

**EFICACIA COMPARADA DE LA  
TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL  
Y LA GESTIÓN PERSONAL EN  
PACIENTES CON FIBROMIALGIA.**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,  
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICOS**

**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**LUIS ANTONIO MERAYO ALONSO  
SEVILLA, 2008**



**EFICACIA COMPARADA DE LA  
TERAPIA COGNITIVA-  
CONDUCTUAL Y LA GESTIÓN  
PERSONAL EN PACIENTES CON  
FIBROMIALGIA.**



Tesis realizada bajo la dirección de los profesores **D. Francisco Javier Cano García** y **D. Luis Rodríguez Franco** en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, que para la obtención del grado de Doctor presenta D. Luis Antonio Merayo Alonso.



**FRANCISCO JAVIER CANO GARCÍA Y LUIS RODRÍGUEZ FRANCO,**  
PROFESOR CONTRATADO DOCTOR Y PROFESOR TITULAR,  
RESPECTIVAMENTE, DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,  
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD  
DE SEVILLA

**INFORMAN:**

Que D. Luis Antonio Merayo Alonso ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada “Eficacia comparada de la terapia cognitiva-conductual y la gestión personal en pacientes con fibromialgia”, con la que opta al título de Doctor en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Lo que firman, a instancias del interesado, y para que surta los efectos oportunos, donde haya lugar, en Sevilla a 24 de marzo de 2008.

Fdo. Dr. D. Francisco Javier Cano García

Fdo. Dr. D. Luis Rodríguez Franco

Fdo. El Doctorando  
Luis Antonio Merayo Alonso





Este estudio se ha realizado gracias a la ayuda de la Consejería de Salud  
Junta de Andalucía. 2005. BOJA núm. 6 Sevilla, 11 de enero 2006. Núm.  
Expte.: 0119/2005



**A Mamen, Eva y Nicolás.**



## AGRADECIMIENTOS

**Necesariamente han de ser muchos y merecidos.**

A los profesores: El **Dr. D. Francisco Javier Cano García** y al **Dr. D. Luis Rodríguez Franco** que me acogieron para dirigirme este trabajo. Sin vuestra ayuda, este empeño y tarea hubiera tenido más dificultades. Gracias por la confianza, interés, sugerencias y consejos. ..

A los miembros del grupo del **Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena** que han participado en este proyecto: Al Dr. Federico Navarro Sarabia por su apoyo incondicional. Al Dr. Rafael Ariza Ariza por su confianza. A la Dra. Hernandez Cruz Blanca Estela y Doña. Dolores Mendoza por el asesoramiento metodológico y estadístico. A Dña. M<sup>a</sup> Victoria Navarro Compan y D. Manuel Maqueda López, por su paciencia en la aplicación de los protocolos de evaluación. **A la Subdirección de Proyectos de Investigación del Hospital Virgen Macarena.**

A Catalina Herrero Ruíz y a Trinidad Doñoro Moran, como a todos aquellos sin los que este trabajo no hubiera sido posible.

**Gracias por vuestra buena actitud con el principiante**



## Itaca

Quando partas hacia Itaca  
pide que tu camino sea largo  
y rico en aventuras y conocimiento.

A Lestrigones, Cíclopes  
y furioso Poseidón no temas,  
en tu camino no los encontrarás  
mientras en alto mantengas tu pensamiento,  
mientras una extraña sensación  
invada tu espíritu y tu cuerpo.

A Lestrigones, Cíclopes  
y fiero Poseidón no encontrarás  
si no los llevas en tu alma,  
si no es tu alma que ante ti los pone.

Pide que tu camino sea largo.  
Que muchas mañanas de verano hayan en tu ruta  
cuando con placer, con alegría  
arribes a puertos nunca vistos.

Detente en los mercados fenicios  
para comprar finos objetos:  
madreperla y coral, ámbar y ébano,  
sensuales perfumes, -tantos como puedas-  
y visita numerosas ciudades egipcias  
para aprender de sus sabios.

Lleva a Itaca siempre en tu pensamiento,  
llegar a ella es tu destino.

No apresures el viaje,  
mejor que dure muchos años  
y viejo seas cuando a ella llegues,  
rico con lo que has ganado en el camino  
sin esperar que Itaca te recompense.

A Itaca debes el maravilloso viaje.  
Sin ella no habrías emprendido el camino  
y ahora nada tiene para ofrecerte.  
Si pobre la encuentras, Itaca no te engañó.  
Hoy que eres sabio, y en experiencias rico,  
comprendes qué significan las Itacas.

Kavafis (1863-1933)







Pablo Picasso (1881-1973)  
Femme qui pleure (1937)



---

# ÍNDICES

---



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEORICA

<b>1.- INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>1.1.- APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DEL DOLOR.....</b>	<b>35</b>
<b>1.2.- CONCEPTO DE DOLOR .....</b>	<b>45</b>
<b>1.3.- CLASIFICACIÓN DEL DOLOR. ....</b>	<b>46</b>
1.3.1.- <i>Clasificación del dolor en función de su localización.....</i>	<i>46</i>
1.3.1.1- <i>Dolor periférico vs. Dolor central.....</i>	<i>46</i>
1.3.1.2- <i>Dolor nociceptivo vs. Dolor neuropático.....</i>	<i>47</i>
1.3.1.3- <i>Dolor físico vs. Dolor psicógeno.....</i>	<i>47</i>
1.3.2.- <i>Clasificación del dolor en base a los aspectos temporales .....</i>	<i>48</i>
1.3.2.1.- <i>Dolor agudo .....</i>	<i>48</i>
1.3.2.2.- <i>Dolor crónico.....</i>	<i>49</i>
1.3.3.- <i>Clasificación del dolor en función de las características del dolor.....</i>	<i>50</i>
<b>1.4. - LA FIBROMIALGIA COMO SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO.....</b>	<b>51</b>
<b>2. CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA. ....</b>	<b>63</b>
<b>2.1.- APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA .....</b>	<b>65</b>
<b>2.2.- DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.....</b>	<b>69</b>
<b>2.3.- OTRAS CLASIFICACIONES .....</b>	<b>74</b>
2.3.1. - <i>Clasificación de la International Association for the Study of Pain (IASP) .....</i>	<i>74</i>
2.3.2.- <i>Clasificación de la American Psychiatric Association (APA).....</i>	<i>75</i>
2.3.3.- <i>Clasificación de la Internacional de Enfermedades de la OMS, la CIE-10.....</i>	<i>77</i>
2.3.4.- <i>El síndrome de fibromialgia como dolor neuropático.....</i>	<i>77</i>
<b>2.4.- EPIDEMIOLOGÍA.....</b>	<b>78</b>
<b>3. PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO .....</b>	<b>87</b>
<b>3.1.- LA NECESIDAD DE UNA ALTERNATIVA PARA EL MODELO DE SALUD /</b>	
<b>ENFERMEDAD .....</b>	<b>88</b>
<b>3.2.- LA TEORÍA DEL CONTROL DE LA PUERTA DEL DOLOR.....</b>	<b>89</b>
<b>3.3.- TEORÍA DE LA NEUROMATRIZ.....</b>	<b>90</b>
<b>3.4.- LA PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL. UNA DESCRIPCIÓN BÁSICA .....</b>	<b>91</b>
<b>3.5.- FACTORES SOCIOCULTURALES.....</b>	<b>94</b>
3.5.2.- <i>Mecanismos de Aprendizaje Conductual.....</i>	<i>97</i>
3.5.2.1.- <i>Aprendizaje respondiente.....</i>	<i>100</i>
3.5.2.2.- <i>Aprendizaje operante .....</i>	<i>102</i>
<b>3.6.- FACTORES COGNITIVOS.....</b>	<b>105</b>
3.6.1.- <i>Creencias acerca del dolor.....</i>	<i>107</i>
3.6.2.- <i>Creencias acerca de la Controlabilidad .....</i>	<i>112</i>
3.6.3.- <i>Expectativas de autoeficacia.....</i>	<i>115</i>
3.6.4.- <i>Errores Cognitivos.....</i>	<i>117</i>
3.6.5.- <i>Estrategias de afrontamiento.....</i>	<i>120</i>
<b>3.7.- FACTORES AFECTIVOS.....</b>	<b>124</b>
3.7.1.- <i>Ansiedad.....</i>	<i>127</i>
3.7.2.- <i>Depresión.....</i>	<i>130</i>

3.7.3.- Ira.....	131
<b>3.8.- DIMENSIONES DE PERSONALIDAD .....</b>	<b>132</b>
<b>3.9.- IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO .....</b>	<b>134</b>
<b>4. MODELOS TEÓRICOS EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA. ...</b>	<b>139</b>
<b>4.1.- MODELOS FISIOLÓGICOS.....</b>	<b>140</b>
4.1.1- <i>Hipótesis periférica.....</i>	<i>140</i>
4.1.1.1.- <i>Teoría inflamatoria .....</i>	<i>141</i>
4.1.1.2.- <i>La fibromialgia como un estado de tensión muscular .....</i>	<i>142</i>
4.1.1.3.- <i>Factores físicos.....</i>	<i>144</i>
4.1.2.- <i>Hipótesis central .....</i>	<i>145</i>
4.1.2.1.- <i>El eje hipotalámico-pituitario-adrenal.....</i>	<i>145</i>
4.1.2.2.- <i>Teoría neuroquímica.....</i>	<i>146</i>
4.1.2.3.- <i>Teoría de la alteración alfa-delta del sueño .....</i>	<i>147</i>
4.1.2.4.- <i>Factor de crecimiento análogo a la insulina I (somatomedina c) .....</i>	<i>148</i>
4.1.2.5.- <i>Teoría de la alteración de la modulación del dolor .....</i>	<i>149</i>
4.1.3.- <i>Predisposición genética .....</i>	<i>150</i>
<b>4.2.- MODELOS PSICOLÓGICOS .....</b>	<b>151</b>
4.2.1.- <i>Modelo de hipervigilancia.....</i>	<i>151</i>
4.2.2.- <i>La fibromialgia como reumatismo psicógeno (modelo psicógeno).....</i>	<i>153</i>
4.2.3.- <i>Modelo del trastorno del espectro afectivo .....</i>	<i>155</i>
4.2.4.- <i>Factores cognitivos.....</i>	<i>155</i>
4.2.5.- <i>La fibromialgia como Síndrome de Estrés.....</i>	<i>156</i>
<b>4.3.- HACIA UN MODELO INTEGRAL.....</b>	<b>161</b>
<b>5.- UNA REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS .....</b>	<b>172</b>
<b>5.1.- NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL .....</b>	<b>172</b>
<b>5.2.- ABORDAJE COGNITIVO - CONDUCTUAL.....</b>	<b>173</b>
5.2.1.- <i>Revisiones de estudios de la eficacia diferencial de la TCC en dolor crónico .....</i>	<i>180</i>
5.2.2.- <i>Estudios que revisan la eficacia de la TCC en el Síndrome de Fibromialgia.....</i>	<i>184</i>
5.2.3.- <i>Ensayos clínicos aleatorizados que valoran la eficacia de la TCC. ....</i>	<i>186</i>
<b>5.3.- ESTUDIOS DE REVISIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS</b>	
<b>BASADOS EN EL PROCEDIMIENTO DE AUTOGESTIÓN .....</b>	<b>188</b>
5.3.1.- <i>Estudios clínicos del programa de autogestión en pacientes con enfermedades reumatológicas.....</i>	<i>195</i>
5.3.2.- <i>Ensayos clínicos aleatorizados que valoran la efectividad del tratamiento de la autogestión en el Síndrome de Fibromialgia.....</i>	<i>198</i>
5.3.3.- <i>Valoración de la preparación de los pacientes para adoptar una aproximación de automanejo en las condiciones de dolor crónico. ....</i>	<i>200</i>
<b>5.4.- EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.....</b>	<b>203</b>
<b>5.5.- FACTORES QUE LIMITAN LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS .....</b>	<b>205</b>

## SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

<b>6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	<b>219</b>
<b>6.1.- OBJETIVOS GENERALES</b> .....	<b>219</b>
6.1.1.- <i>Principal</i> .....	219
6.1.2.- <i>Específicos</i> .....	219
<b>6.2.- HIPÓTESIS</b> .....	<b>221</b>
<b>7. METODOLOGÍA</b> .....	<b>229</b>
<b>7.1.- SUJETOS</b> .....	<b>229</b>
7.1.1.- <i>Criterios de inclusión / exclusión</i> .....	229
7.1.2.- <i>Análisis descriptivo de la muestra</i> .....	231
7.1.2.1.- <i>Análisis de las variables socio-demográficas</i> .....	231
7.1.2.2.- <i>Descripción de variables de historia clínica</i> .....	233
7.1.3.1.- <i>Respecto a las variables socio-demográficas y de historia clínica</i> .....	236
7.1.3.2.- <i>Respecto a los valores de las variables objeto de estudio</i> .....	238
<b>7.2.- DISEÑO</b> .....	<b>246</b>
<b>7.3.- VARIABLES</b> .....	<b>248</b>
A.- <i>Independientes (el grupo de tratamiento utilizado): variable cualitativa</i> .....	248
B.- <i>Dependientes (medidas de resultados)</i> .....	248
<b>7.4.- MATERIAL</b> .....	<b>249</b>
<b>7.5.- PROCEDIMIENTO</b> .....	<b>253</b>
7.5.1.- <i>Reclutamiento y aplicación de instrumentos</i> .....	253
7.5.2.- <i>Análisis estadístico de datos</i> .....	256
<b>8.- RESULTADOS</b> .....	<b>269</b>
<b>8.1.- CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA PRE-POSTEST INTRAGRUPO.</b> .....	<b>269</b>
8.1.1.- <i>Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual</i> .....	269
8.1.2.- <i>Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Gestión Personal</i> .....	273
8.1.3.- <i>Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Control</i> .....	276
8.1.4.- <i>Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo TCC</i> .....	278
8.1.5.- <i>Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo de GP</i> .....	283
8.1.6.- <i>Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo Control</i> .....	285
8.1.7.- <i>Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de TCC</i> .....	289
8.1.8.- <i>Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de GP</i> .....	292
8.1.9.- <i>Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de Control</i> .....	295
8.1.10.- <i>Evolución de la sintomatología (pre, post y seguimiento)</i> .....	297
<b>8.2.- ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA INTERGRUPO</b> .....	<b>304</b>
8.2.1.- <i>Diferencias entre los grupos en la medida postest</i> .....	304
8.2.2.- <i>Diferencias entre los grupos en las medidas de seguimiento</i> .....	310
<b>8.3.- DIFERENCIAS EN TAMAÑO DEL EFECTO</b> .....	<b>312</b>
<b>8.4.- SIGNIFICACIÓN CLÍNICA</b> .....	<b>314</b>
<b>8.5.- ANÁLISIS POR INTENCIÓN DE TRATAR</b> .....	<b>316</b>

<b>9.- DISCUSIÓN .....</b>	<b>327</b>
<b>9.1.- CONSIDERACIONES TEÓRICAS .....</b>	<b>329</b>
<b>9.2.- METODOLOGÍA.....</b>	<b>330</b>
<b>9.3.- SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA.....</b>	<b>338</b>
<b>9.4.-TAMAÑO DEL EFECTO .....</b>	<b>341</b>
<b>9.5.- SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.....</b>	<b>343</b>
<b>9.6.-ANÁLISIS POR INTENCIÓN DE TRATAR.....</b>	<b>344</b>
<b>9.7.- ANÁLISIS DEL CONJUNTO DE LOS DATOS.....</b>	<b>345</b>
<b>9.8.- IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA.....</b>	<b>347</b>
<b>9.9. -LIMITACIONES DEL ESTUDIO. ....</b>	<b>347</b>
<b>9.10.- FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>350</b>
<b>10.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>355</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>361</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>403</b>
CARTA DE PRESENTACIÓN .....	404
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	406
<b>BATERÍA DE PRUEBAS .....</b>	<b>407</b>
<b>PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL .....</b>	<b>421</b>
<b>PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.....</b>	<b>421</b>
<b>SPANISH ARTHRITIS SELF-MANAGEMENT PROGRAM. ADAPTACIÓN PARA LA</b>	
<b>FIBROMIALGIA.....</b>	<b>457</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Síndrome de Fibromialgia. ....	68
Tabla 2. Prevalencia de la Fibromialgia en distintos países .....	82
Tabla 3. Un resumen de estrategias terapéuticas frecuentes con TCC.....	178
Tabla 4. Revisiones sistemáticas y meta-análisis en dolor crónico .....	181
Tabla 5. Resumen de las estrategias de autocontrol en los procedimientos de GP .....	194
Tabla 6. Criterios para las intervenciones empíricamente validadas .....	204
Tabla 7. Escala de valoración de la calidad de ensayos clínicos en dolor crónico.....	210
Tabla 8. Escala de calidad del diseño y metodología de ensayos clínicos en dolor crónico .....	211
Tabla 9. Descripción de la muestra.....	232
Tabla 10. Variables de historia clínica.....	235
Tabla 11. Análisis de las variables: Grupo de Tratamiento*nivel de educación .....	237
Tabla 12. Análisis de las variables: Grupo de tratamiento*alcohol .....	237
Tabla 13. Pruebas de normalidad variables dependientes (punt. pre-tratamiento).....	239
Tabla 14. Prueba de homogeneidad de las varianzas (punt. pre-tratamiento).....	240
Tabla 15. Prueba Anova para las variables dependientes (puntuaciones pre-tratamiento).....	241
Tabla 16. Comparaciones múltiples Scheffé para la variables dependientes pre-tratamiento.....	242
Tabla 17. Prueba Scheffé. Intensidad puntos dolor (TPD) pre-tratamiento.....	243
Tabla 18. Prueba Scheffé. Intensidad percibida dolor pre-tratamiento.....	243
Tabla 19. Prueba Scheffé. Puntuación total Goldberg (malestar emocional) pre-tratamiento.....	243
Tabla 20. Prueba Kruskal-Wallis. Grupos Experimentales y Control, punt. pre-tratamiento.....	244
Tabla 21. Prueba U de Mann-Whitney intergrupos (TCC y GC). Punt. pre-tratamiento.....	245
Tabla 22. Prueba U de Mann Whitney intergrupos (GP y GC). Puntuaciones pre-tratamiento .....	246
Tabla 23. Secuencia de procedimientos estadísticos utilizados.....	256
Tabla 24. Índice de Cambio Fiable para evaluar el cambio terapéutico .....	259
Tabla 25. Sintomatología global pretest / postest en el grupo TCC.....	270
Tabla 26. Sintomatología global pretest/postest en el grupo de GP .....	273
Tabla 27. Sintomatología global pretest/postest en el grupo de Control .....	276
Tabla 28. Prueba de los rangos entre la visita 3 (v3) y la medida postest en TCC.....	279
Tabla 29. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita 4ª (v4) y postest en TCC .....	280
Tabla 30. Prueba de Wilcoxon en la visita postest (v2) y la tercera visita (v3) en el Grupo GP.....	284
Tabla 31. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita 4ª (v4) y postest (v2) en GP.....	285
Tabla 32. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita postest y tercera visita en GC.....	286
Tabla 33. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita 4ª (v4) y postest (v2) en GC .....	287
Tabla 34. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y tercera (v3) en TCC .....	290
Tabla 35. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y cuarta (v4) en TCC .....	291
Tabla 36. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y 3ª (v3) en GP.....	293
Tabla 37. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y 4ª (v4) en GP .....	293
Tabla 38. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre y 3ª en GC.....	295
Tabla 39. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y 4ª (v4) en GC .....	295
Tabla 40. Sintomatología global pre / post y seguimiento (visitas 1, 2, 3,4) en el grupo de TCC.....	298
Tabla 41. Sintomatología global pre / post y seguimiento (visitas 1, 2, 3, 4) para el grupo GP .....	299
Tabla 42. Sintomatología global pre / post y seguimiento (visitas 1, 2, 3,4) para el grupo GC.....	300
Tabla 43. Sintomatología global postest (v2) entre los grupo experimentales y Control.....	305
Tabla 44. Sintomatología global postest (v2) entre el Grupo de Terapia Cognitiva y Control .....	306
Tabla 45. Sintomatología global postest entre el Grupo de Gestión Personal y Control .....	307
Tabla 46. Sintomatología global seguimiento visita tercera (v3) entre grupos .....	310
Tabla 47. Sintomatología global seguimiento visita cuarta (v4) entre grupos .....	311
Tabla 48. Tamaño del efecto grupo TCC después del tratamiento.....	312
Tabla 49. Tamaño del efecto grupo TCC desde el pre-tratamiento-seguimiento.....	313
Tabla 50. Tamaño del efecto grupo de GP después de la intervención.....	313
Tabla 51. Tamaño del efecto grupo GP desde pre-tratamiento-seguimiento .....	314
Tabla 52. Tamaño del efecto para la medida FIQ.....	314

