuerda Bernard, Prince y Edsall (2000), quienes hacen hincapié en tomar en cuenta las actitudes y creencias irracionales, que puedan tener los pacientes con fibromialgia; ya que esto puede llevarlos a conductas inadecuadas y en consecuencia tener un bajo bienestar psicológico.

Asimismo, según Reina (2008), se han encontrado diversos estudios acerca de la fibromialgia, que tiene gran impacto en los pacientes que la padecen, debido a que afecta en diversos ámbitos; y por ello es importante el afrontamiento de forma

multidisciplinaria para lograr una mejor calidad de vida. También, Martínez (2013), concuerda con lo señalado, planteando que el papel del afrontamiento en la fibromialgia es primordial y mejor aún si se da de forma multidisciplinaria.

El estudio realizado por León y Arias (2012), también señala la importancia de realizar una terapia multidisciplinaria para pacientes con fibromialgia; debido a que sufren de un dolor crónico, severo y en su vida han tenido maltrato psicológico; los cuales repercuten en la enfermedad y podrían ser causantes tanto de trastornos emocionales como de una incorrecta calidad de vida.

Por otro lado, con respecto a las diferencias encontradas en la fuerza de las correlaciones del objetivo general y objetivos específicos; estas probablemente se hayan dado porque para responder a la hipótesis general del estudio, en la cual se encontró una correlación moderada, se tuvo que procesar más información; es decir los 3 estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico. En cambio, para las hipótesis específicas se encontró correlaciones bajas o muy bajas debido a que esas correlaciones se llevaron a cabo entre dos puntajes, teniendo de esa forma menor información.

En cuanto al primer objetivo específico sobre el índice del bienestar psicológico, según los resultados en cuanto a la Escala de BIEPS en adultos, acerca del nivel de bienestar psicológico, nos permite apreciar que 42 personas presentan un nivel bajo de bienestar, lo cual nos permite adoptar nuestro supuesto; el cual define: “El nivel de bienestar psicológico es bajo en los adultos con fibromialgia en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana”.

Esto concuerda con lo expuesto por Sanabria & Gers (2018) que determinan que las implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia, se encuentra directamente relacionada a la intensidad de los síntomas; es decir, que la interferencia del dolor crónico repercute en actividades diarias, alteraciones emocionales y cogniciones negativas, que tienen gran influencia en todos los ámbitos de la vida de la persona con fibromialgia.

Con respecto al segundo objetivo específico se encontró que la mayoría de pacientes con fibromialgia, emplean los estilos centrados en la emoción; esto concuerda con lo encontrado en el estudio de Gelves, Barceló, Orozco, Fabian y Allegri (2017), quienes señalaron que las estrategias generalmente utilizadas por los pacientes con fibromialgia son las centradas en la emoción que guarda relación con la expresión emocional, retirada social, entre otros.

En el tercer objetivo específico, se encontró un puntaje máximo de 39 con respecto al bienestar psicológico y un puntaje mínimo de 19. Esto concuerda con lo mencionado por Casullo (2002), con respecto a las propiedades psicométricas de su prueba BIEPS- A, en la cual describe los puntajes directos y percentiles.

En cuarto lugar, en el objetivo específico, sobre la relación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico; se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.

Los resultados encontrados concuerdan con lo señalado por Martínez (2013), ya que menciona la existencia de dos características que definen la enfermedad, que son el dolor crónico generalizado y persistente en todo el cuerpo, además de una sensibilidad exagerada a la presión en zonas específicas del cuerpo; esto explicaría las limitaciones de las personas con esta enfermedad llevándolos generalmente a depender del resto para realizar las actividades cotidianas, lo que causaría en estos pacientes la pérdida de su autonomía. Tampoco tendrían un locus de control interno adecuado como lo menciona Rotter (1966), que se basa en la confianza que tiene la persona acerca de sus capacidades para tener control de su vida, por ello la persona en algunos casos debido a que la relación es baja entre las variables, utilizaría la estrategia de búsqueda de apoyo social de los estilos de afrontamiento centrados en el problema, ya que necesitará el consejo de otros para encontrar la solución al problema.

En quinto lugar, acerca del objetivo específico, se analiza la relación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico; se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.

Esto se opone con lo planteado por Gelves, Barceló, Orozco, Fabián y Allegri (2017), quienes descubrieron en su estudio que los pacientes con fibromialgia tienden a emplear como estrategia de afrontamiento la retirada social. Por tanto, esto indicaría que varios de los pacientes debido a que se distancian del resto de personas, muchas veces por la propia enfermedad, terminan perjudicándose al

momento de afrontar las situaciones en su vida diaria, porque se aíslan totalmente y no se enfocan en actuar directamente para resolver su problema de forma inmediata a través de los estilos centrados en el problema, lo cual no les permite ver posibles opciones de solución, ni relacionarse adecuadamente, afectando de esa forma sus vínculos psicosociales.