Tabla 53. Sintomatología global pre / post y seguimiento grupo TCC incluyendo sujetos no completadores.....	317
Tabla 54. Sintomatología global pre / post y seguimiento grupo de GP incluyendo a sujetos no completadores.....	318
Tabla 55. Sintomatología global pre / post y seguimiento GC incluyendo a sujetos no completadores.....	319
Tabla 56. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo TCC.....	355
Tabla 57. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo GP.....	355
Tabla 58. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo control.....	356
Tabla 59. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo TCC con respecto a GC.....	356
Tabla 60. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor del grupo GP con respecto a GC.....	357
Tabla 61. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor del grupo TCC con respecto a GP.....	358
Tabla 62. Factores físicos, emocionales, cognitivos y psicosociales moduladores de la intensidad del dolor.....	428

# ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Algoritmo de diagnóstico de fibromialgia. Reproducido del original publicado por Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.....	71
Ilustración 2. Localización de puntos dolorosos (I).....	72
Ilustración 3. Localización de puntos dolorosos (II).....	73
Ilustración 4. Modelo biopsicosocial. Turk y Monarch (2002).....	94
Ilustración 5. La experiencia de dolor, según el modelo de Loeser (1980).....	98
Ilustración 6. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976).....	99
Ilustración 7. Representación gráfica del esquema del dolor .....	126
Ilustración 8. Modelos teóricos de la fibromialgia .....	139
Ilustración 9. Modelo procesual del estrés (Sandín, 1995).....	158
Ilustración 10. Modelo de proceso dinámico del Síndrome de Fibromialgia.....	166
Ilustración 11. Conjunto de respuestas propensas de acuerdo al modelo de proceso dinámico.....	167
Ilustración 12. Modelo de proceso dinámico del síndrome de fibromialgia en el curso del tiempo, según Okifuji y Turk, (1999)-.....	168
Ilustración 13. Esquema general del estudio .....	255
Ilustración 14. Aproximación teórica de la determinación de los puntos que sugieren cambios clínicamente significativos (a, b y c).....	258
Ilustración 15. Intensidad el dolor antes y después de la TCC .....	271
Ilustración 16. Puntuación FIQ antes-después de la TCC.....	271
Ilustración 17. Malestar emocional en el grupo TCC antes y después del Tratamiento.....	272
Ilustración 18. Calidad de vida en el grupo TCC antes y después del tratamiento.....	272
Ilustración 19. Impacto de la enfermedad en el grupo GP antes y después del tratamiento.....	275
Ilustración 20. Calidad de vida general en el grupo GP antes y después del tratamiento .....	275
Ilustración 21. Impacto de la enfermedad en GC antes y después de la intervención .....	278
Ilustración 22. Intensidad de dolor entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC.....	281
Ilustración 23. Impacto de la enfermedad entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC.....	282
Ilustración 24. Malestar emocional entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC.....	282
Ilustración 25. Calidad de vida general entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC .....	283
Ilustración 26. Número de puntos de dolor entre la visita 4ª y el postest en el GC .....	288
Ilustración 27. Intensidad de dolor puntos sensibles entre la visita 4ª y el postest en el GC .....	289
Ilustración 28. Impacto de la enfermedad en el grupo control después de la intervención .....	292
Ilustración 29. Evolución de la intensidad de dolor percibido .....	301
Ilustración 30. Evolución del número de puntos dolorosos .....	302
Ilustración 31. Evolución del impacto de la enfermedad.....	302
Ilustración 32. Evolución del malestar emocional.....	303
Ilustración 33. Evolución de la calidad de vida general.....	304
Ilustración 34. Porcentaje de pacientes en el grupo TCC y GC .....	306
Ilustración 35. Porcentaje de pacientes que han mejorado su malestar emocional en el postest .....	307
Ilustración 36. Porcentaje de pacientes que han mejorado.....	308
Ilustración 37. Porcentaje de pacientes del grupo TCC que mejoró su calidad de vida.....	309
Ilustración 38. Porcentaje de pacientes que mejoran o empeoran según punto de corte .....	316
Ilustración 39. Proporción de incremento / reducción clínica en el FIQ.....	320
Ilustración 40. Evolución de la participación .....	321
Ilustración 41. Círculo vicioso del dolor .....	428
Ilustración 42. Círculo dolor - tensión muscular.....	432
Ilustración 43. Explicación Técnica Distracción .....	434
Ilustración 44. Puntuaciones en catastrofismo .....	439
Ilustración 45. Explicación asertividad.....	448
Ilustración 46. Autoregistro de ejercicios.....	472



---

**PRIMERA PARTE**  
**REVISIÓN TEÓRICA**

---



# Capítulo 1

---

## **INTRODUCCIÓN**

---





## Esquema:

### 1.- INTRODUCCIÓN.

#### 1.1.- APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DEL DOLOR.

#### 1.2.- CONCEPTO DE DOLOR.

#### 1.3.- CLASIFICACIÓN DEL DOLOR.

##### *1.3.1.- Clasificación del dolor en función de su localización.*

###### *1.3.1.1- Dolor periférico vs. Dolor central.*

###### *1.3.1.2- Dolor nociceptivo vs. Dolor neuropático.*

###### *1.3.1.3. Dolor físico vs. Dolor psicógeno.*

##### *1.3.2.- Clasificación del dolor en base a los aspectos temporales.*

###### *1.3.2.1.- Dolor agudo.*

###### *1.3.2.2.- Dolor crónico.*

##### *1.3.3.- Clasificación del dolor en función de las características del dolor.*

#### 1.4. - LA FIBROMIALGIA COMO SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO.



## 1.- INTRODUCCIÓN

El trabajo que presentamos estudia, desde una perspectiva de intervención psicológica, el tratamiento de los problemas de adaptación psicosocial derivados del padecimiento de un proceso de enfermedad crónica.

El estudio de las enfermedades crónicas se ha convertido en un desafío de las sociedades desarrolladas, sobre todo por sus consecuencias, el incremento de su prevalencia y por los hallazgos epidemiológicos acerca de su origen multicausal, poniendo de relieve la importancia de una perspectiva bio-psico-social, que entiende la salud y la enfermedad como el resultado de la acción conjunta de factores biológicos, psicológicos y sociales. Es en este marco desde donde se debe estudiar el dolor crónico, como un grave problema de salud.

Se calcula que una de cada diez personas en España sufre dolor crónico (Jano, 2004), así como que el 63 % de las personas con dolor crónico no manejan adecuadamente su dolor por confusión sobre las terapias (Jano, 2006), señalando la necesidad de realizar un mayor énfasis en la educación y acceso a tratamientos más eficaces. Los últimos datos de la encuesta europea de dolor (Breivik y cols., 2006) ponen de manifiesto que el dolor crónico afecta a uno de cada cinco (19 % de 46.000 encuestados) de los adultos, siendo una fuente de sufrimiento que impacta seriamente en su calidad de vida. Otros datos importantes que se desprenden del estudio muestran que dos de cada tres pacientes de dolor crónico informan que su control del dolor es a veces inadecuado. El informe destaca que el dolor es un síntoma que puede asumir enormes ramificaciones cuando se consideran las demandas en salud desde una perspectiva biopsicosocial. El dolor crónico es una enfermedad con entidad propia y como tal debe tratarse.

### 1.1.- Aproximación histórica al estudio del dolor

El dolor, ya sea considerado como síntoma o enfermedad, es tan viejo como la propia humanidad y ha formado parte inseparable de ésta en todas sus épocas, siendo el principal impulsor del desarrollo de las ciencias de la salud. La comprensión de la historia de la etiología y el tratamiento del dolor es paralelo a los cambios ocurridos en la medicina en general. Siguiendo a Fernández-Torres, Márquez y. de las Mulas,

(1999), desde una perspectiva histórica consideramos que son dos los puntos de inflexión en la investigación de este fenómeno: desde la antigüedad hasta los comienzos de siglo XIX como un síntoma más, para en los últimos años del siglo XX, convertirse en una entidad propia aunque de carácter multidisciplinario.

Desde la prehistoria hasta finales del siglo XIX la concepción que de él se tenía hasta entonces estuvo íntimamente ligada a factores culturales, religiosos y filosóficos. Algunos periodos a tener en cuenta en la evolución pre-científica del significado del dolor son: Medicina pre técnica, Antigüedad clásica, Occidente cristianismo medieval y Renacimiento (citado en Fernández-Torres, Márquez-Espinós y de las Mulas, 1999).

En las *sociedades primitivas* el significado del dolor producido por una enfermedad se atribuye a la infracción de un tabú, un hechizo, la pérdida del alma o la posesión de un espíritu maligno y la capacidad de soportar el dolor es considerada signo de madurez, coraje y disciplina, constituyendo una parte fundamental de los ritos de iniciación que marcan el paso a adulto.

Para las *civilizaciones mesopotámicas*, el dolor es un castigo divino, fruto del pecado e impuesto por las fuerzas maléficas de los siete demonios, cada uno especializado en una parte del cuerpo y que son curados con oraciones e invocaciones oficiadas por acreditados sacerdotes. La Biblia hebrea –escrita entre los siglos XII al II a.C. – refleja constantemente esta asociación de dolor y pecado, pero también la de salud con pureza moral. En este contexto religioso e intelectual de la medicina de Israel destaca "la lección del Libro de Job ante el tremendo problema moral del dolor no merecido"; la enfermedad no es considerada como "castigo" sino como "prueba".

Los *egipcios* desarrollan la medicina en distintas especializaciones impulsada por los sacerdotes. Consideran que el dolor es causado por la entrada de los espíritus de la muerte en el individuo provocando el estancamiento de fluidos. Atribuyen al corazón el asiento de las sensaciones tanto placenteras como dolorosas.

En la *medicina tradicional china* existe también un continuo intercambio de relaciones entre religión y medicina, superando el concepto de contraposición entre el bien y el mal, estableciendo que cada persona existen dos fuerzas contrapuestas y en

equilibrio, el Ying y el Yang, que hacen circular la energía vital por todo el cuerpo. La enfermedad y el dolor se producen como consecuencia de un desequilibrio entre estas fuerzas y encuentran su tratamiento en aspectos clásicos de la medicina china, como la acupuntura, los masajes y las drogas tradicionales.

En la *civilización hindú*, la religión y el saber se recogieron en una serie de escritos: “Los Veda”, de transmisión oral, constituyendo la base de la medicina tradicional india. La base de la salud se encuentra el equilibrio entre los tres elementos: agua, fuego y viento; la prevalencia de uno proporciona el temperamento de la persona y la rotura del equilibrio facilita la enfermedad. El tratamiento consiste en el uso de fórmulas mágicas, en los exorcismos y en el uso de fármacos vegetales según rituales particulares.

Con los griegos (siglo VII a. C.) surge el primer abordaje organicista del dolor y el desarrollo de dos importantes posturas intelectuales del pensamiento occidental que se entretienen a lo largo de siglos posteriores, representadas por Platón y Aristóteles (racionalismo e empirismo).

A través de Pitágoras (580-497 a. C.) se trazó una línea divisoria tajante entre el alma y el cuerpo. Consideraba que el dolor y el sufrimiento son necesarios para el desarrollo del autocontrol y la disciplina. Alcmeón de Crotona (535 a. C.) fue un médico que se interesó por la Filosofía y orientó su atención a la comprensión de la percepción y opinaba que la sensación y el pensamiento se producen en el cerebro y no en el corazón, siendo los nervios los responsables de transportar las sensaciones. Este nuevo pensamiento no llega a tener una amplia aceptación en la antigua Grecia por la oposición de Empédocles y Aristóteles, para los cuales el centro vital lo constituye el corazón.

La medicina hipocrática (S. V a.C – IV a.C.) constituye el origen de una concepción científica de la medicina y punto de ruptura con la medicina antigua. La salud deriva del equilibrio entre sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; enfermedad y dolor surgen cuando existe un exceso o defecto de cualquiera de estos elementos humorales.

Para Platón (427 – 347 a.C.), corazón e hígado son los centros de toda sensación. Creyó que el dolor no se producía únicamente por estimulación periférica sino también como una experiencia emocional en el alma que reside en el corazón. Dolor y placer son sensaciones opuestas pero vinculadas, pudiendo originarse el placer por la desaparición de dolor.

Aristóteles (384 – 322 a.C.), consideraba que el estímulo nocivo viajaba de la piel hasta el corazón por la sangre, y el dolor se constituía en el corazón, más como un sentimiento que como una sensación. El cerebro no es más que una glándula que segrega humores fríos que ayudan a los pulmones a enfriar el calor innato del corazón. Aunque aprecia en el dolor valores positivos, también advierte que cuando es excesivamente intenso tiene efectos deletéreos y destructivos, y que puede afectar no sólo al cuerpo, sino también al espíritu. Este concepto del dolor como una “pasión del alma”, sentido en el corazón, prevalecerá durante 23 siglos. Posteriormente, Herófilo (335-280 a.C.) y Erasítrato (310-250 a.C.) corrigieron los errores de Aristóteles, al afirmar que el cerebro es el centro de las sensaciones.

La medicina romana estuvo muy influenciada por la griega. La obra de Celso (c. 25 a.C. - c. 40 d.C.) refleja la importancia del dolor como factor pronóstico y en su cuarto libro lo señala como uno de los cuatro signos clásicos de la inflamación. Areteo de Capadocia (siglo I d. C.) realizó una admirable descripción del ataque de migraña.

La influencia de Galeno (129-200) es incuestionable, y su sistema filosófico dominó el pensamiento médico desde el siglo II al XVII. Negó la existencia de causas sobrenaturales y las enfermedades de origen divino y dio gran importancia al dolor en sus escritos, tanto al síntoma como al análisis de sus mecanismos. La percepción depende del alma psíquica y necesita tres condiciones: un órgano para recibir impresiones exteriores, una vía de comunicación y un centro para hacer consciente la sensación. Adoptó la distinción de Erasítrato entre nervios sensitivos y motores, estableciendo, además, un tercer tipo, los nervios relacionados con el dolor, que sirven para reconocer las lesiones. Definió el dolor como una sensación molesta que es captada por todos los sentidos, pero fundamentalmente por el tacto, cuya intensidad es inversamente proporcional a la intensidad de la respiración y que, aunque puede llevar a la extenuación física y moral, tiene la finalidad inmediata de

advertir y proteger, y utilidad como elemento diagnóstico pronóstico. La clasificación realizada por Galeno de las diferentes formas de dolor se ha mantenido hasta los tiempos modernos.

En los primeros siglos de la aparición del cristianismo la fe influye más que razón en la práctica de la medicina y se considera que el dolor, ya sea por enfermedad o autoinfligido, es grato a Dios, puesto que es entendido como una imitación del sufrimiento de Cristo y una prueba que hay que superar para obtener la gracia, por lo que rechaza el empleo de analgésicos. San Agustín (354-430) retoma el dualismo platónico concibiendo el dolor como un castigo por una mala acción, que debe redimirse con la oración, mientras que Santo Tomás de Aquino (1225-1247), transforma el alma racional de Aristóteles en una instancia espiritual independiente del cuerpo cuya misión es el conocimiento de Dios. Considera el dolor como una experiencia corporal, pero mediatizada por aspectos internos, lo cual es el primer antecedente de los modelos explicativos multidisciplinares.

En el Renacimiento (XV-XVI), aparece una corriente dominada por el espíritu inquisitivo y crítico, el pensamiento racional y la vuelta a las fuentes clásicas. A pesar de este espíritu crítico, los clínicos renacentistas siguen las doctrinas médicas de los clásicos, y únicamente Paracelso se rebeló frente al dogmatismo galénico dominante. El espíritu crítico llevó a confrontar las enseñanzas de Galeno con observaciones anatómicas, lo que implicó un lento retorno a la disección de cadáveres; sin embargo, el desarrollo de la anatomía no dio lugar a un avance inmediato y significativo en el conocimiento de los mecanismos del dolor.

Leonardo da Vinci (1452-1519) sostuvo una concepción anatómica y fisiológica, relacionando la sensación dolorosa con la sensibilidad táctil considerando que es transmitida por los nervios y la médula espinal hasta el centro de la sensación, localizado en el tercer ventrículo.

También, durante el Renacimiento, persistió el concepto religioso de que el dolor es grato a Dios. En la primera mitad del siglo XVI el máximo exponente es San Ignacio de Loyola (1491-1556), para quien el dolor no sólo es aceptable, sino deseable, puesto que permite un acercamiento a Dios al entender el sufrimiento del “Dios hecho hombre”; el dolor autoinfligido es el primer paso en el mecanismo de la

penitencia y un mecanismo para “obligar a los sentidos a obedecer a la razón”. San Juan de la Cruz (1542-1591) y Santa Teresa de Jesús (1515-1582) también entendieron el dolor como una prueba en el camino de la salvación hacia la vida eterna y como una demostración del amor a Dios.

Los inicios de la modernidad asisten al nacimiento de la primera teoría lógica sobre el dolor, propuesta en 1664 por el filósofo francés René Descartes (1596-1650), que identificó los lazos entre un estímulo periférico doloroso y el cerebro, lo que daba lugar al inicio de una respuesta. Descartes concibió al ser humano como una máquina física con un alma inmaterial, explicando mecánicamente todas las funciones del cuerpo. Disintió de la teoría aristotélica a partir de los trabajos de Galeno, que enfocaron el dolor como una sensación derivada de la estimulación del sistema nervioso. Esta teoría, aunque sugerida por los griegos, había sido olvidada durante el Imperio Romano. Descartes definía a los nervios como tubos por los que se transmitían las sensaciones al cerebro, donde se hacían conscientes en la glándula pineal. Aunque asoció dolor y tacto, consideró que cualquier sensación se vuelve dolorosa cuando su intensidad supera un cierto nivel; añadió, también, que el sentido del dolor es advertir de que algo va mal, por lo que tratarlo implica interferir con su función, lo que, aparte de peligroso, dificulta el diagnóstico. Por esto, está considerado como el precursor de la teoría de la especificidad, introducida dos siglos después

A pesar de que durante la Ilustración (XVIII) se hacen significativos progresos en la anatomía y fisiología del sistema nervioso central y del simpático, continúan conviviendo las teorías galénica y aristotélica acerca de la localización de la sensación en el cerebro y en el corazón. Por otra parte, Erasmus Darwin sentó las bases de lo que a partir de la centuria siguiente será conocida como teoría “intensiva” del dolor (Bonica, 1990).

Persistió la clasificación del dolor en función de sus características e intensidad y comenzó a darse gran importancia a su localización exacta, extensión, irradiación y ritmo. El desarrollo del saber anatomopatológico dio lugar a la necesidad de buscar los rastros del dolor en los tejidos y, como consecuencia, surgió la idea de que cada tejido posee una sensibilidad específica, llegándose incluso a intentar diferenciar el dolor producido por los distintos tejidos y aun en un mismo órgano.



En la Ilustración se pueden diferenciar tres grandes filosofías médicas: mecanicismo, vitalismo y animismo. Los *mecanicistas* explicaron el dolor en términos de distensión o separación de fibras o como alteración por exceso o defecto de los humores. El *animismo* persistió como tendencia minoritaria, manteniendo una posición ambigua frente al dolor; por un lado, lo consideraron algo esencialmente pasivo y aceptaron explicaciones puramente mecánicas; por otro lado, el dolor era un signo de que el alma sufría, considerándolo perjudicial. Los *vitalistas*, cuyas ideas dominaron el final del siglo, aceptaron que la sensibilidad era la base de la unidad psicofísica del hombre; afirmando que el papel principal del alma está en las emociones, sin tener nada que ver con otros fenómenos fisiológicos.

Paralelamente al desarrollo de la Fisiología durante la primera mitad del siglo XIX, aparecieron las primeras teorías modernas sobre el dolor. Bell y Magendie en 1811 (citado en Fernández-Torres, Márquez-Espinós y de las Mulas, 1999) demostraron que las astas medulares posteriores participaban en la sensibilidad dolorosa, mientras que las anteriores ejercían un papel principalmente de control motor.

En 1840, Muller propuso la doctrina de las energías nerviosas específicas. Según ésta, el cerebro recibía información de los objetos externos y de las estructuras corporales exclusivamente mediante los nervios; cada uno de ellos transportaba una determinada carga de energía específica en relación con los distintos sentidos corporales. La doctrina de Müller estableció, pues, la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor e instauró las bases para el estudio de su neurofisiología. A consecuencia de los trabajos citados y de otros en el campo de la anatomía, la fisiología y la histología, se formularon dos teorías nuevas sobre el dolor:

*La Teoría Sensorial o de la Especificidad y la Teoría de la Intensidad.* La primera de ellas defendía que el dolor era una sensación más, independiente del resto de los sentidos, como continuación de las ideas de Descartes; y fue originada por los trabajos de Schiff (1858) alcanzando con Von Frey (1894) (citado en Fernández-Torres, Márquez-Espinós y de las Mulas, 1999) su punto culminante con la demostración de la existencia de las diferentes procedencias en la percepción de las sensaciones de frío, calor, tacto y dolor. Von Frey planteó la existencia de receptores específicos donde tenía lugar la transformación de la información para cada una de las sensaciones y consideraba al dolor como el producto final de un sistema lineal de

transmisión sensorial. La relación entre estimulación y sensación era considerada lineal y directa y, consecuentemente, lineal y directa la relación entre lesión y sensación y entre ésta y la respuesta. Según este modelo, la intensidad del dolor sería proporcional a la magnitud de la destrucción tisular. Propuso una explicación química, mientras que los estados afectivos y emocionales resultaban meras reacciones al dolor.

La *Teoría de la Intensidad del dolor*, formulada inicialmente por Erasmus Darwin (Bonica, 1990) en los supuestos aristotélicos de que el dolor nacía de la excesiva estimulación del sentido del tacto, fue postulada posteriormente por Romberg, Henle y Volkmann. Erb la reformuló en 1874 y defendía que el dolor era un exceso de sensación (presión, frío, calor), es decir, que la intensidad del estímulo era lo que determinaba la aparición o no de dolor. Goldscheider (1894) desarrolló plenamente esta teoría y basó el dolor en la intensidad del estímulo y en la sumación en el sistema nervioso central (citado en Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz y Pérez, 2005).

Esta teoría hizo posible aclarar una serie de hechos difíciles de explicar por la teoría de la especificidad: las exacerbaciones del dolor secundarias a un efecto acumulativo, la persistencia del dolor después de la desaparición de su causa inicial, así como los efectos beneficiosos de las técnicas terapéuticas de estimulación eléctrica.

A principios del siglo XX coexistían tres teorías sobre la fisiología del dolor: la de Especificidad de Von Frey, la de Intensidad de Goldscheider y la vieja teoría aristotélica del dolor como una sensación afectiva. Esta última desapareció con el nuevo siglo, pero las otras dos continuaron aún largo tiempo.

La Teoría de la Intensidad fue perdiendo partidarios al desarrollarse nuevos conocimientos sobre la Teoría del Control de la Puerta de Entrada propuesta por Melzack y Wall (1965), sugiriendo que la experiencia del dolor es el resultado de la interacción de factores cognitivos-evaluativos y motivacionales-afectivos con los procesos fisiológicos y sujeta a variaciones en distintos momentos y por distintos factores. Tales datos reforzaban la existencia de vías periféricas que transmitían el estímulo lesivo con la participación de los sistemas espinales de transmisión y que, a su vez, podían regularse por estructuras superiores. Esta teoría propició un aumento de la investigación sobre el dolor, sobre todo desde nuevas áreas de investigación

como la Psiquiatría y Psicología, orientándose hacia el desarrollo de modelos de multidimensionales.

La Teoría de la Puerta ha estimulado el interés en el papel de creencias, la evaluación y miedos sobre el dolor y las estrategias de afrontamiento y ha animado la investigación de la naturaleza del dolor y ha llevado al desarrollo de modelos biopsicosociales que han intentado una integración amplia de perspectivas físicas, psicológicas y sociales.

En 1999, Melzack propuso un modelo de transmisión-inhibición del dolor que proporciona un marco para una mejor comprensión del dolor del miembro fantasma, así como la génesis de dolores clínicos que podrían carecer de estímulos sensoriales periféricos secundarios a lesiones tisulares específicas. Este modelo (Teoría de la Neuromatriz) propone una red de circuitos neuronales en el cerebro preparada para recibir los estímulos nociceptivos sensoriales, asentada básicamente en el sistema límbico, y que recibiría conexiones con múltiples áreas cerebrales.

John Bonica (1917-1994) en los años 40, creó la primera clínica del dolor con intervención de forma multidisciplinaria (con cirujanos, psiquiatras, ortopedistas, etc.). Estas clínicas del dolor supusieron el primer reconocimiento de que el dolor constituía un importante problema personal y social, lo que le llevó a acuñar la expresión de epidemia silenciosa para referirse a esta plaga de la sociedad moderna.

Bonica en 1953 publicó su libro *Management of Pain*, el cuál sentó las bases de la algesiología moderna (ciencia que estudia el dolor en todas sus vertientes). Como resultado surge el interés por el dolor maligno. El número de artículos de dolor por cáncer en las revistas médicas principales ha aumentado por 10 en los últimos 30 años comparado con el aumento del número de artículos en el dolor no maligno. Sin embargo al dolor “no maligno” se le continúa prestando poca atención. Éste es un problema real cuando se considera que los efectos de las condiciones no malignas son mucho más que el número que experimenta el dolor de malignidad.

Otros hechos relevantes de la segunda mitad del siglo XX han sido los esfuerzos por obtener metodologías para medir el dolor y evaluar el efecto de los analgésicos. El McGill Pain Questionnaire, construido por Melzack (1975), en colaboración con

otros autores, se ha convertido en uno de los instrumentos psicométricos más importantes en algometría.

La obra grandiosa de Bonica fue retomada por su alumno Stephen Loeser. Una de sus principales contribuciones consistió en una propuesta taxonómica que aclarará la confusión terminológica que producía el concepto de dolor desde las distintas disciplinas, diferenciando la experiencia dolorosa en cuatro niveles: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas de dolor para designar respectivamente el comienzo de la activación sensorial, la percepción del dolor, la experiencia afectiva y lo conductual (Loeser y Melzack, 1999).

En los años siguientes la idea de aproximación multidisciplinar al dolor, promovida por John Bonica se extendió por todo el mundo organizando en 1973 el Primer Simposio Internacional del Dolor. Como fruto de este simposio se creó más tarde en 1974, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la revista *Pain* dedicada exclusivamente a la investigación en dolor. Desde entonces la IASP ha experimentado un fuerte crecimiento llegando en la actualidad a tener 6.900 miembros en 103 países.

En España el tratamiento del dolor, como unidad independiente, se inicia a partir de 1966 de la mano del Dr. Madrid Arias que, tras su especialización con J. Bonica, comienza sus actividades en el seno del Servicio de Anestesiología y Reanimación de la Clínica de la Concepción, Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En el año 1982 se crea una Unidad Piloto para el Estudio y Tratamiento del Dolor en el Hospital 12 de Octubre, Madrid. En Cataluña la primera clínica del dolor se creó en 1976 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, gracias al esfuerzo y bien hacer de los Dres. Barutell, González-Durán y Vidal. - En octubre de 1986 se publica la primera revista especializada en lengua española, *Dolor*. En 1994, se funda la Revista de la Sociedad Española del Dolor, por la Sociedad Española de Dolor, dirigida a todos los profesionales involucrados en el tratamiento del dolor.

## 1.2.- Concepto de dolor

Uno de los primeros esfuerzos de Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) fue establecer una definición de consenso: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a daño tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal daño”. El dolor, por tanto, no puede definirse exclusivamente como una experiencia nociceptiva: constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de factores (bio-psico-sociales) que acaban modelando el síntoma dolor.

La IASP ha diferenciado diferentes términos para referirse a la experiencia del dolor:

- *Alodinia*: Dolor producido por estímulos que normalmente no provocan dolor.
- *Tolerancia al dolor*: El nivel máximo de dolor que un individuo puede tolerar.
- *Umbral de dolor*: Mínima intensidad del estímulo necesaria para producir dolor.
- *Hiperalgnesia*: Respuesta aumentada a estímulos dolorosos
- *Hiperestesia*: Aumento de la sensibilidad frente a cualquier estímulo táctil.
- *Hiperpatía*: Aumento de la reacción a un estímulo.

Recientemente, Ibarra ha señalado algunas limitaciones de la definición de la IASP, al sugerir que aunque se le reconozca correcta y apropiada contempla solamente sus aspectos sintomatológicos, sin que se establezca en ella que ciertas condiciones de dolor constituyen una enfermedad “per se” (Ibarra, 2006).

La revista “*British Medical Bulletin*”, en el número 47, de enero de 1991, dedica un monográfico al tema, “*Pain. Mechanisms and Management*”, donde se analiza el desarrollo que los estudios sobre el dolor que han tenido a lo largo de cuarenta años. En la introducción, Samuel Lipton (1991) realiza la siguiente reflexión: “A pesar de la importancia del dolor y del hecho que el 60% de los pacientes recurra al médico a causa de un dolor, hasta hace no mucho tiempo el interés de los médicos por el dolor se limitaba a considerarlo como un índice físico de enfermedad, mientras que se

dedicaba poca atención a la complejidad y a los factores psicológicos y culturales que influyen en su intensidad y en el modo en que cada individuo lo vive”. Estas palabras indicaban un cambio histórico decisivo que los estudios sobre el dolor habrían experimentado con el comienzo del nuevo siglo, dedicando una mayor atención al hombre en sus aspectos étnicos, culturales, religiosos, antropológicos y filosóficos.

### **1.3.- Clasificación del dolor.**

En la actualidad clasificamos el dolor en función de grandes cuadros nosológicos dentro de los cuales podemos incluir sus diferentes manifestaciones clínicas. La más utilizada es aquella basada en su evolución (agudo *vs.* crónico) y en la naturaleza de su origen (oncológico *vs.* no oncológico). Existen además otras formas de clasificarlo de acuerdo con su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología y función biológica. Nosotros presentaremos tres tipos de clasificaciones. La primera clasificación describe el dolor en función de su localización, la segunda clasificación hace una descripción del dolor en función de su duración, y la tercera clasificación hace referencia a taxonomías generales propuestas por distintos organismos de salud.

#### **1.3.1.- Clasificación del dolor en función de su localización**

##### *1.3.1.1- Dolor periférico vs. Dolor central*

El dolor periférico (o dolor superficial o cutáneo) es una experiencia cotidiana, generalmente de carácter no patológico, de localización precisa, que se expresa de muy diversos modos: punzadas, corrientes, golpes, etc. Si la estimulación nociceptiva es larga el dolor suele ser urente, sordo; si por contra la estimulación es corta, el dolor suele percibirse como punzante. Puede estar provocado por estímulos térmicos, mecánicos, eléctricos o químicos. A veces se acompaña de otros síntomas tales como hiperalgesia, hiperestesia y analgesia.

El dolor central (o profundo) se produce por estimulación nociceptiva de músculos, tendones y otros tejidos de carácter profundo, normalmente asociado a lesiones del sistema nervioso central. Es un tipo de dolor difuso, vago, que se origina en órganos profundos extendiéndose hacia la superficie. A mayor intensidad y duración de la

estimulación, más difuso es el dolor. Un tipo de dolor central muy característico es el dolor visceral, dolor profundo, mal definido, mal localizado, que se irradia, acompañado de reflejos autónomos tales como la variación de la frecuencia cardíaca, náuseas, sudoración. Es el caso del dolor producido por los cólicos biliares, la angina de pecho o las colecistitis.

Una característica muy específica del dolor central que lo distingue del dolor neuropático, provocado por lesiones de nervios periféricos, es el tiempo de inicio de los síntomas dolorosos, que suele ocurrir semanas o incluso meses después de la lesión neurológica causante.

#### *1.3.1.2- Dolor nociceptivo vs. Dolor neuropático*

Se denomina dolor nociceptivo a aquella forma de dolor que se corresponde con una adecuada respuesta a una serie de estímulos que producen daño o lesión de órganos somáticos o viscerales encargado de su transmisión. Al dolor nociceptivo se le conoce también como dolor normal o sensorial como tal, forma parte del repertorio fisiológico de sensaciones normales como la visión o el tacto.

Por otra parte el dolor neuropático es debido a lesiones traumáticas, metabólicas o tóxicas que aparecen tras una lesión del sistema nervioso central y/o del sistema nervioso periférico. Se produce por lesiones o alteraciones en los nervios o en los fascículos nerviosos que van desde la periferia a la médula espinal. Es un tipo de dolor persistente y rebelde a las terapias convencionales que a veces aparecen mucho tiempo después de provocada la lesión, lo cual viene a complicar aún más su diagnóstico y tratamiento. El síntoma más llamativo del dolor neuropático, y hasta cierto punto su característica patognomónica, es la falta total de relación causal entre lesión tisular y dolor.

#### *1.3.1.3. Dolor físico vs. Dolor psicógeno*

Con el nombre de dolor físico nos referimos al que tiene su etiología en lesiones físicas de determinados tipos. Los términos dolor psicógeno, funcional, psíquico, idiopático, esencial y primario, se emplean para describir el dolor que no encuentra

ninguna etiología orgánica satisfactoria. Son dolores reales localizados, generalmente, en el abdomen, cabeza o genitales. El paciente no finge su dolor, como podría pensarse, sino que realmente lo vivencia como si estuviese provocado por algún tipo de lesión física. A veces se da en presencia de un pequeño daño hístico que el paciente exagera. La intensidad del dolor es directamente proporcional al estado anímico del paciente

Al igual que Vallejo y Comeche (1994) consideramos que el calificativo de psicógeno es una cuestión de grado. En todo dolor hay un componente psicológico que actúa como modulador. Lo realmente importante no es la causa inicial del dolor, sino lo que determina la discapacidad provocada por éste y los factores que incidirán en su cronificación (Moix, 2005).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2001), se eliminó el término dolor psicógeno y se acuñó el término trastorno por dolor. En este último existe la posibilidad de que factores médicos o psicológicos influyan en la etiología y mantenimiento del dolor. También se ha ampliado la información sobre las alteraciones del sueño asociadas y sobre el curso.

Actualmente, se considera que las enfermedades que cursan con dolor son de etiología multifactorial. Se insiste en la necesidad de abandonar la dicotomía dolor psicógeno-dolor orgánico, para abordarlo desde un punto de vista multidimensional. Por lo tanto, en el estudio del dolor deben considerarse siempre ambos elementos (físicos y psicológicos).

### **1.3.2.- Clasificación del dolor en base a los aspectos temporales**

#### *1.3.2.1.- Dolor agudo*

Generalmente se considera al dolor agudo como la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. Existen claramente signos de lesión, inflamación y manifestaciones neurovegetativas que acompañan la queja del dolor. También se



caracteriza por un patrón temporal bien definido. Su comienzo y finalización es breve, de pocas semanas, siempre menor de 3 ó 6 meses.

El dolor agudo se acompaña de cambios en el sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración, etc.) y puede darse junto a estados de ansiedad. Sin embargo, el dolor desaparece cuando se trata la lesión. Su abordaje suele ser óptimo mediante tratamiento farmacológico simple.