En sexto lugar, sobre el objetivo específico, se ve que en la relación entre estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico; se obtuvo una correlación muy baja que podría haber sido producida por el azar y nos estaría demostrando que esta correlación ha sido fortuita.

Esto mantiene relación con lo mencionado por Gelves, Barceló, Orozco, Fabián & Allegri (2017), quienes descubrieron en su estudio una correlación positiva en los casos de fibromialgia, en cuanto a la estrategia de resolución de problemas y los síntomas de ansiedad; el cual significa que cuando el paciente intente resolver el problema, la propia situación podría ocasionarle angustia, independientemente del resultado que se pueda obtener, provocando también de esta forma cierta influencia en cuanto a las metas y proyectos a futuro que el paciente pueda tener; ya que se sentiría preocupado e inseguro por el posible resultado.

Cabe señalar que el anterior estudio mantiene cierta relación con los resultados encontrados en el presente estudio, ya que señala la existencia de una correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de

proyectos; pero ellos hacen referencia de encontrar una correlación al parecer media alta a diferencia de este estudio.

Del mismo modo, Vásquez (2017), en su estudio señala que los pacientes con fibromialgia parten de un proceso de incertidumbre de la enfermedad, por ello es muy importante los primeros encuentros que tengan con el médico, en cuanto al trato y la relación que establezcan con él; debido a que eso genera gran influencia en cuanto a las expectativas y motivación del paciente por pensar en cosas a futuro, en cómo mejorar su condición, cosas que piensa realizar con el tiempo y de esa forma el paciente no se limita por la enfermedad y sigue avanzando, planteándose así como resolver directamente el problema actual.

En séptimo lugar, en el objetivo específico, se observa la relación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo del bienestar psicológico; en el cual se encontró una correlación muy baja, que podría haber sido provocada por el azar y nos estaría probando que esta correlación ha sido ocasional, esto se opone a lo señalado por Matalinares et al. (2016), que en su estudio sobre afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo, los autores refieren que los modos de afrontamiento del estrés centrados en el problema y la emoción mantienen una relación significativa directa con las dimensiones de bienestar psicológico, mientras que el uso de otros estilos de afrontamiento guardan una relación significativa e indirecta con el bienestar psicológico, lo cual explicaría porque la mayor parte de pacientes utilizan los estilos de afrontamiento centrados en el problema y sobre todo en la emoción. Debido a

la relación significativa que se encontró en el estudio de Matalinares, se puede señalar que los resultados de este estudio se oponen al encontrado por dicho autor, ya que en este caso se encontró una relación muy baja.

En octavo lugar, sobre el objetivo específico, en relación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico; se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia, esto guarda relación con lo mencionado por Folkman y Moskowitz (2000), que mencionaron la importancia de las emociones positivas para poder manejar, afrontar y adaptarse ante situaciones complicadas como la enfermedad de fibromialgia que genera todo una serie de síntomas y consecuencias como la pérdida de la autonomía de estas personas, esto se da debido a que por su condición hay muchas actividades que no pueden realizar por si solos o lo hacen con una supervisión constante para evitar lesiones.

En noveno lugar, en el objetivo específico, se analiza la relación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico; se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia. Esto se opone a lo señalado por Fredrickson (2001), debido a que refiere a las emociones positivas como facilitadores para lograr el crecimiento psicológico y que el bienestar se vea incrementado por un mayor período, lo cual no se ha podido encontrar en este estudio porque se ha obtenido una relación baja entre dichas variables. Esto

concuerta con lo expuesto por Molinari, Vizcaíno, Herrero, González, Agustí, García (2011), quienes argumentaron que las emociones positivas generan la presencia de niveles de bienestar óptimos. Mostrando de esa forma las personas lo señalado por Casullo (2002), es decir, que consolidan buenos vínculos con los demás, debido a que son cálidos, empáticos y afectivos con el resto, dándose esto en caso que cuenten con herramientas emocionales positivas y adecuadas, en caso contrario estarían en

En décimo lugar, en el objetivo específico, se observa la relación entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico; en el cual se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia. Rocha, Amarís & López (2017), concuerdan con lo hallado, ya que en su estudio acerca del perdón como estrategia de afrontamiento, señalan que en diversos estudios se considera la relación perdón – salud como unidireccional, ya que se ostenta los beneficios en la salud tanto física como mental al perdonar y sus consecuencias negativas relacionadas a la falta de perdón. Lo expuesto anteriormente, nos demostraría también, que la persona con fibromialgia al no utilizar el perdón como estrategia de afrontamiento centrado en la emoción, en muchos casos las personas van a seguir acumulando los problemas, van a sentirse mal en todos los ámbitos e incluso no tendrán metas ni proyectos que anhelar.