#### *1.3.2.2.- Dolor crónico*

Loeser (1999) define al dolor crónico cuando persiste más de 6 meses o más del tiempo esperado para su recuperación a pesar de haber disminuido o desaparecido el daño tisular. El dolor que se cronifica pierde su sentido protector y se convierte él mismo en enfermedad o en parte importante de ella. La persona que sufre de dolor crónico puede organizar su vida en torno al dolor.

En el dolor crónico el diagnóstico es difícil y el éxito del tratamiento limitado. Frecuentemente la respuesta a los tratamientos y analgésicos habituales es baja y sólo existe respuesta positiva a tratamientos mediante morfina u otros fármacos opiáceos. Su larga duración y magnitud acaban por producir cierto grado de incapacitación física y psicosocial, acompañándole molestias vegetativas, tales como trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución de la actividad sexual y aumento de la irritabilidad. El impacto psicológico es más claro que en el dolor agudo y se encuentra asociado inicialmente a síntomas de ansiedad y posteriormente a síntomas de depresión.

Dentro del dolor crónico se han distinguido dos tipos según expectativas de vida: el benigno y el maligno. Esta clasificación se ha hecho en base a la gravedad y el pronóstico de la patología de origen. El dolor crónico maligno se encuentra asociado a una patología neoplásica o potencialmente mortal (p.e., cáncer). El dolor crónico no maligno o también llamado síndrome del dolor crónico benigno. El paciente está gravemente incapacitado por el dolor. El dolor se debe a causas que no amenazan la vida del paciente, sin embargo, no existe respuesta a los métodos habituales para su tratamiento. Ejemplos de este tipo de dolor son la fibromialgia, artritis reumatoide y el dolor del miembro fantasma.

### **1.3.3.- Clasificación del dolor en función de las características del dolor:**

En las molestias dolorosas un aspecto fundamental para la anamnesis, es poder diferenciar el dolor mecánico del inflamatorio. El dolor de tipo mecánico mejora con el reposo y se puede establecer con claridad que tipo de movimientos lo desencadenan o empeoran. No se suele acompañar de signos de flogosis (inflamación patológica). Es el dolor típico de los procesos articulares de tipo degenerativo. La rigidez matinal, cuando aparece, dura pocos minutos, normalmente hasta que la articulación articular “entra en calor”. La debilidad acompañante es localizada y no severa, y la astenia y el cansancio infrecuentes, al igual que ocurre con la depresión. Este patrón de dolor aparece en artrosis, patología discal y osteonecrosis. Por el contrario, el dolor de tipo inflamatorio persiste durante el reposo y, en ocasiones, incluso mejora con el movimiento. Se suele acompañar de tumefacción, calor y rubor cuando es de localización periférica. La presencia de rigidez matutina o tras el reposo, en general mayor de una hora de duración, suele ser debida a patologías inflamatorias en contraposición a las causas mecánicas, que pueden causar rigidez local menor de 15 minutos. Los procesos inflamatorios suelen cursar con debilidad pronunciada, astenia intensa de predominio vespertino y cuadros depresivos de tipo reactivo que coinciden, habitualmente, con los periodos de actividad clínica de la enfermedad. Son ejemplos de dolor inflamatorio la artritis reumatoide, la espondialoartropatías y las artritis infecciosas (Navarro y Toyos, 2002).

### **1.3.3.- ¿Un solo dolor o muchos dolores?**

La palabra dolor se usa para describir un rango muy amplio de sensaciones, desde la molestia de un pinchazo o de una pequeña quemadura a las sensaciones anormales de los síndromes neuropáticos. La mayor parte de las hipótesis y teorías, pasadas presentes sobre los mecanismos del dolor han tratado de explicar todas estas formas distintas del dolor como si fueran expresiones de un mismo sistema neurofisiológico. Quizá esta sea la razón por la cual aún se discuten dos teorías opuestas y aparentemente irreconciliables: la Teoría de la Especificidad y la Teoría del Patrón. En un intento de reconciliar estas dos posiciones y ofrecer una visión moderna, Baños y Bosch (1995) proponen que los mecanismos neurofisiológicos de las

diversas formas del dolor son distintos, y que el dolor normal (nociceptivo) y anormal (neuropático) representen los dos extremos de un abanico de sensaciones integradas en el SNC. En condiciones normales se mantiene un equilibrio que determina una relación estrecha entre lesión y dolor. Sin embargo, oscilaciones en este sistema inducidas por descargas nociceptivas prolongadas, producen alteraciones en este equilibrio que determinan variaciones en la intensidad y duración de las sensaciones dolorosas causadas por un estímulo nocivo. Dichos cambios serían solamente temporales, ya que el sistema tiende a restaurar el equilibrio entre lesión y dolor, a no ser que las distorsiones del sistema nociceptivo sean tan intensas que induzcan alteraciones neurológicas en cuyo caso la relación entre lesión y dolor se perdería totalmente.

#### **1.4. - La fibromialgia como síndrome de dolor crónico**

El dolor de origen músculo-esquelético tiene una elevada prevalencia en la sociedad actual, siendo una de las quejas omnipresentes en las personas que acuden al médico y una situación que domina el curso de las enfermedades reumáticas y su alivio un determinante decisivo de la calidad de vida, variando en intensidad, calidad y duración en cada paciente. Puede ir desde una simple molestia hasta un sufrimiento incapacitante. Además, para muchos pacientes el dolor no es simplemente el síntoma de una enfermedad. Para estos pacientes, el dolor es su enfermedad, tal y como ocurre en los pacientes con síndrome de fibromialgia (SFM), que sumado al desconocimiento de cómo manejarlo de manera efectiva resulta ser desencadenante de profundo malestar y sufrimiento para quien lo padece.

El SFM es una entidad clínica compleja, que se caracteriza (criterios de la Academia Americana de Reumatología) (Wolfe y cols., 1990) por la presencia de dolor músculo-esquelético difuso que persiste durante más de 3 meses, sin signos inflamatorios, asociado a la presencia de múltiples puntos gatillo (al menos 11 de 18 parejas, definidos como puntos localizados en planos músculo-tendinosos cuya presión provoca dolor local o a distancia). Por lo tanto se puede clasificar dentro de los síndromes de dolor crónico. Su prevalencia se estima en diferentes estudios en torno al 2-4% de la población (Busch, Schachter, Peloso y Bombardier, 2002; Schachter, Busch, Peloso, Sheppard, 2003; Richards y Scott, 2002), en la población

española, se estima en un 2,7%, con predominio en mujeres frente a hombres (20 a 1) (Carmona, Ballina, Gabriel, Laffon, 2001; Collado, Alijotas, Benito, Alegre, Romera, Sanudo y cols., 2002). En los últimos años, el SFM ha adquirido cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden (Rivera y cols., 2006).

Los síntomas clínicos del SFM se solapan con los del síndrome de fatiga crónica, el intestino irritable y otros síndromes sin explicación médica adecuada, que han sido agrupados como síndromes somáticos disfuncionales con gran repercusión psicopatológica, asistencial y social.

El dolor crónico, uno de los síntomas más característicos, suele estar presente en la totalidad de los casos, y predominar en raquis y extremidades, pero puede estar presente en cualquier localización; se vive como muy intenso y se asocia con alto componente de tensión emocional, se incrementa con el frío, la actividad física mantenida, el estrés, la ansiedad y la depresión, comportándose con frecuencia como refractario al tratamiento. Suelen presentar también rigidez matutina o post-reposo (76-78% de los casos) que se ha vinculado con las alteraciones del sueño (56-72%) el cual se describe como poco reparador por ser poco profundo o fragmentado, fatiga crónica (57-92%) de difícil control, parestesias y síntomas digestivos similares a los del intestino irritable. Junto a los somáticos se asocian síntomas psicológicos y psiquiátricos (ansiedad 47%, depresión 68%, fobias 12% y trastornos de pánico 8%).

El papel (causa o efecto) de los síntomas en el inicio y la evolución de la enfermedad no ha sido establecido definitivamente así como tampoco se ha establecido de manera clara la relación con la existencia de un tipo de personalidad neurótica (tendencia a la hipocondría, histeria, auto exigencia y depresión) o la presencia de episodios traumáticos infantiles (abusos sexuales en particular), al menos parece claro que la presencia de depresión mayor y conducta disfuncional empeoran la evolución (Baumgartner, Finckh, Cedraschi, Vischer, 2002). Los pacientes más jóvenes y con síntomas menos severos al inicio tendrían mejor evolución (White, Nielson, Harth, Ostbye, Speechley, 2002), aunque sólo el 5% de los pacientes presenta una remisión completa de los síntomas a los tres años y el 20% llegan a presentar una mejoría importante. Cuanto mayor número de síntomas coagregados, es más probable que el síndrome se convierta en permanente y mayor probabilidad de búsqueda de servicios

de salud (Clauw y Crofford, 2003). Son factores de riesgo estar en la edad media de la vida, realizar trabajos pesados, recibir una pensión por incapacidad y la presencia de acontecimientos estresantes previos a la aparición del SFM, siendo un factor protector una buena actividad física. Algunos autores no encuentran factores predictores de la evolución de estos pacientes (White, Nielson, Harth, Ostbye, y Speechley, 2002).

En la línea que queremos desarrollar, ya Cano (2001) se interesó en constatar en qué medida determinadas cogniciones, conductas y emociones contribuían en la explicación de los parámetros estrictamente sensoriales del dolor (intensidad, frecuencia y duración), constatando que estos factores psicológicos permitían predecir el 81% de la varianza de la intensidad de dolor.

Recientemente en el I Simposio del Dolor de Reumatología (Alegre, 2006) se elaboró un documento de consenso del SFM para su diagnóstico y tratamiento, en base a la evidencia científica llegando a la conclusión que existe una clara implicación psicológica y psiquiátrica en estos pacientes, influyendo en la aparición, la persistencia o la amplificación del dolor, por lo cual es importante incluir una intervención psicológica y psiquiátrica adecuadas en el abordaje multidisciplinario de este síndrome.

Otra base importante que justifica el estudio de los aspectos psicológicos en el SFM y por tanto su intervención, es que no se ha encontrado evidencia de lesión estructural. La etiología sigue siendo desconocida, formulándose distintas explicaciones en la génesis del SFM, señalándose, alteraciones del sueño (Moldofsky, 1993), trastornos afectivos (Hudson y Pope, 1996), déficit de serotonina y alteraciones del sistema neuroendocrino e inmune con una sensibilización al dolor tanto periférica como central (Adler, Manfredsdottir y Creskoff, 2002). Se han encontrado pacientes que comienzan después de procesos identificables, como una infección bacteriana o viral (Weibel y Benor, 1996), un estrés postraumático (Amir y cols., 1997), aunque en todos los pacientes no se ha identificado ningún trauma desencadenante. La mayoría de los autores coinciden en señalar que la etiopatogenia es multifactorial, que genera un déficit en cascada de distintos sistemas y sustancias donde intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo fenómeno central lo constituiría una alteración en la modulación del dolor (Russell, 1998).

Los estudios prospectivos indican que la enfermedad sigue un curso crónico con poca mejoría a los 5-7 años de seguimiento (White, Nielson, Harth, Ostbye y Speechley, 2002).

Tanto el dolor crónico generalizado como el trastorno del ánimo condicionan una importante pérdida de calidad de vida para el paciente y un menoscabo para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria) que provocan importantes consecuencias en las relaciones sociales y familiares, utilización de servicios médicos y costes por incapacidad laboral (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001; Collado, Alijotas, Benito, Alegre, Romera, Sanudo y cols., 2002), aunque la situación varía según los países contemplan o no al SFM como motivo de incapacidad laboral. Algunos estudios informan que los pacientes afectados de SFM poseen una peor función (capacidades físicas), pasan más días en cama y pierden más días de trabajo que los controles sanos (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001; Collado, Alijotas, Benito, Alegre, Romera, Sanudo y cols., 2002), y países (USA, Canadá, Noruega, Suecia, Brasil) que no contemplan la incapacidad laboral por SFM presentan menores tasas de pensionistas en relación con este motivo (White, Nielson, Harth, Ostbye y Speechley, 2002). En nuestro país más de la mitad de las personas en incapacidad laboral lo están por un problema músculo-esquelético (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001) entre las que se incluye el SFM que provoca el 20% de las propuestas de incapacidad permanente y el 17,4% de toda la incapacidad laboral temporal. En este último caso las bajas son prolongadas superando en un 24% a la duración media de las bajas causadas por el conjunto de enfermedades no músculo-esqueléticas (Blanco, 2000).

En un estudio multicéntrico (Wolfe, 1990), se atribuye a los pacientes con SFM una media de 10 visitas/año a su médico, con un consumo medio de 2,7 fármacos relacionados con la enfermedad en cada período de 6 meses y una hospitalización cada tres años, la mitad de ellas relacionadas con síntomas del SFM. Este estudio también identificó una mayor probabilidad en estos pacientes de sufrir intervenciones quirúrgicas, los costes económicos se estimaron en 2.274 \$ por paciente y año en 1996. En nuestro país el estudio EPISER (Carmona, Ballina, Gabriel, y Laffon, 2001) sitúa al SFM como uno de los procesos crónicos asociados a mayor consumo de tratamientos farmacológicos al igual que en otros países (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001; White, Nielson, Harth, Ostbye y Speechley 2002; Collado y cols., 2002).

En la población canadiense se estima en el doble el consumo de fármacos y servicios de salud en pacientes con SFM respecto a la población sana (White, Harth, Speechley y Ostbye, 1999).

Además de las razones expuestas, existen otras que justifican nuestro interés por el estudio en la intervención de los procesos de adaptación al SFM. Entre ellas que el tratamiento biomédico sólo obtiene un beneficio discreto, la disponibilidad de tratamiento psicológicos eficaces y la escasez de ensayos clínicos aleatorizados, controlados y ciegos en el ámbito de la intervención psicológica en dolor crónico y en particular en el SFM.

A continuación desarrollamos brevemente estos motivos. No existe un tratamiento definitivo para los síntomas, los múltiples tratamientos empleados buscan mejorar la calidad de vida disminuyendo los síntomas y favorecer la adaptación a la enfermedad y el bienestar psicológico. El tratamiento farmacológico habitual, que consiste en analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y antidepresivos es, porque el dolor se comporta como refractario y no se modifica el pronóstico, solo se obtiene un beneficio discreto que hay que valorar frente a los efectos secundarios de los fármacos. Los fármacos de mayor efectividad demostrada son la amitriptilina sola o asociada a ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), la ciclobenzapina, el tramadol y el ibuprofeno (Richards y Scott, 2002; Barkhuizen, 2002), siendo otros AINES muy poco efectivos pese a seguir utilizándose. Algunos antiepilépticos, los antagonistas NMDA, los antagonistas de la serotonina 5-HT<sub>3</sub> y los NK1 (en fase de investigación), parecen presentar resultados prometedores, pero aún no son de uso clínico habitual. Los pacientes con SFM son un grupo heterogéneo (Richards y Scott, 2002; Barkhuizen, 2002) respecto a la resistencia a estos tratamientos, lo que hace más indicado su combinación con otro tipo de intervenciones cognitivo-comportamentales desde un perspectiva de atención integral de los elementos biológicos, psicológicos y sociales.

La distinción entre *disease* e *illness*, fundamental en esta conceptualización de la enfermedad, no es más que un intento de diferenciar entre el trastorno biológico (*disease*) como representación de un problema por parte de la cultura profesional médica y enfermedad (*illness*) como percepción e interpretación que un sujeto hace de unos signos corporales en función del significado que su contexto sociocultural les

atribuye. Esto produce incomodidad física, trastorno emocional, limitaciones conductuales, y problemas psicosociales. En otras palabras, la enfermedad subjetiva se refiere a cómo la persona enferma y a cómo los miembros de su familia y red social perciben, viven y responden, a los síntomas y a la discapacidad.

Turk y Monarch (2002) plantearon que la distinción entre enfermedad objetiva y enfermedad subjetiva es análoga a la distinción entre el dolor y nocicepción. La nocicepción implica la estimulación de los nervios que transmiten información sobre el daño del tejido al cerebro. El dolor es una percepción subjetiva que resulta de la conversión, transmisión y modulación de inputs sensoriales integrados a través de influencias genéticas, y que son modulados por el estatus fisiológico actual de la persona (predisposición neurobiológica), junto con el hecho de tener estrategias de afrontamiento inadecuadas, creencias idiosincrásicas, las expectativas, el estado emocional actual, el estado y el medio sociocultural y/o problemática familiar así como de la historia anterior de aprendizaje (predisponentes psicosociales). El dolor puede acontecer sin que se dé nocicepción, y esta posibilidad no siempre es reconocida por los médicos y/o pacientes.

Entre las alternativas no farmacológicas se utilizan la terapia cognitivo-conductual (Williams y cols., 2002), el tratamiento psicoeducacional y el ejercicio físico aeróbico programado (Richards y Scott, 200), con el objetivo de mejorar la adaptación a la enfermedad y la capacidad física, solas o combinadas entre sí y con el tratamiento farmacológico, intentando aumentar la efectividad global del tratamiento en forma de programas de intervención múltiple (con diversos componentes como modificación de creencias, actitudes, conductas, relajación, biofeedback, ejercicio aeróbico) (Busch, Schachter, Peloso y Bombardier, 2001; Richards y Scott, 2002; Collado y cols., 2001). Algunos ensayos controlados y aleatorizados han demostrado resultados positivos tanto en nuestro país (Collado y cols., 2001) como en otros países (Richards y Scott, 2002; Cedraschi y col, 2004). Sin embargo a menudo se han realizado con muestras pequeñas, a corto plazo y con pérdidas de seguimiento, al igual que los meta-análisis de ensayos sobre las intervenciones multidisciplinares (Busch, Schachter, Peloso y Bombardier, 2002; Karjalainen, Malmivaara, van Tulder, Roine, Jauhiainen, Hurri y cols., 2007). Además se han realizado en su mayoría con pacientes en un nivel de atención hospitalario o de atención especializada reumatológica, por lo que sus conclusiones son difíciles de extrapolar y generalizar a la población general y a la



atendida en Atención Primaria en particular, donde se asiste de forma continuada a la mayoría de pacientes con SFM y se percibe de forma imperiosa la necesidad de intervenciones efectivas para estos pacientes.

Desde el punto de vista de evaluación de servicios sanitarios y efectividad de las intervenciones, la comprobación de que las dos intervenciones aquí propuestas, con metodología adecuada, explícita y con seguimiento suficiente, en un problema crónico e invalidante como el SFM, puede resultar una medida efectiva en mejorar el abordaje terapéutico farmacológico y no farmacológico optimizando resultados tanto en referencia al paciente como al consumo más eficiente de recursos sanitarios, en este amplio grupo de pacientes, objetivos y actividades que se recogen en la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) y/o Especializada (AE), consiguiendo a la vez mejorar y conjugar resultados y objetivos de interés para los pacientes y para la organización sanitaria.

Desde el punto de vista de transferencia de conocimientos y habilidades, estos aspectos de tratamiento no farmacológico, actualmente no muy desarrollados en Atención Primaria, redundaría en una mejora considerable de este problema (con resultados hasta ahora manifiestamente mejorables), con una mejor relación coste-efectividad y un abordaje integral. La difusión y formación en este abordaje podría disminuir la variabilidad de los profesionales en el ámbito de AP y/o AE respecto al SFM y la equidad en la atención de este colectivo de pacientes.

Comentaremos brevemente los dos tratamientos que aplicaremos, por ser objeto de nuestro estudio. El primero es un programa de tratamiento cognitivo-conductual y se ha utilizado para pacientes con dolor crónico en general y el segundo se ha aplicado más en concreto a pacientes reumáticos.

Para el modelo cognitivo-conductual la persistencia de conductas dolorosas puede ser explicada además de por mecanismos de aprendizaje, por la aparición de estrategias de afrontamiento, cogniciones, expectativas que el sujeto haya desarrollado como consecuencia del sufrimiento que el dolor le provoca.

Por lo tanto, los dos mayores objetivos de la aproximación cognitivo-conductual del dolor crónico son: (1) desarrollar e impulsar las creencias de los pacientes para que ellos puedan

funcionar adaptativamente en la vida diaria y manejar el dolor; (2) enseñar habilidades a los pacientes para manejar efectivamente futuros desafíos relacionados con dolor crónico (Bradley, 1996). El modelo cognitivo-conductual atiende sobre todo a los factores que pueden contribuir a perpetuar el dolor y a hacerlo crónico al margen de estímulos nociceptivos persistentes.

El segundo es el abordaje de autocontrol o gestión personal desarrollado en 1978 por Lorig, Holman y cols., (*Stanford University*, Palo Alto California), para pacientes con artritis. El propósito de dicha investigación era desarrollar y evaluar un programa de educación más práctico que teórico; el deseo de crear un tratamiento de bajo coste que pudiera ser aplicado por individuos entrenados y hacerlo disponible a un gran número de pacientes.

Los programas de gestión personal para pacientes con enfermedades crónicas han demostrado tener efectos positivos a largo plazo en la conducta de los pacientes, en su estado de salud y en el uso de los servicios de salud. De esta manera, aunque los enfermos, médica o clínicamente sigan en el mismo estado, pueden sin embargo sentir menos dolor, realizar más actividades en vida cotidiana, pasar por menos estados depresivos; en definitiva, tener una mejor calidad de vida. A diferencia de los programas de educación tradicional de los pacientes, diseñados para aumentar el conocimiento específico de la enfermedad y animar al cumplimiento de los regímenes impuestos por el médico, los programas de gestión personal son dirigidos por pacientes expertos y tiene el propósito de proporcionar a sus iguales los conocimientos y las capacidades para gestionar diariamente su enfermedad.

Así pues, los principales objetivos de este programa se centran en la mejora de los conocimientos erróneos sobre su enfermedad o de los riesgos de determinadas prácticas, las conductas (ejercicios, relajación, técnicas de afrontamiento del dolor) y el estado de salud (disminución del dolor, incapacidad, depresión y número de consultas externas al médico) en pacientes con artritis reumatoide. También contemplan la relación entre cambio de comportamientos- estado de salud y viceversa.

Tras demostrar, a lo largo de los años, ampliamente su eficacia, *los* programas de gestión personal son actualmente uno de los más conocidos y han servido como base de la mayoría de intervenciones educativas en dicha área, reconociéndose que la salud de una

persona se determina, en muchos casos, más por las propias acciones de los pacientes, que por las acciones de los profesionales u organismos oficiales de salud.

La historia de esta intervención realizada con enfermos crónicos se relata en una monografía de la Revista Medical Care de abril de 2002, dedicada al que fuera su impulsor: Halsted Holman (Shoor y Lorig, 2002). A mediados de los años 80 se convirtió en uno de los programas de educación adoptado por la *National Arthritis Foundation*. A partir de entonces se introdujo en el resto de los estados americanos, así como en Canadá, Australia, Gran Bretaña, Holanda y Suecia principalmente.

Los estudios sobre la evaluación de programas de tratamiento psicológico en el SFM son escasos. Aunque escasos, los resultados en esta línea son esperanzadores, ya que muestran que mejoran la calidad de vida del número de pacientes tratados (Flor, Fydrich y Turk, 1992).

Con el objetivo de facilitar la lectura del desarrollo de la tesis, a continuación presentamos un resumen de su estructura general. La dividimos en dos partes: una revisión teórica y el trabajo de investigación propiamente dicho.

La revisión teórica está dividida en seis capítulos. En el primero hemos realizado una aproximación histórica al estudio del dolor, definimos el concepto de dolor, su clasificación y la justificación del estudio de la fibromialgia como síndrome de dolor crónico, desde una perspectiva biopsicosocial.

El segundo se dedica a los aspectos históricos conceptuales, diagnóstico y epidemiología de la fibromialgia. También se indica la consideración de este trastorno en las clasificaciones de los trastornos mentales (DSM-IV-TR Y CIE-10) y enfermedades con aspectos similares o relacionados.

El tercer capítulo revisa la perspectiva psicosocial de dolor crónico. Este capítulo examina cómo los factores sociales y psicológicos pueden ser integrados con los factores físicos para crear un marco biopsicosocial que pueda ayudarnos a entender a los pacientes con dolor crónico y a su discapacidad.

El cuarto capítulo aborda factores causales, describiendo las principales teorías e hipótesis que han motivado distintas líneas de investigación en el SFM.

El último capítulo de la aproximación teórica se dedica a revisar la evidencia de las intervenciones desde una perspectiva psicológica, con especial hincapié en los tratamientos cognitivos – conductuales y los programas de autocontrol (*self-management*).

La segunda parte de nuestro trabajo la estructuramos según el formato al uso en la investigación científica: Objetivos e Hipótesis (capítulo sexto); Método (capítulo séptimo); Resultados (capítulo octavo); Discusión (capítulo noveno) y Conclusiones (capítulo décimo).

Por último se encuentra la bibliografía y el anexo, que incluye los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación utilizados y los esquemas de los protocolos de las intervenciones analizadas.

# Capítulo 2

---

## **CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA**

---



## **Esquema**

### **2. CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA**

#### **2.1.- APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA**

#### **2.2.- DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA**

#### **2.3.- OTRAS CLASIFICACIONES**

*2.3.1. - Clasificación de la International Association for the Study of Pain (IASP)*

*2.3.2.- Clasificación de la American Psychiatric Association (APA)*

*2.3.3.- Clasificación de la Internacional de Enfermedades de la OMS, la CIE-10*

*2.3.4.- El síndrome de fibromialgia como dolor neuropático*

#### **2.4.- EPIDEMIOLOGÍA**





## **2. CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA.**

### **2.1.- Aproximación histórica al estudio de la fibromialgia**

La evolución histórica de la diferenciación de la fibromialgia de otros trastornos reumáticos hasta llegar a su definición actual, es larga en el tiempo y en el espacio, ya que estos padecimientos han flagelado a la humanidad desde sus comienzos. La novedad lo constituye la denominación de Síndrome de Fibromialgia utilizada en nuestros días. La palabra fibromialgia proviene del término latino para denominar el tejido fibroso (fibro) y los términos griegos para músculo (mio) y dolor (algia). Antes se conocía como un tipo de reumatismo muscular que a lo largo de la Historia ha recibido numerosas acepciones: Reumatismo muscular; Fibromiositis; Fibrositis; Reumatismo psicógeno; Síndrome de dolor miofascial.

El término “reúma” se encuentra por primera vez en el libro de Hipócrates “De las localizaciones del cuerpo humano” (S. IV a.C.) y se pensaba que se producía por el flujo de los humores (en especial la sangre) por los músculos y articulaciones, determinando fuertes dolores.

Sin embargo, no fue hasta el S. XVII cuando se estableció la distinción entre dolor reumatismo articular y reumatismo muscular o de partes blandas. Esta distinción fue esencial para propósitos de diagnóstico y tratamiento. Por una parte los médicos alemanes caracterizaron al reumatismo muscular por la presencia de áreas de dolor y rigidez musculo-esquelético generalizado y la existencia de nódulos o zonas de endurecimiento muscular. A un tiempo los médicos ingleses clasificaban el reumatismo muscular como un proceso del tejido conectivo más que del músculo en sí.

Ya en el siglo XX, Gowers (1904) acuña el nombre de “fibrositis” para describir un cuadro de dolor generalizado, de carácter difuso y cambiante que afectaba a las vainas tendinosas, músculos y articulaciones para el que asumió que se debían a cambios inflamatorios en la estructura fibrosa de los músculos. A su vez, Stockman combinaba en sus investigaciones el concepto alemán sobre los nódulos con el concepto británico de tejido conectivo inflamado, etiquetándolos como “hiperplasia

del tejido conectivo”. A pesar de la falta de estudios que lo confirmaran, durante años se consideró que la inflamación era la causa del reumatismo de los tejidos blandos (Stockman, 1904).

A finales de la década de los años treinta, estudios más metódicos objetaron la concepción inflamatoria de la fibrositis (Hench, 1936) y su imprecisión ya que se aplicaba indistintamente a las alteraciones de las partes blandas del aparato locomotor a consecuencia de un agente exógeno (p.e., traumatismo) o endógeno (p.e., una enfermedad infecciosa).

También durante esta época aparecieron dos conceptos directamente relacionados con el de la fibromialgia: el *síndrome doloroso miofascial* y el *reumatismo psicógeno*. El primer término difundido por Travell y Rinzler (1952), caracterizado por la presencia de dolor en los puntos gatillo (zona cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio o a distancia) en uno o varios grupos musculares y que puede acompañarse de trastornos de sueño. Boland introduce el concepto de *reumatismo psicógeno* o reumatismo tensional basado en la ausencia de hallazgos demostrables que justifiquen los síntomas, lo que condujo a pensar que el dolor era de naturaleza psicógena, al comprobarse su asociación constante a depresión y estrés (Boland y Corr, 1943).

En 1946, Kelly explicó muchas de las características de la Fibrositis. La idea consistía en que existía una excitabilidad subyacente aumentada del sistema nervioso central, producida por estrés o enfermedad, que facilitaba el desarrollo de puntos miálgicos. Sin embargo todavía no se distingue entre las formas localizadas de fibrositis, por ejemplo las del cuello y el síndrome de dolor generalizado, que es la base del concepto que tenemos actualmente en la fibromialgia (Kelly, 1946).

A partir de 1950, con el desarrollo de la Inmunología y el conocimiento más preciso de la patogenia de muchas enfermedades reumáticas, este síndrome se aparta de los cuadros con base inmunológica y se define como un proceso de origen incierto que cursa con dolores difusos, fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño.

Bonica considera que el dolor fibrosístico se debe a tensión muscular originado por una alteración psíquica, creándose un círculo vicioso entre ambos (Bonica, 1957).

En los años setenta, se producen grandes avances en el orden conceptual, clínico y patogénico. Traut en 1968 describe como fibrositis un síndrome constituido por dolor generalizado, cansancio, trastornos del sueño y dolor a la palpación en determinados sitios de inserción de músculos y tendones, y que como puede apreciarse es muy parecido al concepto actual de la fibromialgia (Traut, 1968).

En 1972 se publican los primeros criterios diagnósticos debidos a Smythe (1972), autor que, por otra parte, en 1976, hace la primera descripción del mapeado de los puntos dolorosos fijos (Smythe y Moldofsky, 1977). En 1976, Hensch propone por primera vez el término fibromialgia en lugar de fibrositis para resaltar la presencia de fenómenos dolorosos musculares y la ausencia de signos inflamatorios (Hensch, 1976).

En ese mismo año, en el plano patogénico, Moldofsky, comunicó intrusión de ritmos alfa en la fase IV del sueño en pacientes diagnosticados de fibrositis (Moldofsky, 1995). Observó que privando de esta fase a voluntarios sanos, conseguía disminuir la presión necesaria para provocar dolor a la presión, por lo que prefirió utilizar el término de “síndrome del sueño no reparador” al de fibrositis. Esta merma de sueño profundo, fundamental para la recuperación muscular, explicaría el cansancio, fatiga y los dolores musculares generalizados, argumentándose así una teoría patogénica.

En 1979 Smythe propone una nueva teoría patogénica y considera a la fibromialgia como un síndrome de amplificación del dolor, de la misma naturaleza que los síndromes distróficos reflejos, o el síndrome de abstinencia de narcóticos. Se trata de una teoría patogénica, que ha hallado amplia aceptación aunque tiene una difícil comprobación, (Yunus, 1992; Geel, 1994).

En la década de los ochenta se producen importantes cambios en el campo de la identificación y diagnóstico de la fibromialgia. Autores como Yunus y cols., (1981); Campbell y cols., (1983); propusieron varios criterios para el diagnóstico y clasificación de la Fibromialgia, generalmente basados en la exclusión de la enfermedad reumática y en la presencia de ciertos síntomas y puntos sensibles a la palpación (ver Tabla 1).

En 1984 Yunus, englobó la fibromialgia dentro del *síndrome disfuncional* junto a otras patologías como síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, etc., ya que presentaban características clínicas comunes y respuesta a agentes serotoninérgicos o noradrenérgicos, proponiendo como hipótesis la existencia de una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) que establecía un nexo entre todas ellas (Yunus, 1984).

En esta década prosigue el estudio de la anatomía patológica del músculo sin encontrar alteraciones específicas, sino más bien cambios cuantitativos: atrofia fibrilar, cúmulos celulares de glucógeno, aumento de mitocondrias, etc. (Bengtsson, Henriksson y Larson, 1986).

**Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Síndrome de Fibromialgia.**

---

<b>1. Criterios obligatorios</b>	a) Presencia de dolor generalizado y rigidez prominente, envolviendo tres o más sitios anatómicos, durante por lo menos tres meses b) Ausencia de causas secundarias, ej. Traumáticas ( debido a un trauma repetitivo o más directo), otro reumático (incluido degenerativo), infección, endocrino o maligno, con las pruebas de laboratorio normales
<b>2. Criterios mayores</b>	La presencia de por lo menos cinco puntos de dolor estables
<b>3. Criterios menores</b>	a) Modulación de los síntomas por la actividad física b) Modulación de síntomas por factores del tiempo c) Agravación de los síntomas por ansiedad o estrés d) Alteración del sueño e) Fatiga general o sensibilidad f) Ansiedad g) Dolor de cabeza crónico h) Síndrome intestino irritable i) Hinchazón subjetivo j) Aturdimiento

---

Todos los pacientes del fibromialgia primarios deben satisfacer los dos criterios obligatorios, así como el criterio mayor más por lo menos tres criterios menores. Si el paciente tiene sólo 3 o 4 puntos de dolor, entonces se sugieren cinco criterios menores.

---

Con la profusión de estudios realizados hasta finales de los ochenta, la fibromialgia quedaba bastante definida e identificable, consensuándose finalmente. En 1990 el American College of Rheumatology (ACR) con el fin de distinguir la fibromialgia de otros procesos reumáticos publicó unos criterios de clasificación, que son los actualmente utilizados (Wolfe y cols., 1990).

A pesar de todos estos esfuerzos el gran problema persiste. Las dudas etiológicas, que durante años habían dificultado el camino para llegar a un acuerdo, siguen aún sin resolverse, a pesar de que en la década de los años noventa se produce un importante aumento de publicaciones e investigaciones sobre fibromialgia, y a pesar de los grandes avances desde diferentes disciplinas en el conocimiento de los mecanismos del dolor de los últimos años, persistiendo la idea de un trastorno de la neuromodulación del dolor en estos pacientes. Ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud en 1992 y clasificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0.

## **2.2.- Definición del Síndrome de Fibromialgia**

En 1992 la fibromialgia fue definida como un estado doloroso no articular que afectaba predominantemente a los músculos cuyas características principales eran el dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos que más adelante definimos. Se asocia típicamente con fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez matutina generalizada, parestesias, cefaleas y otros síntomas sistémicos inespecíficos (Consensus Document en Fibromyalgia, 1993).

Clásicamente la fibromialgia se ha subdividido en tres subgrupos (Uceda, González, Fernández y Hernández, 2000):

- Fibromialgia primaria: pacientes con dolor musculo esquelético generalizado y múltiples puntos dolorosos en ausencia de otra afección que justifique sus síntomas.
- Fibromialgia concomitante: la que se asocia a otra afección que sólo explica parcialmente los síntomas. Estos pacientes no difieren de los que presentan una SFM primaria.

- Fibromialgia secundaria. cuando ocurre junto a otra afección subyacente y que probablemente es su causa. Existen casos bien documentados de SFM con hipotiroidismo (Carette y Lefrancois, 1988), polimialgia reumática, polimiositis, mieloma (Povedano, Salaberri, Corteguera y García, 1989), brucelosis, adenoma tiroideo (Van-Linthoudt, Roth, y Ott, 1990), etc.
- Fibromialgia reactiva: término propuesto para distinguir aquellos pacientes en quienes se puede identificar un episodio específico (traumatismo, cirugía o vivencia en general) anterior al inicio de la enfermedad (Greenfield, Fitzcharles y Esdaile, 1992).

A pesar de todo lo anterior, desde el estudio multicéntrico del Colegio Americano de Reumatología (Wolfe y cols., 1990) para la definición de los criterios de clasificación de la fibromialgia se considera que estos subtipos son indistinguibles en sus características clínicas, por lo que se sugirió que se abandonase la distinción entre los tres tipos de fibromialgia, siendo válido el diagnóstico de la enfermedad independiente de otros diagnósticos asociados.