En décimo primer lugar, en el objetivo específico, sobre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de control de situaciones y

aceptación de uno mismo del bienestar psicológico; se encontró una correlación baja, entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia. Esto coincide con Zegarra (2014), quien señala la importancia de buscar apoyo social, de intercambiar y escuchar las diferentes experiencias de vida que pueden haber tenido otras personas con su misma condición, entonces esto ayudaría al paciente con fibromialgia a tener un mejor control de la enfermedad y aceptar su condición, sentir que puede vivir en un mundo compartido, que hay más personas que ya pasaron por ello y a motivarse para seguir adelante.

En décimo segundo lugar, en el objetivo específico, sobre la relación entre otros estilos de afrontamiento y la dimensión de autonomía del bienestar psicológico; se encontró una correlación muy baja. Esto llevaría a afirmar, que al emplear los otros estilos de afrontamiento como la negación, rechazar la existencia del estresor, centrar su atención en cosas distintas al problema, esto se acompañaría de una reducción en la autonomía de la persona con fibromialgia.

Dicho resultado concuerda con lo expuesto por García, Herrera, Pérez y Saura (2011), quienes refieren en su estudio una relación importante entre los ejercicios aeróbicos que sería una estrategia de los otros estilos de afrontamiento y la enfermedad de fibromialgia. En este trabajo se señala que los pacientes con fibromialgia pueden realizar ejercicios aeróbicos para soportar los síntomas dados por la enfermedad, pero siempre estando supervisados. Gómez (2006) concuerda con lo expuesto por los anteriores autores y señala que los pacientes con fibromialgia necesitan realizar ejercicio físico, sobre todo aeróbico, pero con una

baja intensidad para que no les genere ninguna lesión, además de ser individualizado y con un seguimiento adecuado. Lo mencionado por estos autores demuestra que al utilizar los otros estilos de afrontamiento como el ejercicio y centrarse solamente en ello, generara que el paciente con fibromialgia tenga una pequeña pérdida de autonomía debido a que será supervisado constantemente por su condición; sin embargo, esto puede cambiar al observar que lo está ayudando a mejorar con la enfermedad, lo cual influiría en la mejora de su bienestar psicológico.

En décimo tercer lugar, en el objetivo específico, se observa que la relación entre otros estilos de afrontamiento y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico; presenta una correlación baja entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de vínculos psicosociales del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia, lo que significa que estas personas al hacer uso de estos estilos de afrontamiento producen una disminución en sus vínculos psicosociales, es decir que como lo menciona Casullo (2002), tendrán relaciones sociales deficientes, se aislarán y se sentirán frustrados. Esto podría generar lo señalado por Gelves, Barceló, Orozco, Fabián y Allegri (2017), quienes indican que los pacientes con fibromialgia tienen mayores indicadores de estrés psicológico, síntomas de depresión y ansiedad, siendo los dos últimos los relacionados con un peor diagnóstico.

En décimo cuarto lugar, en el objetivo específico, se ve que la relación entre otros estilos de afrontamiento y la dimensión de proyectos del bienestar psicológico; ostenta una correlación baja entre los otros estilos de afrontamiento y

la dimensión de proyectos del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia. Esto coincide con García (2015), en su estudio acerca de rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia, en donde determina que la calidad de vida en las mujeres que padecen de esta enfermedad será mejor si emplean la estrategia de distracción, en cambio sí se caracterizan por tener apertura a la experiencia, su calidad de vida se verá afectada y estará en peores condiciones. Una de estas inadecuadas condiciones como lo señala este autor, podría ser mayores problemas en el ámbito de la salud, lo cual genera un impacto en la vida de la persona, provocando así duda, inseguridad para realizar metas o proyectos que antes tenía presente para llevar a cabo en un futuro próximo.

En décimo quinto lugar, en el objetivo específico, en cuanto a la relación entre otros estilos de afrontamiento y la dimensión de control de situaciones y aceptación; se encontró una correlación baja entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia. Esto se opone a lo mencionado por García (2015), que en su estudio indica que los pacientes con fibromialgia al hacer uso de la estrategia de distracción, que en este caso es parte de los otros estilos de afrontamiento, tendrán como resultado una mejor calidad de vida, es decir que tendrán una alta tolerancia para manejar y resolver la situación.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Finalmente, después de haber concluido el presente trabajo, se logró llegar a las siguientes conclusiones:

- En relación a la hipótesis general esta fue rechazada debido a que el coeficiente de correlación obtenido fue moderado.
- Se rechazó la primera hipótesis específica porque se halló un nivel bajo de bienestar psicológico solo en algunos pacientes con fibromialgia de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Se rechazó la segunda hipótesis específica porque no se halló en su totalidad a la mayoría de adultos con fibromialgia con una frecuencia baja por estilo de afrontamiento.
- Se acepta la tercera hipótesis específica porque se halló la existencia del puntaje máximo y mínimo del bienestar psicológico en adultos con fibromialgia.
- Se rechazó la cuarta hipótesis, porque se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de autonomía.
- Se rechazó la quinta hipótesis, debido a que se halló una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de vínculos psicosociales.

- Se rechazó la cuarta hipótesis, debido a que se encontró una correlación muy baja que puede haber sido producto del azar, entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de proyectos.
- Se rechazó la cuarta hipótesis, debido a que se encontró una correlación muy baja que puede haber sido producto del azar, entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo.
- Se rechazó la quinta hipótesis, porque se halló una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de autonomía.
- Se rechazó la quinta hipótesis, porque se encontró una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de vínculos psicosociales.
- Se rechazó la quinta hipótesis, porque se halló una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de proyectos.
- Se rechazó la quinta hipótesis, debido a que se halló una correlación baja entre los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo.
- Se rechazó la sexta hipótesis, debido a que se encontró una correlación muy baja que puede haber sido producto del azar, entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de autonomía.
- Se rechazó la sexta hipótesis, porque se halló una correlación baja entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión vínculos psicosociales.

- Se rechazó la sexta hipótesis, debido a que se halló una correlación baja entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de proyectos.

- Finalmente, se rechazó la sexta hipótesis, porque se halló una correlación baja entre los otros estilos de afrontamiento y la dimensión de control de situaciones y aceptación de uno mismo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuras investigaciones con respecto a este tema lo siguiente:

- Investigar otros factores que también influyan en cuanto al bienestar de los pacientes con fibromialgia.
- Realizar más investigaciones nacionales en torno al tema, debido a que se encontró una mayor cantidad de investigaciones internacionales con respecto al tema planteado.
- Fomentar charlas preventivas para que las personas tengan conocimiento acerca de la enfermedad y de esa forma sepan cómo lidiar con ella
- Realizar más investigaciones sobre la fibromialgia donde haya pacientes hombres y mujeres para descubrir si influye el sexo en la enfermedad y genera diferencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almodóvar, M. (2011). Dos problemas y un destino. En *Fibromialgia y síndrome de fatiga*
- Andersson, N. (2006) *crónica*. (pp. 26 -27). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=dBPzS99ADlAC&printsec=frontcover&dq=fibromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2ovDg8JnMAhVDzSYKHfZpAToQ6AEIMjAE#v=onepage&q=fibromialgia&f=false> Fisioterapia en la fibromialgia y fatiga crónica.
- Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013*. Disertación de licenciatura no publicada, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Arthritis Foundation (s.f.). Fenómeno de Raynaud. Recuperado el 25 de abril del 2016, de <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/fenmeno-de-raynaud/>
- Bauer, J. (2008). Una epidemia invisible. En "*Fibromialgia: la curación es posible*". (pp. 8 – 227). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=u4CUaLAt7_QC&oi=fnd&pg=PA13&dq=libro+de+fibromialgia&ots=rOmIE-gGxk&sig=iufNZbX3oOXwp7jUXcwdqmEx4pc&redir_esc=y#v=onepage&q=libro%20de%20fibromialgia&f=false
- Ballesteros, B.; Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n2/v5n2a04.pdf>

Belito, H.; Fernández, V.; Sánchez, S. y Farro, G- (2014). Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. *Revista Enfermería Herediana*, 7, 2, 69 – 78.

Berrocal, A. (2014). Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno. *Revista Medica Herediana*, 25, 93 – 97.

Blanco, H. & Hurtado, J. (2010) Capitulo 27: Aspectos Socioculturales. H.

Blanco, J. Rodríguez & R. Schneider. En *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. Fundamentos biopsicosociales*. Recuperado de

https://books.google.com.pe/books?id=jtye3Q__EYwC&pg=PA334&dq=ESTILOS+DE+AFRONTAMIENTO&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK58rIwZfNAhWHVYKHZFmBIgQ6AEIRjAI#v=onepage&q=ESTILOS%20DE%20AFRONTAMIENTO&f=false

Blanco, H. & Hurtado, J. (2010) .Capítulo 25: Estilos de Afrontamiento. H. Blanco,

J. Rodríguez & R. Schneider. En *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. Fundamentos biopsicosociales*. Recuperado de

https://books.google.com.pe/books?id=jtye3Q__EYwC&pg=PA334&dq=ESTILOS+DE+AFRONTAMIENTO&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK58rIwZfNAhWHVYKHZFmBIgQ6AEIRjAI#v=onepage&q=ESTILOS%20DE%20AFRONTAMIENTO&f=false

Calbom, C. (2014). Capítulo 7. Remedios y rejuvenecedores en jugo. En *El gran libro de jugos y batidos verdes*. Recuperado de

<https://books.google.com.pe/books?id=dF5OAgAAQBAJ&pg=PA162&dq=alimentacion+en+la+fibromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjIoeKj97NAhVDGh4KHfJiDFo4ChDoAQhEMAY#v=onepage&q=alimentacion%20en%20la%20fibromialgia&f=false>