La anamnesis es fundamental para el diagnóstico del SFM. El síntoma clave es el dolor generalizado, que se agrava con el estrés, el frío o la actividad física mantenida. Hay que preguntar al paciente sobre su aparición y los antecedentes traumáticos, físicos o psicológicos relacionados con su inicio, localización, irradiación, ritmo, intensidad, situaciones que lo empeoran o mejoran, así como

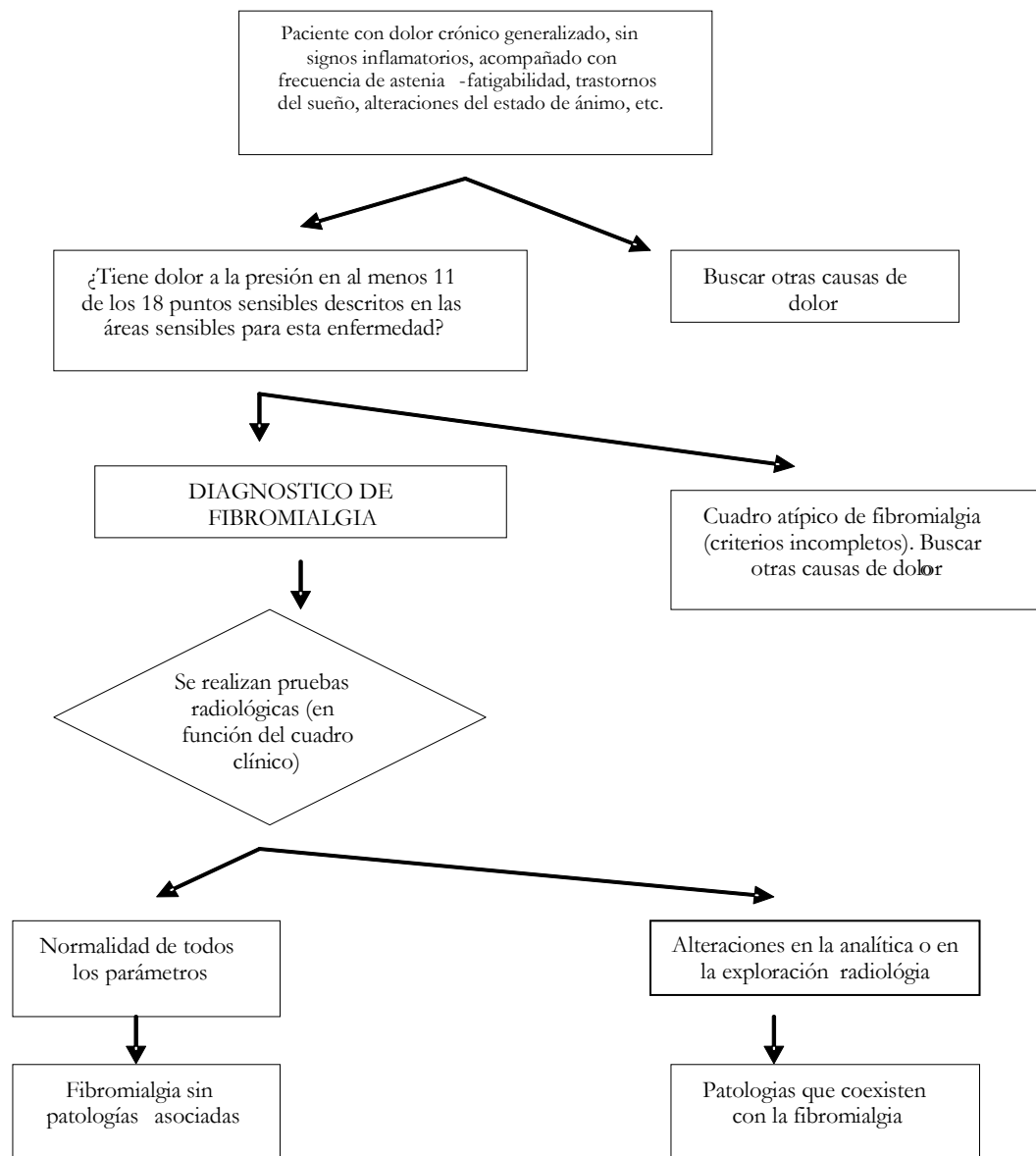
El dolor se acompaña frecuentemente de rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies, fatigabilidad-astenia y alteraciones del sueño. Otros síntomas que con frecuencia acompañan al SFM son cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o memoria, disfunción temporo-mandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable.

Además, es conveniente realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología psicopatológica actual; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares; perfil de personalidad y patrón de conducta.

En el algoritmo de la ilustración 1 se recogen los aspectos más importantes a valorar en el diagnóstico del SFM.

La exploración física detallada y exhaustiva es esencial, tanto para confirmar la SFM como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular.

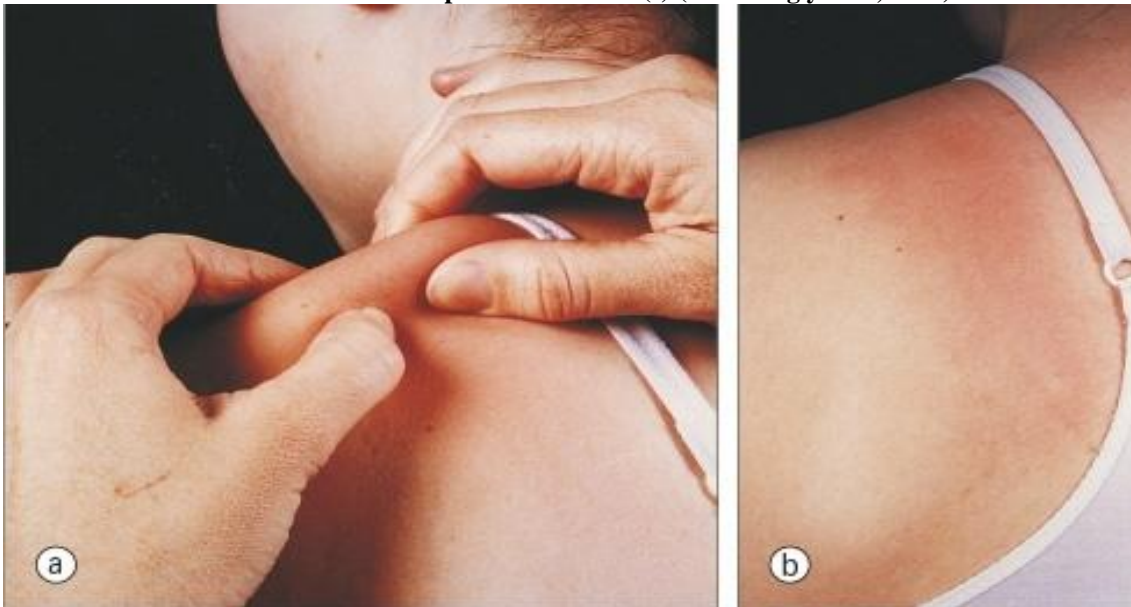
**Ilustración 1. Algoritmo de diagnóstico de fibromialgia. Reproducido del original publicado por Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003**



En la SFM la movilidad y el aspecto articular deben ser normales, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo. Para diagnosticar la SFM es necesario comprobar el dolor a la presión en, al menos, 11 de los siguientes 9 pares de puntos (*Ilustración 2 y 3*):

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

**Ilustración 2. Localización de puntos dolorosos (I) (Hochberg y cols., 2008)**





**Ilustración 3. Localización de puntos dolorosos (II) (Hochberg y cols., 2008)**



Los criterios de la ACR han sido útiles en cuanto a que han permitido definir mejor el SFM y detectar a los pacientes. En la actualidad se está revisándolos, ya que, además del dolor osteomuscular crónico y generalizado, se deben valorar todos los otros síntomas que acompañan a la enfermedad (manifestaciones neurológicas, neurocognitivas, psicológicas, del sistema neurovegetativo, endocrinas, etc.) y nos ayudan a identificar al enfermo con SFM. Por otra parte, el conocimiento del resto de las manifestaciones clínicas presentes en cada uno de los pacientes permite confeccionar un programa individual de tratamiento. En relación con los análisis de

laboratorio y demás exploraciones complementarias, hay que decir que no existe en la actualidad ninguna prueba específica para el diagnóstico del SFM y, por tanto, las exploraciones complementarias de estos pacientes están destinadas a descartar la posible existencia de otros cuadros clínicos con síntomas similares o estudiar la aparición de situaciones comórbidas que influyan en los síntomas (Rivera y cols., 2006).

El SFM es una afección crónica en la que el dolor persiste, generalmente sin cambios, durante muchos años. No obstante, la evolución del cuadro clínico depende en gran medida del grado de afección del paciente. Rivera y cols., (2006) en un revisión del tema, manifiestan que se ha podido comprobar que los pacientes con manifestaciones clínicas más severas, atendidos en servicios hospitalarios o en clínicas especializadas de dolor, tienen un pronóstico menos favorable, mientras parece que los casos de SFM más leves seguidos en atención primaria evolucionan mejor. Un mejor nivel educacional, la profesión remunerada y la ausencia de trastornos psiquiátricos son variables predictoras de un mejor pronóstico del SFM.

### **2.3.- Otras clasificaciones**

En este epígrafe mencionaremos cuatro clasificaciones que incluyen el SFM entre sus trastornos y lo mencionaremos por su importancia en el ámbito de las ciencias de la salud.

#### *2.3.1. - Clasificación de la International Association for the Study of Pain (IASP)*

En 1994 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P) reconoció y clasificada con el código “x33 x8a” al síndrome del dolor crónico de la fibromialgia.

Esta clasificación ha establecido cinco ejes para categorizar el dolor crónico de acuerdo a: I) Localización anatómica; II) órganos afectados; III) características temporales del dolor y patrón de aparición; IV) valoración de la intensidad por parte del enfermo y tiempo transcurrido desde el inicio del dolor, y V) etiología.

Este sistema de cinco ejes se basa principalmente en las manifestaciones físicas del dolor pero permite considerar factores psicológicos tanto en el segundo eje (donde se puede codificar la presencia de un trastorno mental) como en el quinto (donde la etiología puede ser “psicofisiológica” y/o psicológica).

### *2.3.2.- Clasificación de la American Psychiatric Association (APA)*

En la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM III (APA, 1980), se contempla una categoría diagnóstica llamada dolor psicógeno. Más tarde en la revisión de este manual (DSM-III-R) el término se modificó por el de dolor somatoforme, incluyendo que la preocupación por el dolor tenga una duración de seis meses (APA, 1987). La característica principal de estos trastornos es que no se encuentra bajo control voluntario, como ocurre en el trastorno por simulación. Sin embargo, estos criterios (DSM-III y DSM-III-R) no incluyen una categoría para el dolor agudo.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (APA, 1995), se introduce una categoría para el dolor agudo y se acuña el término trastorno por dolor dentro de la clasificación de los trastornos somatomorfos, para hacer referencia al dolor crónico de etiología no orgánica.

Los criterios diagnósticos para el trastorno por dolor en el DSM-IV (APA, 1995) consideran como característica esencial la presencia de dolor, el cual debe de ser de gravedad suficiente como para merecer atención médica. Este dolor debe provocar malestar importante y deterioro en diversas áreas de la persona como por ejemplo, en el plano social y laboral. Los factores psicológicos juegan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor. El dolor no es simulado o producido de manera intencional. Las alteraciones producidas por el dolor conllevan a una utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, conflictos matrimoniales o alteración de la vida familiar.

Queda descartado el trastorno por dolor cuando éste se explica por la presencia de un trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad o por dispareunia.

Se describen tres subtipos, los cuales se diferencian por la presencia de factores médicos ó psicológicos en la etiología y mantenimiento del dolor.

1. Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: En este subtipo los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, gravedad, exacerbación y persistencia del dolor. Los trastornos físicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o mantenimiento del dolor.
2. Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: Aquí tanto los factores psicológicos como los médicos tienen un papel importante en el inicio, gravedad, exacerbación y persistencia del dolor.
3. Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. En este caso el dolor está producido por una enfermedad médica y los factores psicológicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o la persistencia del dolor.

Finalmente, también se tiene en cuenta la duración del dolor y se utilizan las especificaciones siguientes: agudo, si la duración del dolor es inferior a 6 meses y crónico si la duración del dolor es igual o superior a 6 meses.

El DSM-IV establece que los factores psicológicos pueden afectar a la condición médica alterando el curso de la enfermedad, interfiriendo en el tratamiento, constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo, y, precipitando o exacerbando los síntomas existentes a través de las respuestas fisiológicas de estrés. En este sentido, establece seis tipos de factores psicológicos que pueden influir en algunas de las formas descritas:

- (1). Trastornos mentales
- (2). Síntomas psicológicos
- (3). Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento
- (4). Conductas desadaptativas relacionadas con la salud
- (5). Respuestas fisiológicas asociadas al estrés
- (6). Otros factores no especificados

El DSM-IV-TR en su última revisión (APA, 2001), se ha actualizado y ampliado la información sobre alteraciones del sueño asociadas y sobre el curso y sobre el riesgo

de dependencia de sustancias, para incluir factores que minimizan la probabilidad de desarrollar dependencia de sustancias yatrogénicas.

### *2.3.3.- Clasificación de la Internacional de Enfermedades de la OMS, la CIE-10*

Esta clasificación en el apartado de trastornos somatomorfos (F45) incluye el trastorno de dolor somatomorfo persistente (F45.4). Los criterios diagnósticos requieren la persistencia de un dolor intenso que no se puede explicar totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia relacionado con conflictos o problemas, obteniendo el paciente aumento significativo de apoyo y atención por parte de los familiares, médicos u otras personas.

No se incluyen dolores psicógenos relacionados con el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. Tampoco se incluyen los dolores como tensión muscular o migraña. Se incluyen: la psicalgia, lumbalgia psicógena, cefalea psicógena y dolor somatomorfo psicógeno.

En el diagnóstico diferencial se menciona tener en cuenta la elaboración histriónica de un dolor de causa orgánica. Los enfermos que padecen dolores orgánicos en los que no se ha llegado a un diagnóstico somático concreto pueden volverse temerosos o resentidos lo que puede dar lugar a demandas de atención. En los trastornos de somatización aparecen toda una serie de molestias y dolores que no son tan persistentes ni prevalecen tanto sobre las otras quejas.

### *2.3.4.- El síndrome de fibromialgia como dolor neuropático*

La inclusión de la fibromialgia dentro del grupo del dolor neuropático comenzó a mediados de los años noventa con algunos estudios que se dirigieron hacia la existencia de alteraciones en la percepción dolorosa en estos pacientes (Kosek, Ekholm, y Hansson, 1996). Posteriormente se observaron alteraciones funcionales en regiones cerebrales específicas de la percepción dolorosa mediante la técnica SPECT (Mountz, Bradley y Alarcon, 1998). Estos estudios y muchos otros en la misma dirección llevaron a la conclusión a muchos autores, de que el SFM era una

manifestación de una alteración generalizada de la percepción dolorosa y, por tanto, un cuadro de dolor neuropático generalizado (Staud y Domingo, 2001; Bradley, McKendree-Smith, Alarcon y Cianfrini, 2002). Algunos de estos autores hicieron una revisión de la literatura de todos los estudios hechos hasta aquel momento sobre alteraciones coincidentes con el dolor neuropático (Staud, 2002) y concluyeron que las anormalidades en el procesamiento central del dolor era la característica más destacada de estos pacientes. Sin embargo, la polémica está servida: no todos están de acuerdo en clasificar a la fibromialgia como un dolor neuropático (Crofford, 2005; Rowbothan, 2005), y piensan que las alteraciones secundarias se producen como una sensibilización central “secundaria” y no primaria. Para otros (Price y Staud, 2005), tanto clínicamente por su comportamiento complejo, resistencia a los analgésicos convencionales, la sensibilidad a los neuromoduladores y alteraciones psicológicas, como experimentalmente por las alteraciones sensoriales, hiperalgesia generalizada y alodinia mecánica, la fibromialgia se aproxima más al dolor neuropático que a cualquier otro filtro de dolor y consideran que esto no es una mera semántica, sino que tiene connotaciones de investigación y enfoque terapéutico de mucha importancia para el futuro de estos pacientes.

#### **2.4.- Epidemiología**

La epidemiología se define como el estudio de la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas, así como de los factores determinantes asociados a las mismas.

Desde esta perspectiva, los patrones de prevalencia relacionados específicamente con la edad y el sexo difieren para las distintas condiciones de dolor. Sin embargo, las tasas de prevalencia de las condiciones de dolor crónico más comunes son más altas entre las mujeres que entre los hombres. Por ejemplo, en estudios de adultos basados en la población, la proporción mujer / hombre es de aproximadamente 1,5:1 en promedio para el dolor de cabeza, cuello, hombro, rodilla y espalda; de aproximadamente 2:1 para las condiciones de dolor bucofacial; y de 2,5:1 para las migrañas; y la proporción de género para la fibromialgia (una condición menos

prevalente pero, generalmente, con efectos incapacitantes) es superior a 4:1. Todavía no se sabe con claridad si las encuestas de prevalencia muestran tasas de dolor más altas en las mujeres porque las mujeres tienen más probabilidades de tener estas condiciones en primer lugar (es decir, mayores tasas de incidencia) o si las condiciones tienen una mayor duración en las mujeres. Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de experimentar dolores múltiples en forma simultánea. Tener condiciones de dolores múltiples está asociado con niveles más altos de incapacidad y molestias psicológicas que con tener una única condición de dolor; y tener dolores múltiples es un factor de riesgo para el inicio de nuevas condiciones de dolor (IASP, 2007).

Los estudios de la prevalencia del SFM reportados en la literatura internacional provienen de tres diferentes fuentes:

1. Comunitarios (estudios basados en población).
2. Centros de referencia (Atención primaria).
3. Clínicas de especialidad (Atención especializada).

Aunque el SFM es una enfermedad muy prevalente, la realidad epidemiológica de la misma no se conoce con exactitud debido a las importantes limitaciones metodológicas de los estudios publicados hasta la fecha (principalmente sesgos de selección). No obstante en este epígrafe daremos unas visiones globales de los estudios de prevalencia y de incidencia más importantes. Este síndrome se ha descrito en todos los países donde se ha estudiado.

A partir de los años noventa se produce un gran desarrollo de los estudios epidemiológicos tras unificarse los criterios de clasificación de la American College of Rheumatology (Wolfe y cols., 1990). Después de este consenso el estudio más importante realizado en Estados Unidos fue el de Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, (1995), estimando una prevalencia en la población general del 2% para ambos sexos, un 3,4% para el sexo femenino y un 0,5% para el masculino. Se encontró una relación entre SFM y sexo femenino; haber solicitado compensación económica por incapacidad, estar divorciada y presentar un mayor índice de

somatización en las pruebas utilizadas para valorarla. Las variables clínicas que con mayor frecuencia se asocian a SFM fueron: percepción del propio paciente de una alta discapacidad funcional y un estado de salud general malo. En otro estudio (Yunus, Masí, y Aldag, 1989) la edad media se situó en los 40 años, con una duración media de los síntomas de siete años, lo que corresponde a una edad media de inicio de 33 años.

Otro trabajo comunitario realizado en Canadá por White en 1995 encuentra una prevalencia del 3,3% (4,9% en mujeres y 1,6% en los hombres), las variables más estrechamente relacionadas fueron: los estudios inferiores a los universitarios, tener menos ingresos, encontrarse incapacitado y estar divorciado o separado (White, Speechley, Harth, y Ostbye, 1999).