- Carmona, A. (2006). *Guía de aspectos psicológicos en fibromialgia*. .
 Recuperado el 12 de abril del 2016, de
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/guia.pdf>
- Carmona, A. (2006). *Guía de aspectos psicológicos en fibromialgia*. Recuperado el 12 de abril del 2016, de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/guia.pdf>
- Casullo, M., Brenilla, M., Castro, A., Cruz, S., González, R., Maganto, C., Martín, M., Martínez, P., Montoya, I. & Morote, R. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Argentina. Eds. Paidós.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017) *Código de ética y deontología*. Recuperado el 27 de diciembre de 2019, de http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Collado, A. & Solé, E. (2014). Tratamiento farmacológico racional en la fibromialgia. *Revista CM de Psicobioquímica*, 3, 5 – 25.
- Covarrubias, A. & Carrillo, O. (2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39, 1, 58 – 63.
- Crespo, M. & Cruzado, J. (1997). *Proyecto de apoyo a la Evaluación Psicología Clínica. Ficha Técnica*. Recuperado el 03 de Abril del 2017, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Universidad Complutense de Madrid, España:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/VALORACION%20DEL%20ESTRES/COPE/COPE_F.pdf
- Cuevas, A. (2010) *Personalidad, Funciones neuropsicológicas e impacto del dolor en pacientes con fibromialgia*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Granada, España.
- Domínguez, B., Vásquez, R. (2000). Autorregulación del dolor crónico. L. Oblitas & E. Becoña. En *Psicología de la Salud*. Recuperado de

<https://books.google.com.pe/books?id=Blc6XLCFcVsC&pg=PA169&dq=ESTILOS+DE+AFRONTAMIENTO&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjqlPrMw5fNAhVFKCYKHcrZAt84ChDoAQhAMAg#v=onepage&q=ESTILO%20DE%20AFRONTAMIENTO&f=false>

Dominguez, S. (2014). *Análisis Psicométrico de la Escala De Bienestar Psicológico Para Adultos En Estudiantes Universitarios De Lima: Un Enfoque De Ecuaciones Estructurales*. Recuperado el 29 de mayo del 2016, del sitio Web del Departamento de Publicaciones de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de Perú: http://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/2014_Bienestar_Psicologico_Universitarios.pdf

Fernández, J (2007). Capítulo 55: La fibromialgia y la fatiga crónica. Rodés, J., Piqué, J. y Trilla, A. (2007). En *Libro De La Salud Del Hospital Clínico De Barcelona y La Fundación BBVA*. (pp. 525 – 534). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=SsMyI7M0nZYC&pg=PA525&dq=fibromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2pfl_JnMAhUE7yYKHX1hBnY4FBDoAQgjMAI#v=onepage&q=fibromialgia&f=false

Fundación Argentina de Fibromialgia Dante Mainieri (2016, 10 de agosto). Bienestar Psicológico. Mensaje dirigido a <http://fundacionargfibromialgia.blogspot.pe/2016/08/bienestar-psicologico.html>

Gallardo, A & Collado, F. (2008). Ética en la investigación médica. *Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*, 26, 1, 119-122.

García, F., Cuscó, A. y Poca, V. (2006). Capítulo 1: Fibromialgia. En *Abriendo camino. Principios Básicos de Fibromialgia, Fatiga Crónica e Intolerancia Química Múltiple*. (pp. 1- 322). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=KGY4KZ8GBBwC&printsec=frontcover&dq=fibromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2ovDg8JnMAhVDzSYKHfZpAToQ6AEIKjAD#v=onepage&q=fibromialgia&f=false>

- García, D., Herrera, P., Pérez, J. y Saura, A. (2011). Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia. [Figura 1]. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=iFIVrd30wrwC&pg=PA219&dq=fi bromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2pfl_JnMAhUE7yYKHX1h BnY4FBDoAQg8MAc#v=onepage&q=fibromialgia&f=false
- García, J. (2014). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida*. Recuperado el 29 de mayo del 2016, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* del Tecnológico de Monterrey: <http://micampus.ccm.itesm.mx/documents/10633/139829379/1.Psicologi% CC%81a+positiva,+bienestar+y+calidad+de+vida.pdf/8c093a06-9deb-450e-a359-4b948fb6000d>
- García, M. (2015). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia*. Recuperado el 14 de Mayo del 2018, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1087/1/TFM000132.pdf>
- García, I.; González, J & Martínez, A. (2016). Educación al paciente con fibromialgia. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de neurología*. 62(2), 49 – 60. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2015446>
- Gelves, M., Barceló, E., Orozco, E., Román, N. & Allegri, R. (2017). Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con fibromialgia (FM). *Revista Científica Salud Uninorte*, 33(3), 285-295. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9268/214421442241>
- Gómez, A. (2006). En *IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Ponencias y Comunicaciones*. (pp. 87 – 88). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=PievwyJm9TQC&pg=PA87&dq=fi>

bromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2pfl_JnMAhUE7yYKHx1h
BnY4FBDoAQhHMAk#v=onepage&q=fibromialgia&f=false

Gómez, M. (2006). Introducción. En *Introducción a la metodología de la investigación científica*. (pp. 11-16). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=9UDXP4U7aMC&printsec=frontcover&dq=metodologia+dela+investigacion+cientifica&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK96TIgPnMAhWD7SYKHXXyCQ8Q6AEIJTAC#v=onepage&q=metodologia%20dela%20investigacion%20cientifica&f=false>

González, E., García, A. & Botella, C. (2014). *Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos*. Recuperado el 12 de Mayo del 2018, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Universitat Jaume – I de Castellón, España: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/120484/63141.pdf;jsessionid=94F5D9EEB13F739D70B9464E2CD24F89?sequence=1>

Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*. Disertación de licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica Del Perú, Lima, Perú.

Guevara, G.; Hernández, H. & Flóres, T. (2001). *Estilos de Afrontamiento al Estrés en pacientes drogodependientes*. Recuperado el 29 de Mayo del 2016, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Universidad Mayor de San Marcos Perú: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf

León, S. & Arias, J. (2012). Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, vol. 25 (4), 175 – 182. Recuperado de <http://medicinainterna.org.pe/pdf/Factores%20asociados%20al%20dolor%20en%20mujeres%20con%20fibromialgia.pdf>

León, S. (2016). *Fibromialgia. El dolor invisible*. Lima, Perú: Centro Editorial UPCH.

- López, M. & Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, vol. 19, n°3, pp. 343-358.
- Malhotra, N. (2004). Parte II: preparación del diseño de investigación. Capítulo 3: Diseño de la investigación. En *Investigación de mercados*. (pp. 72 – 99). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=SLmEblVK2OQC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=dise%C3%B1o+transversal&source=bl&ots=wabj64Vlm3&sig=DGHUhT3CRjWGVdQcsDHUzW3fO1c&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjwwq6BmvnMAhXKKyYKHTArCi44ChDoAQhPMAk#v=onepage&q=dise%C3%B1o%20transversal&f=false>
- Martín, D., Jiménez, P. & Fernández, E. (1997). ESTUDIO SOBRE LA ESCALA DE ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (E³A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4.
- Martínez, M. (2013). Capítulo II: Definición e Historia de la Fibromialgia. *Fibromialgia: El dolor incomprendido*. (pp. 1 – 207). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=gJzVk5IHb5sC&oi=fnd&pg=PT9&dq=libro+de+fibromialgia&ots=oiCzAG6lpP&sig=t-jFgxNsqY19IBZiIDbBng_xAfc&redir_esc=y#v=onepage&q=libro%20de%20fibromialgia&f=false
- Martínez, M. (2013). CAPÍTULO XXVIII Testimonio de dos pacientes. En *Fibromialgia el dolor incomprendido*. (pp. 1 – 207). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=gJzVk5IHb5sC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Martínez, M.; Pina, L.; Guillén, F.; Bernal, M.; García, S.; García, M.; Illán, C. & Álvarez, M. (2014). Fibromialgia en la infancia y la adolescencia: una revisión de la literatura. *Revista enfermería docente* (102), 58 – 64. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/5a19/64a8c3782ad2a2633fbd3eb1f3766878c8bc.pdf>

Marquéz, M. & González, R. (2012). Capítulo 5: Actividad física y bienestar subjetivo. En M, Marquéz & R, González. *Actividad Física y Bienestar Subjetivo*, 31. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=IBYwHrIbgmAC&pg=PA74&dq=BIENESTAR+PSICOLOGICO+TEORIAS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi8meXlpJDNAhXM6iYKHSwWCWgQ6AEIGjAA#v=onepage&q=BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20TEORIAS&f=false>

Marquéz, M. & González, R. (2012). Capítulo 5: Actividad física y bienestar subjetivo. En M, Marquéz & R, González. *Actividad Física y Bienestar Subjetivo*, 31. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=IBYwHrIbgmAC&pg=PA74&dq=BIENESTAR+PSICOLOGICO+TEORIAS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi8meXlpJDNAhXM6iYKHSwWCWgQ6AEIGjAA#v=onepage&q=BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20TEORIAS&f=false>

Matalinares, M.; Díaz, G.; Arenas, C.; Raymundo, O.; Baca, D.; Uceda, J. & Yaringaño, J. (2016). Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. Recuperado 13 de diciembre 2018, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12894/11523>

Mayero, S. (2014). Tratamiento psicofarmacológico de la fibromialgia. *Revista CM de Psicobioquímica*, 3, 69 – 74.