La incidencia de la SFM está menos definida. Forseth en Noruega realizó un estudio en el que encontró una incidencia anual de SFM en la población general de 583/100.000 habitantes (Forseth y Gran, 1992).

En una encuesta realizada en 1991 en Canadá a una muestra representativa de reumatólogos para estimar la proporción de consultas nuevas de fibromialgia, se obtuvo una respuesta del 89%. La fibromialgia se situaba entre los tres procesos más frecuentes y el proceso con mayor incremento según la estimación de los reumatólogos consultados (White, Speechley, Harth, y Ostbye, 1999).

En España, con el proyecto EPISER 2001 (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001) se realizó el primer estudio sobre la prevalencia de las enfermedades reumáticas, encontrándose unas cifras de prevalencia global de SFM de un 2,37% (4,2% en mujeres y 0,2% en hombres), presentando un pico de edad entre los 40 y 49 años, coincidiendo con décadas de edad de productividad laboral, siendo rara en ancianos. El SFM se asocia con frecuencia a otros trastornos crónicos, especialmente a hipertensión arterial, hipercolesterolemia y depresión. El SFM afecta de forma muy significativa a la capacidad funcional y la calidad de vida, independientemente del sexo, la edad, el nivel de estudios y la presencia de comorbilidad. Entre las personas con SFM, asociada o no a otras enfermedades musculoesqueléticas, el 11,5% recibe compensaciones por incapacidad laboral. El nivel de estudios fue significativamente menor en los pacientes con SFM que



en el resto de la población (Valverde, Ribas, Benito, Carmona, y grupo de trabajo EPISER 2000). Las características clínicas, demográficas y laborales son similares a las descritas en otros países (Albornoz, Povedano, Quijada, de la Iglesia, Fernández y Pérez, 1997).

Se ha reportado un 2 por 100 de fibromialgia en la práctica de medicina clínica familiar (Hartz y Kirchdoerfer, 1987) y un 3,7 por 100 de fibromialgia en una clínica de medicina general de pacientes no dirigidos (Campbell, Clark, Tindall, Forehand, y Bennett, 1983). En un centro de salud de Madrid se ha hallado una prevalencia del 7,5 por 100 (Romero Ganuza y Encinas Sotillos, 1992).

Su distribución en lo que respecta al género es casi igual en la niñez, pero es hasta siete veces más común en las mujeres que en los hombres en la adultez (entre los 50 y los 60 años). El SFM tiene un impacto sustancial en la calidad de vida y la función física de una persona, similar al de la artritis reumatoide (rheumatoid arthritis, RA) Más del 30% de los pacientes con SFM se ven obligados a aceptar jornadas laborales más cortas o tareas que demanden menos esfuerzo físico para conservar el empleo (IASP, 2007).

En consultas o clínicas reumatológicas las prevalencias son, obviamente, más elevadas: del 15-20 por 100 (Yoldi y Alegre, 1992). Sin embargo, el estudio de Calabozo, Llamazares, Muñoz y Alonso-Ruiz, (1990) reportaba que en España el 13% de los pacientes que acuden a las consultas de medicina general lo padecen, disminuyendo a un 10,4% en las consultas especializadas de los Servicios de Reumatología (Calabozo y cols., 1990).

En poblaciones de países escandinavos, las prevalencias halladas son más bajas: 0,6 por 100 en una población danesa, aplicando los criterios del ACR 1990 (Prescott y cols., 1993).

En resumen hay una gran variabilidad entre las prevalencias de la fibromialgia referidas en los distintos estudios, pudiendo oscilar entre el 1 y el 10 por 100 (Masi, 1993).

En la tabla 2 se representa esta variabilidad de prevalencias en diferentes países de Europa, Estados Unidos y África del Sur según los diversos autores y muestras estudiadas.

**Tabla 2. Prevalencia de la Fibromialgia en distintos países**

<b>Autor y año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Prevalencia</b>
Prescott, e.; Kjoller, M.; Jacobsen, S., y cols., 1993	Dinamarca	0,6
Croft, Rigby, Boswell, Schollum, y Silman, 1993	Reino Unido	11,2 %
(Lindell, Bergman, Pettersson, Jacobsson, y Herrstrom, 2000	África del Sur	3,2 %
Yoldi, B., y Alegre, C., 1992	España (consulta reumatología)	15-20 %
Carmona y col, 2001	España (Estudio EPISER)	2,4 %
Romero Ganuza, F. J., y Encinas Sotillos, A., 1992	España (Centro de Salud)	7,5 %
White, Speechley, Harth, y Ostbye, 1999	Canada	3,3 %
Wolfe, 1995	Estados Unidos	2,4 %
Forseth y Gran, 1999	Noruega	10,5 %

# Capítulo 3

---

## **PERSPECTIVA BIOPSIKOSOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO**

---



## Esquema:

### **3. PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO.**

**3.1.- LA NECESIDAD DE UNA ALTERNATIVA PARA EL MODELO DE SALUD / ENFERMEDAD.**

**3.2.- LA TEORÍA DEL CONTROL DE LA PUERTA DEL DOLOR.**

**3.3.- TEORÍA DE LA NEUROMATRIZ.**

**3.4.- LA PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL. UNA DESCRIPCIÓN BÁSICA.**

**3.5.- FACTORES SOCIOCULTURALES.**

*3.5.2.- Mecanismos de Aprendizaje Conductual.*

*3.5.2.1.- Aprendizaje respondient.*

*3.5.2.2.- Aprendizaje operante.*

**3.6.- FACTORES COGNITIVOS.**

*3.6.1.- Creencias acerca del dolor.*

*3.6.2.- Creencias acerca de la Controlabilidad.*

*3.6.3.- Expectativas de autoeficacia.*

*3.6.4.- Errores Cognitivos.*

*3.6.5.- Estrategias de afrontamiento.*

**3.7.- FACTORES AFECTIVOS.**

*3.7.1.- Ansiedad.*

*3.7.2.- Depresión.*

*3.7.3.- Ira.*

**3.8.- DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.**

**3.9.- IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO.**



### **3. PERSPECTIVA BIOPSIOSOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO**

De acuerdo con Turk y Monarch (2002), el dolor crónico es una vivencia desmoralizadora que enfrenta al que lo sufre no solamente con el estrés creado por el dolor sino con otras dificultades que van ocurriendo y que le comprometen en todos los aspectos de su vida. Vivir con dolor crónico requiere una resistencia emocional considerable en la medida en que vence las reservas emocionales de las personas. En presencia de dolor crónico, la búsqueda continua de alivio a menudo permanece difícil de alcanzar, lo que puede llevar a sentimientos de desmoralización, desesperanza, indefensión y a una completa depresión. Además el dolor crónico afecta no solamente al que lo sufre sino también a la capacidad de los familiares y amigos que proporcionan apoyo instrumental y emocional. El personal sanitario comparte con los pacientes y las personas significativas de su entorno los sentimientos de frustración en el momento de que informa de que el dolor continúa a pesar de los mejores esfuerzos de los profesionales y a veces en ausencia de signos patológicos que puedan explicarlo.

A nivel social, el dolor que no se alivia crea una carga en la expedición de cuidados sanitarios, los subsidios por discapacidad, la baja productividad, pago de impuestos y frustración, cuando los pacientes permanecen discapacitados a pesar de tratamientos largos y caros. A pesar de los avances en el conocimiento de los mecanismos biológicos, el desarrollo de procedimientos diagnósticos sofisticados, y el desarrollo de tratamientos innovadores, actualmente no se dispone de ningún tratamiento que de modo consistente y permanente alivie el dolor para todos aquellos que lo sufren.

Este capítulo examina cómo los factores sociales y psicológicos pueden ser integrados con los factores biológicos para crear un marco biopsicosocial que pueda ayudarnos a entender a los pacientes con dolor crónico y a su discapacidad. Revisamos la investigación centrándonos específicamente en los factores psicológicos, conductuales y sociales y discutimos las implicaciones de éstos en el tratamiento y la rehabilitación. Los factores discutidos aquí subyacen en muchos de los tratamientos descritos en el quinto capítulo de este volumen.

### **3.1.- La necesidad de una alternativa para el modelo de salud / enfermedad**

El modelo biomédico del dolor que data de la época de los griegos, inculcado dentro del pensamiento médico por Descartes en el siglo XVII, asume que los informes de las personas vienen desde un estado de enfermedad específico, está representado por un trastorno biológico. El diagnóstico se confirma a partir de los datos procedentes de test objetivos del daño físico y las intervenciones médicas están especialmente dirigidas a corregir la disfunción orgánica o la fuente de la patología. Sin embargo, la presencia de disfunción o patología física no es suficiente para explicar todos los síntomas físicos informados. Se ha documentado en muchas investigaciones empíricas que se producen distintas respuestas a las mismas perturbaciones físicas. Aunque están relacionadas, las asociaciones entre los problemas físicos y los informes de discapacidad son modestas (Flor y Turk, 1988; Waddell y Main, 1984). La patología física identificada no predice adecuadamente la severidad del dolor y/o el nivel de la discapacidad. Del mismo modo, la severidad del dolor no explica convenientemente el trastorno psicológico o la extensión de la discapacidad observada. Mayor discapacidad significa menor calidad de vida a nivel físico, psicológico y social. La variable discapacidad sería, una variable que englobaría muchos aspectos distintos entre sí. Consistiría en una especie de abstracción que realizamos para esquematizar la complejidad de los factores que intervienen en el proceso doloroso (Moix, 2005).

La pregunta que permanece sin ser contestada con respecto a la discapacidad es ¿qué factores pueden explicar la tan variada expresión de la experiencia subjetiva y de las respuestas comportamentales?

Desde la perspectiva biomédica las características que acompañan a las condiciones crónicas tales como trastornos de sueño, depresión, discapacidad psicológica y dolor no son vistas como patognómicas de una enfermedad particular o síndrome. Más bien, se entienden como reacciones a la enfermedad y consideradas así de secundaria importancia. Se asume que una vez la enfermedad esté curada estas reacciones secundarias desaparecerán. Si no ocurre así, las especulaciones sobre la posibilidad de una causa psicológica aumentan. De esta manera, la medicina tradicional ha adoptado un punto de vista dicotómico en el que los síntomas son somatogénicos o psicogénicos. Aunque falta evidencia que apoye esta dicotomía, este punto de vista



permanece invariable. El modelo biomédico ha sido criticado debido su fracaso al tratar los roles de las variables psicológicas y psicosociales en salud y enfermedad, particularmente la interacción dinámica de estas variables con los factores patofisiológicos (Engel, 1977). Específicamente, los problemas surgen cuando la enfermedad y los síntomas de los pacientes no se corresponden con el grado de patología observable. En estas circunstancias, comunes en condiciones de dolor crónico, tales como el dolor de espalda, el dolor de cabeza, o el síndrome de fibromialgia y los trastornos temporomandibulares, el tratamiento del paciente no se ajusta claramente al modelo biomédico.

El dolor crónico es más que un síntoma físico. Su presencia continua crea manifestaciones amplias de sufrimiento que incluyen preocupación por el dolor; limitación de actividades sociales, familiares y en el trabajo; desmoralización y trastorno afectivo; abuso de medicación y de los servicios de cuidados sanitarios; y una adhesión generalizada al rol de enfermo (Parsons, 1958). Aunque la importancia de tales factores ha sido reconocida durante algún tiempo, solamente dentro del último medio siglo ha habido intentos sistemáticos de incorporar estos factores dentro de modelos más amplios del dolor (Turk, 2001; Miró, 2003). La falta de satisfacción con el modelo convencional del dolor condujo a la formulación de la Teoría del Control de la Puerta por Melzack y cols., (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968).

### **3.2.- La Teoría del Control de la Puerta del Dolor**

El primer intento para combinar los factores fisiológicos y psicológicos, y desarrollar un modelo integrativo de dolor crónico que hiciera frente los puntos débiles de los modelos médicos, fue la Teoría del Control de la Puerta (TCP) (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968). Melzack y Casey (1968) diferenciaron tres sistemas relacionados con el procesamiento de la estimulación nociceptiva: sensorial-discriminativo; motivacional-afectivo; y cognitivo-evaluativo, todos los cuales contribuían a la experiencia subjetiva de dolor. De esta manera, la Teoría del Control de la Puerta incluía específicamente factores psicológicos como parte de los aspectos integrantes de la experiencia de dolor. Además, enfatizando los mecanismos del sistema nervioso central, esta teoría proporcionaba una base fisiológica para el rol de los factores psicológicos en el dolor crónico.

Estas tres dimensiones interactúan de forma continua para caracterizar la compleja experiencia dolorosa. De ellos, la función cognitiva desempeña un papel fundamental (Vallejo, 1994). Los aspectos atencionales y cognitivos modulan las otras dos dimensiones, pues el input sensorial se identifica, evalúa y modifica antes de que se activen los sistemas sensoriales y afectivos. El dolor no se considera o somático o psicogénico; en vez de ello, ambos factores tienen efectos potenciadores o moduladores.

Los detalles fisiológicos de la TCP han sido cuestionados y se ha sugerido que el modelo está incompleto (Nathan, 1976; Price, 1987). En general, sin embargo, la teoría todavía proporciona “un poderoso resumen de los fenómenos observados en la espina dorsal y en el cerebro y tiene capacidad para explicar muchos de los más misteriosos y desconcertantes problemas encontrados en la clínica” (Melzack, 2000).

### **3.3.- Teoría de la Neuromatriz**

Recientemente, Melzack (2000) extendió la teoría y la integró en la Teoría del Estrés de Selye (1950). La teoría propone que el cerebro posee una red neural que consta de vías que unen al tálamo, la corteza y el sistema límbico, denominado neuromatriz, y que integra múltiples entradas para generar patrones de actividad neural. La neuromatriz está de alguna manera genéticamente determinada pero puede ser modificada por experiencias de aprendizaje. Otra importante característica es que se hipotetiza que los patrones de impulsos nerviosos pueden ser disparados, bien por impulsos sensoriales, o bien mentalmente, independientemente de cualquier estimulación periférica.

Cuando el organismo recibe un daño hay una alteración y una interrupción de la regulación homeostática. Esta desviación del estado normal del cuerpo es estresante, e inicia un complejo de mecanismos neurales, hormonales y conductuales diseñados para restaurar la homeostasis (Selye, 1950). Melzack (2000) hipotetizó que el estrés prolongado y los esfuerzos continuados para restaurar la homeostasis pueden deprimir el sistema inmune y activar el sistema límbico. El sistema límbico tiene un importante rol en la emoción, motivación y procesos cognitivos. Como Selye (1950) propuso originariamente, la activación prolongada del sistema de regulación del

estrés puede llevar a una predisposición al desarrollo de estados de dolor crónico (p.e., síndrome de fibromialgia, trastornos traumáticos acumulativos, y trastornos asociados a latigazos dolorosos).

Dado que no constituye un objetivo de nuestro trabajo, a pesar de los grandes avances tanto en la fisiología como en la bioquímica del dolor que matizan la Teoría de la Neuromatriz y los mecanismos centrales y periférico del dolor crónico, no profundizaremos más en este aspecto.

### **3.4.- La perspectiva biopsicosocial. Una descripción básica**

Las personas difieren marcadamente en la frecuencia en que informan de síntomas físicos, en su propensión a visitar los médicos cuando experimenten idénticos síntomas, y como ya se apuntó, en su respuesta a los distintos tratamientos (Desroches, Kaimen, y Ballard, 1967). A menudo, la naturaleza de la respuesta de los pacientes al tratamiento tiene poco que ver con sus condiciones físicas objetivas (Miró, 2003).

La distinción entre enfermedad objetiva (*disease*), y subjetiva (*illnes*), es crucial para entender esto. La enfermedad objetiva se define generalmente como un acontecimiento biológico objetivo que implica el trastorno de estructuras corporales específicas o sistemas orgánicos causados por cambios anatómicos o fisiológicos (Mechanic, 1986). En contraste a este punto de vista habitual de la enfermedad objetiva física, la enfermedad subjetiva se define como una experiencia subjetiva o atribución de que una enfermedad objetiva está presente. Esto produce incomodidad física, trastorno emocional, limitaciones conductuales, y problemas psicosociales. En otras palabras, la enfermedad subjetiva se refiere a cómo la persona enferma y a cómo los miembros de su familia y red social amplia la perciben, viven y responde a los síntomas y a la discapacidad.

Tal y como expusimos en el capítulo uno (apartado 1.4), la distinción entre enfermedad objetiva y enfermedad subjetiva es análoga a la distinción entre el dolor y nocicepción. Es por eso que enfatizamos la valoración de la persona, puesto que no

podemos valorar el dolor eliminando a la persona que está siendo expuesta a la nocicepción.

En contraste con el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial se centra tanto en la enfermedad objetiva como en la subjetiva, una compleja interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales. Desde esta perspectiva, la diversidad es la expresión de la enfermedad subjetiva, que incluye su severidad, duración y consecuencias para el individuo y que está explicada por las interrelaciones entre los cambios biológicos, estatus psicológicos y los contextos sociales y culturales. Todas estas variables forman la percepción de la persona y la respuesta a la enfermedad subjetiva.

El modelo biopsicosocial sobre las diferentes respuestas de las personas a los síntomas y a la presencia de condiciones crónicas está basada en un entendimiento de la naturaleza dinámica de estas condiciones. Este modelo comprende tres factores importantes: acción integrada; determinismo recíproco y evolución (citado en Turk y Monarch, 2002).

La idea de acción integrada enfatiza que el dolor crónico no ocurre en el vacío; elementos biológicos, psicológicos y sociales están integrados para colorear la experiencia de dolor crónico del paciente. Por ejemplo, el lugar de la lesión de un paciente varón (espalda), el estado emocional (ira contra su supervisor por hacerle trabajar fuera de hora), y la manera de expresar este dolor hacia los demás, basándose en creencias culturales y sociales (los hombres no lloran, estoicismo), afectan al significado de su dolor.

El concepto de determinismo recíproco propone cómo los factores biopsicosociales pueden influenciarse entre ellos. Por ejemplo, los cambios psicológicos del hombre dictados por el dolor (es decir excitación sináptica incrementada) pueden afectar a los aspectos emocionales del dolor (ira incrementada), y éstos consecuentemente influenciar su respuesta hacia el medio (hostilidad hacia los otros), lo que puede más tarde alterar su estado fisiológico.