Mestre, M. (2013). Fibromialgia. *Hablemos de fibromialgia, yo le he ganado, tú también puedes*. (5ta ed.) (pp. 45 – 69). Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=B7D8AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Mestre, A. (2013). Hacia la superación de la fibromialgia y S.F.C. En *De la fibromialgia a la salud*. (pp. 31 – 45). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=EHgBBAAAQBAJ&pg=PA31&dq>

=fibromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi7-4_g-
JnMAhUBNiYKHckLCOs4ChDoAQgZMAA#v=onepage&q=fibromialgi
a&f=false

- Mestre, A. (2013). Palabras de médicos. En A. Mestre. *De la Fibromialgia a la Salud*. 5° Ed. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=EHgBBAAAQBAJ&pg=PA22&lpq=PA22&dq=%E2%80%9CLa+fibromialgia+es+una+de+esas+alteraciones+globales+que+%E2%80%9Cvibran%E2%80%9D+a+la+vez+en+nuestro+%E2%80%9Ctodo%E2%80%9D+energ%C3%A9tico,+mental+y+f%C3%ADsico%E2%80%9D&source=bl&ots=RYuGazTB7I&sig=xDyry_vX9RJutC3qKdt73Z5BoAE&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwihgubY1ZLNAhWCSiYKHeORDfcQ6AEIGzAA#v=onepage&q=%E2%80%9CLa%20fibromialgia%20es%20una%20de%20esas%20alteraciones%20globales%20que%20%E2%80%9Cvibran%E2%80%9D%20a%20la%20vez%20en%20nuestro%20%E2%80%9Ctodo%E2%80%9D%20energ%C3%A9tico%20mental%20y%20f%C3%ADsico%E2%80%9D&f=false
- Mohamed, K.; El Yousfi, M. & López, C. (2012). Influencia de dos programas de intervención en la calidad de vida de sujetos diagnosticados de fibromialgia. *Revista de transmisión del conocimiento educativo y de la salud*. 5 (1), 51 – 66. Recuperado de http://www.trances.es/papers/TCS%2005_1_4.pdf
- Molinari, G., Vizcaíno, Y., Herrero, R., González, E., Agustí, A. & García, A. (2011). Potenciando las emociones positivas y la activación comportamental en pacientes con fibromialgia mediante la utilización de nuevas tecnologías. *Fórum De Recerca*, 16, 989 – 1006.
- Monroy, A., Méndez, B. & Diestro, G. (2018). *Características clínicas, epidemiológicas y de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un hospital nacional de Lima, Perú, 2018*. Recuperado el 11 de diciembre de 2018, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1494/Caracteristicas_MonroyHidalgo_Alexander.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Munguía, D., Legaz, A. y Alegre, C. (2007). Capítulo 3: Características clínicas del síndrome de fibromialgia. En *Guía de práctica clínica sobre el síndrome de Fibromialgia para profesionales de salud*. (pp. 11 – 22). Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=zJaLynvjIZcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Muñoz, A. (2015). *Programa de intervención para pacientes con fibromialgia basado en terapias cognitivo – conductuales y de tercera generación*. Recuperado el 24 de agosto del 2016 del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de Universitas Miguel Hernández de España: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2589/1/Mu%C3%B1oz%20Ranchel_Ainara.pdf
- Muratori, M.; Zubieta, E.; Ubillos, S.; González, J. y Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio Comparativo Entre Argentina y España. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282015000200003&lang=pt
- Orlandoni (2010). *Escalas de medición en Estadística*. Recuperado el 20 de diciembre de 2019, del sitio Web del Departamento de Publicaciones de la Universidad Rafael Bellosó Chacín de Venezuela: <http://ojs.urbe.edu/index.php/telos/article/view/2415/2574>
- Palanca, M. (2015). Fibromialgia y la actividad física. En Zapata, R.; Soriano, E.; González, A.; Márquez, V. & López, M. *Educación y salud en sociedad globalizada*. (pp. 12 – 590). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=VjwwBwAAQBAJ&pg=PA474&dq=afrentamiento+en+fibromialgia&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=afrentamiento%20en%20fibromialgia&f=false
- Pérez, C.; Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología PUCP*, 10, 1, 95 – 131.
- Puelles, E. (2016). *Flexibilidad psicológica y aceptación del dolor como variables predictoras de calidad de vida y bienestar emocional en personas con dolor*

- crónico*. Tesis de maestría publicada, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.
- Reina, D. (2008). La fibromialgia. En Reina, D. *El Dolor en las enfermedades reumáticas*. (pp. 7 – 159). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=H6LjmYa7MdcC&pg=PA123&dq=afrentamiento+en+fibromialgia&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=afrentamiento%20en%20fibromialgia&f=false
- Rocha, A., Amarís, M. & López, W. (2017). El perdón como estrategia de afrontamiento. Una mirada desde el modelo de la complejidad del afrontamiento. *Terapia Psicológica*, 35, 3.
- Rodríguez, E. (2005). Capitulo 2: Investigación. En *Metodología de la investigación*. (pp. 19 – 30). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=r4yrEW9Jhe0C&printsec=frontcover&dq=metodologia+dela+investigacion+cientifica&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK96TIgPnMAhWD7SYKHXXyCQ8Q6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false>
- Rodríguez, Y. & Quiñones, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios1 (Psychological well-being in the process of helping college students), *Revista Griot*, 5, 1.
- Romero, A., Brustad, R. & García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2, 2, 31 – 52.
- Rosenbaum, R. y Ciaverella, D. (2010). Trastornos de los huesos, articulaciones, ligamentos y meninges. Bradley, W., Daroff, R., Fenichel, G. y Jankovic, J. *Neurología Clínica*. (5ª ed.) Barcelona, España : Elsevier.
- Salkind, N. (1999). Capítulo 1: El papel y la importancia de la investigación. En *Métodos de investigación*. (pp. 1- 19). Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=3uIW0vVD63wC&pg=PA12&lpg=PA12&dq=investigaci%C3%B3n+correlacional&source=bl&ots=aHLCdb2R7M&sig=PW19KUCja->

LyZkODmQ9TZebdQ8A&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjansDJk_nMAh
WCJCYKHRVsAGw4FBDoAQgfMAE#v=onepage&q=investigaci%C3
%B3n%20correlacional&f=false

Sánchez, V. (2010). Capítulo 1: Historia de la Fibromialgia. En Ayán, C. *Fibromialgia: Diagnostico y estrategias para su rehabilitación*. (pp.1–178). Recuperado de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=cmfRTx08bIsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=libro+de+fibromialgia&ots=jgtNB9jFZU&sig=xH3u2CxAU60_Ro1tT6h7sk8OfYo&redir_esc=y#v=onepage&q=libro%20de%20fibromialgia&f=false

Sanabria, J., Gers, M. (2018). *Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia*. Recuperado el 17 de noviembre de 2018, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia: https://www.researchgate.net/profile/Juan_Sanabria4/publication/327628993_Implicaciones_del_dolor_cronico_en_la_calidad_de_vida_de_mujeres_con_fibromialgia/links/5bd38d64a6fdcc3a8da920f8/Implicaciones-del-dolor-cronico-en-la-calidad-de-vida-de-mujeres-con-fibromialgia.pdf

Solis, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes, vol. VII. 1 (pp. 33- 39). Recuperado el 23 de abril, del 2016, de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>

Stephen J. y Mc Phee. (2008). *Diagnóstico Clínico y tratamiento*. (47 ed.). D.F, México: Mc Graw Hill.

Tabachnick, F. & Fidell, L. (2013). *Multivariate Statistics*. Nueva York: Pearson.

Valera, J. (2012). Capítulo 2. Enfermedades. En *Alimentos, baños, emplastos, licores medicinales. 88 enfermedades*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=Lf441t1P7c0C&pg=PA342&dq=alimentacion+en+fibromialgia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjIpICMh97NA>

hWONx4KHxzHA104ChDoAQhKMAk#v=onepage&q=alimentacion%20en%20fibromialgia&f=false

Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 15 – 28.

Vásquez, L. (2017) *Representaciones sociales de la relación médico paciente en el proceso de afrontamiento de la fibromialgia*. Recuperado el 10 de octubre de 2018, del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8017/Representaciones_sociales_relacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vielma, J. & Leonor, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Revista Redalyc*, 14, 49, 265 – 275.

Zegarra, M. (2014). *Viviendo con dolor crónico: un acercamiento fenomenológico a la fibromialgia*. Recuperado el 7 de mayo del 2018 del sitio Web del *Departamento de Publicaciones* de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de Perú: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/HON/article/viewFile/2084/2074>

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A. Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE

Cuestionario B

Instrucciones

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa qué es lo que habitualmente haces tú.

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1 = Casi nunca hago esto

2 = A veces hago esto

3 = Usualmente hago esto

4 = Hago esto con mucha frecuencia

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA.

ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

AVANZA A LA SIGUIENTE PÁGINA



Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualme nte hago esto	4 Hago esto con mucha frecuenci a
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				
11. Me rehusó a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				

13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso.				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir.				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.				

30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
33. Aprendo algo de la experiencia				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				

49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mí mismo (a) "esto no es real"				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				

CRITERIO DE NORMALIDAD

- Prueba de Kolmogorov Smirnov para una muestra

		TOTAL BIEPS	EST. PROB	EST. EMO.	OTROS. EST.
N		80	80	80	80
Parámetros normales	Media	32,73	45,48	51,15	27,54
	Desviación típica	4,973	8,545	8,740	5,553
			,151	,094	,074
Diferencias más extremas	Absoluta				
	Positiva	.104	,094	,074	,096-
	Negativa	-,151	-,048	-,057	,099
Z de Kolmogorov- Smirnov		1,353	,837	,660	,884
Sig. asintó. (bilateral)		,051	,486	,777	,415

- a. La distribución de contraste es la Normal.
- b. Se han calculado a partir de los datos.