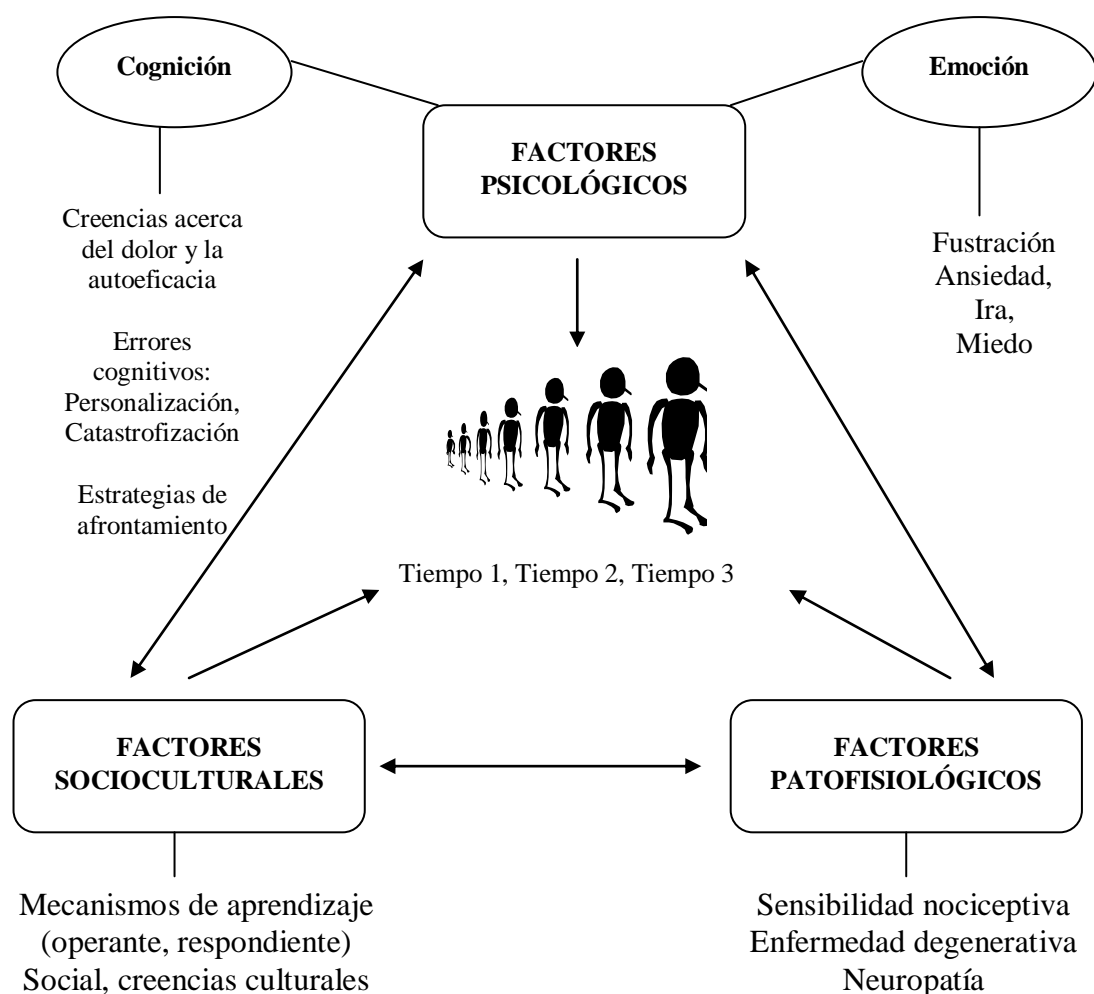
Finalmente el concepto de evolución afirma que la experiencia del dolor del paciente no es una condición estática, sino que cambia constantemente en el tiempo para

adaptarse a las circunstancias biológicas, psicológicas y sociales. Por consiguiente, cuando observamos a una persona con dolor en cualquier momento en el tiempo, estamos recibiendo solamente una instantánea de su experiencia; su condición probablemente cambiará de alguna manera después de que reciban apoyo a través de sus contactos sociales; también después de que hable con su supervisor en el trabajo, y otra vez cuando experimente algún alivio del dolor mediante medicaciones analgésicas.

En este modelo los factores biológicos son más importantes al iniciar, continuar y modular el dolor en un escenario preciso. Los factores psicológicos entran en juego modulando la valoración del individuo de los inputs fisiológicos, y determinando la consecuente conducta del paciente. Tales factores incluyen creencias acerca de la causa y el efecto del dolor, a la vez que sus creencias sobre su autoeficacia. Un paciente que cree que un incremento en el dolor indica un empeoramiento de la condición física interpretará esos input más negativamente que un paciente que mantiene creencias más benignas acerca del incremento del dolor (Spiegel y Bloom, 1983). Asimismo los pacientes que, basados en antiguas experiencias del dolor, anticipan el mismo y creen que serán incapaces de llevar a cabo ciertas actividades, desarrollarán pobremente ejercicios sobre sus tareas (Council, Ahern, Follick, y Kline, 1988; Schmidt, 1985a, 1985b). De esa manera, las acciones están a menudo más determinadas por los recuerdos del dolor pasado que por el dolor experimentado en el presente.

El contexto cultural y social influencia posteriormente como actúa un paciente. Por ejemplo, los hijos de pacientes de dolor crónico van a la guardería más a menudo, y se quejan más frecuentemente de dolores que los hijos de sujetos sanos (Keogh, 2007; Richard, 1988). La figura 4, ilustra la perspectiva biopsicosocial. Factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan continuamente entre ellos y ejercen una influencia en el dolor que varía a lo largo del tiempo. Cada perspectiva del paciente es una instantánea de un proceso de cronicidad que continuamente está evolucionando.

Ilustración 4. Modelo biopsicosocial. Turk y Monarch (2002)



A continuación exponemos algunos de los factores psicológicos y sociales relacionados en el dolor, junto con las implicaciones para el tratamiento.

### 3.5.- Factores socioculturales

Las creencias del sentido común sobre la enfermedad y los cuidadores sanitarios están basadas en experiencias previas, como la transmisión social y cultural de creencias y expectativas. La pertenencia a un grupo étnico influye cómo se percibe, etiqueta, responde y comunica la variedad de síntomas, a la vez de a quien se elige para obtener cuidados, y los tipos de tratamientos recibidos (Callister, 2003).

Varios autores han apuntado específicamente la importancia de los factores socioculturales (p.e., Mailis-Cagnon, Yegneswaran, Nicholson, Lakha, Papagapiou, Steiman, y col, 2007), y las diferencias sexuales (p.e., Miller y Newton, 2006; López-Martínez; Esteve; Ramírez-Maestre, 2001) en la creencias y en las respuestas al dolor. Los factores sociales influyen cómo las familias y grupos locales responden e interactúan con los pacientes (ver discusión sobre condicionamiento operante más adelante.) Además, las expectativas étnicas y los estereotipos sexuales y de edad pueden influir la relación entre el terapeuta y el paciente (ver p.e., Turk y Okifuji, 2002; López-Martínez; Esteve; Ramírez-Maestre, 2001; Unruh, 1996).

### ***3.5.1.- Procesos de Aprendizaje Social***

El rol del aprendizaje social ha recibido algo de atención en el desarrollo y mantenimiento de los estados de dolor crónico. Desde esta perspectiva, las conductas de dolor (p.e., expresiones de dolor y sufrimiento), pueden ser adquiridas a través del aprendizaje observacional, y el proceso de modelado. Eso quiere decir, que los pacientes pueden aprender respuestas que no estaban previamente en su repertorio conductual observando a otros que responden de esa manera (Bandura, 1982).

Como veremos, además de por la experiencia directa (mecanismos de aprendizaje operante y respondiente), la experiencia de dolor también se ve afectada por los valores culturales, pautas de conducta, y reglas sociales (más o menos explícitas). Desde este punto de vista, y de acuerdo con el paradigma del aprendizaje vicario se explica la aparición del dolor a partir de modelos que el sujeto tiene próximos y de los que aprende tanto conductas de dolor como el tipo de consecuencia que va a seguir a cada conducta (p.e., conductas que van a ser reforzadas y conductas que no lo serán, las personas que administran los reforzadores, en qué circunstancias, etc.). De este modo el paciente va a aprender en qué condiciones están permitidas esas conductas (p.e., pedir analgésicos, llorar, quejarse, etc.).

Los niños adquieren las actitudes sobre la salud y su cuidado, y las percepciones, la interpretación de los síntomas y las respuestas apropiadas a las heridas y a la

enfermedad de los padres, de estereotipos culturales, y del medio ambiente social (Bachanas y Roberts, 1995). Basándose en sus experiencias los niños desarrollan estrategias que les ayudan a evitar el dolor, y aprenden apropiadas (aceptables) formas de reaccionar. Cómo los adultos traten estas experiencias les proporcionará amplias oportunidades de aprendizaje. El aprendizaje de los niños influencia como responderán o como sobre responderán a los síntomas. La observación de otros con dolor, es un acontecimiento que cautiva su atención. Hay una amplia cantidad de evidencia experimental del rol del aprendizaje social en estudios controlados en laboratorio (Tsao, Myers, Kim, Turk, y Zeltzer, 2006), y observaciones de la conducta de los pacientes en ambientes clínicos (Schanberg, Keefe, Lefebvre, Kredich, y Gil, 1998). Por ejemplo, Symbaluk, Heth, Cameron y Pierce, (1997), investigó como el modelado social afectaba a la tolerancia al dolor, la autoeficacia y la percepción de dolor. Demostraron que las respuestas fisiológicas al estímulo doloroso pueden ser condicionadas simplemente observando a los otros cuando sienten dolor. Richard (1988), encontró que los niños cuyos padres tenían dolor crónico escogían más respuestas relacionadas con el dolor en escenarios que se les presentaban, y eran más externos en sus locus de control de salud que los niños con padres saludables o diabéticos. Además, los profesores consideraron que los hijos de pacientes con dolor mostraban más conductas dolorosas, quejas, días de ausencia, y visitas a la enfermería de la escuela que los niños controles diabéticos y saludables.

En consecuencia, la exposición a modelos de dolor (p.e., personas que padecen dolor y que ejercen un control deficiente sobre él) puede facilitar la aparición de algún tipo de conductas de dolor. De hecho, se ha constatado la existencia de familias con alto riesgo de dolor (familias de dolor) en las que los niños, expuestos desde edad temprana a modelos de dolor, presentan mayores manifestaciones de dolor (p.e., ante intervenciones o pruebas médicas). Asimismo, un alto porcentaje de los pacientes de dolor han tenido al menos un familiar que padecía dolor o alguna enfermedad crónica.

Aunque estos datos no pueden atribuirse exclusivamente a factores de aprendizaje observacional (podrían existir también componentes genéticos implicados), es probable que este ejerza alguna influencia. Es más, la influencia no se limita a las



etapas tempranas del desarrollo; así, la exposición continuada del paciente a modelos, de dolor (p.e., en el hospital, en las salas de rehabilitación, etc.) puede influir en la evolución del problema del sujeto. En concreto, cuando se expone a modelos con bajo o nulo control del dolor y estrategias poco eficaces de afrontamiento, el dolor puede agravarse; y a la inversa, la exposición a modelos con adecuadas estrategias de afrontamiento al dolor, puede hacer que mejore su problema (este hecho ha dado lugar a estrategias de intervención basadas en la exposición a este tipo de modelos, generalmente mediante grabaciones).

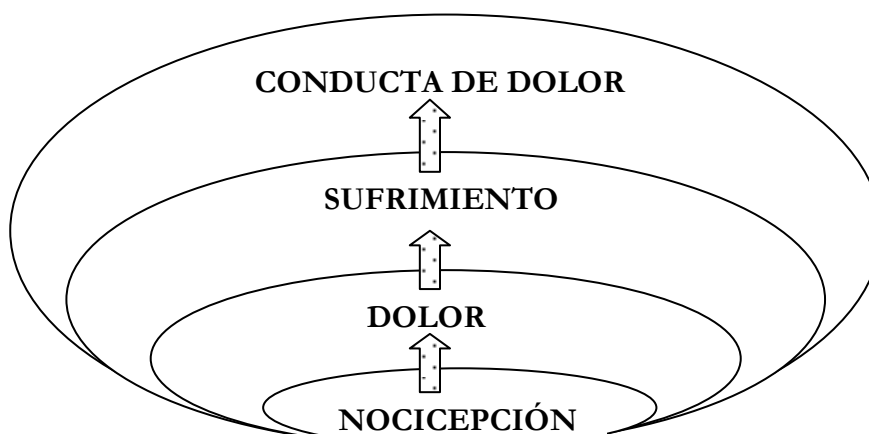
### *3.5.2.- Mecanismos de Aprendizaje Conductual*

Wilbert Fordyce (1976) es el representante más relevante del modelo conductual utilizado en dolor y recalca que desde la óptica conductual lo relevante no es si un dolor tiene un origen orgánico o no, lo realmente relevante es que el dolor puede controlarse y mantenerse por reforzamiento y explicarse a través de los principios de aprendizaje. Esta visión implica que las relaciones desadaptativas aprendidas pueden extinguirse o modificarse para aliviar el problema de dolor. Los pacientes que sufren dolor presentan una amplia variedad de conductas relacionadas con éste.

Loeser (1980, citado en Penzo, 1989); plantea que en la experiencia del dolor hay que distinguir 4 niveles, del más simple al más complejo: son los siguientes: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas de dolor.

1. *Nocicepción*: “Energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas periféricas”. Puede considerarse como un sistema de detección de daño periférico.
2. *Dolor*: definido como “experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción”. La relación entre nocicepción y dolor no es lineal: pueden existir independientemente, o los cambios de una pueden no corresponder unívocamente con los del otro.

3. *Sufrimiento*: Definido como “respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones: pérdida de seres u objetos queridos, estrés, ansiedad, etc.
4. *Conductas de dolor*, definidas por todo lo que el paciente dice, hace o deja de hacer y que puede llevar a inferir que ese paciente tiene un dolor.



**Ilustración 5. La experiencia de dolor, según el modelo de Loeser (1980)**

El rango de conductas así denominadas es muy amplio y diverso, e incluye:

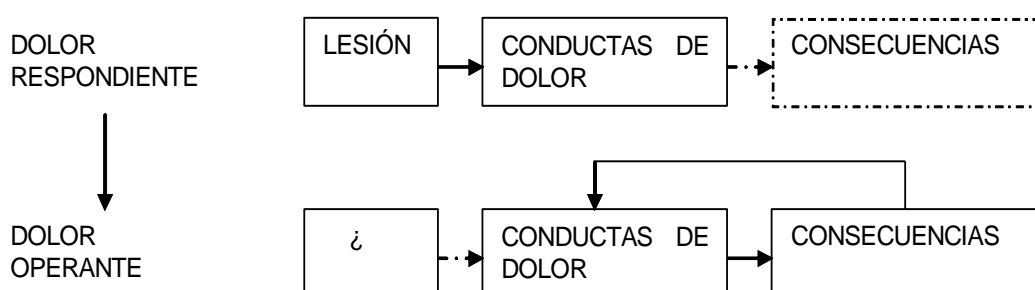
1. Conductas no verbales: suspiros, gemidos, contracciones, adopción de posturas compensatorias, movimientos cautelosos, consumo de fármacos, etc.
2. Informes verbales de dolor: quejas o informaciones específicas sobre la experiencia de dolor que el paciente sufre.
3. Petición de ayuda en relación con el dolor: peticiones de fármacos, de aplicación de calor, de masajes, de asistencia médica, de ayuda para la realización de una tarea, de ser eximidos de la misma, etc.
4. Limitación funcional o restricción de movimientos: guardar reposo, interrupciones de la actividad, etc.

Todas estas conductas son percibidas por las personas que rodean al paciente, quienes reaccionan ante ellas e influyen sobre su emisión. Es más, en un principio constituyen la forma natural de informar a los demás del propio dolor.

Aunque en un principio este tipo de conductas pueden resultar útiles en procesos de dolor agudo, pues permiten la curación y previenen la posibilidad de aumentar el daño, posteriormente se tornan ampliamente desadaptadas al impedir el funcionamiento diario del paciente y ser, entre otros factores, responsables de la cronificación del dolor. El uso excesivo de analgésicos, la vida sedentaria, la inactividad casi total (estando en cama gran parte del día), la ausencia de contactos sociales, la búsqueda continuada de atención médica o las restricciones en el estilo de vida impiden que un paciente pueda recuperarse e incorporarse a la vida activa que tuvo alguna vez. Al mismo tiempo todo aquello que podría aumentar o mantener su funcionalidad tiende a disminuir o desaparecer, hablamos del ejercicio físico, el fomento de relaciones sociales, la realización de tareas domésticas y/o laborales o de actividades lúdicas, etc...

Las conductas de dolor pueden estar perfectamente explicadas por la lesión y entonces se habla de dolor respondiente, y puede que esta explicación no sea suficiente y haya que buscarla en las influencias ambientales o los factores de aprendizaje: se habla entonces de dolor operante (Ilustración 6).

**Ilustración 6. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976)**



### *3.5.2.1.- Aprendizaje respondiente*

Los factores que contribuyen a la cronicidad pueden ser iniciados y mantenidos mediante condicionamiento clásico. Fordyce, Shelton, y Dundore (1982), hipotetizaron que la estimulación sensorial intermitente del lugar del daño corporal, el reforzamiento medioambiental, o la evitación exitosa de la actividad social aversiva no se requieren necesariamente para explicar el mantenimiento de la conducta de evitación o de los movimientos de protección; la anticipación del dolor puede ser suficiente para mantener la conducta de evitación. Linton, y Gotestam (1985) y Linton, (1990), entre otros, demostraron que la evitación de actividades se producía más por la ansiedad sobre el dolor que por el dolor real.

Una vez que se produce un problema de dolor agudo, el miedo a realizar actividades motoras que el paciente espera que le produzcan dolor pueden desarrollar y motivar la evitación de la actividad (Cook, Brawer, y Vowles, 2006; Lohnberg, 2007). La no ocurrencia de dolor es un potente reforzador para la reducción futura de una actividad. De esta manera, el condicionamiento clásico puede ser seguido por un proceso de aprendizaje operante por el cual el estímulo nociceptivo y las respuestas asociadas no necesitan por más tiempo estar presentes para que ocurra la conducta de evitación. En estado de dolor agudo puede ser útil reducir los movimientos y consecuentemente evitar el dolor para acelerar el proceso de curación. Sin embargo, con el tiempo, la ansiedad anticipatoria relacionada con la actividad puede desarrollar y actuar como un estímulo condicionado para la activación simpática (la respuesta condicionada), que puede ser mantenida después de que el estímulo incondicional original (la herida), y la respuesta incondicionada (la activación simpática y el dolor), hallan disminuido (Philips, 1987; Murphy, Lindsay y Williams, 1997; Grotle, Vollestad, y Brox, 2006).

La activación simpática y el incremento de la tensión muscular pueden ser consideradas como respuestas incondicionadas que pueden elicitar más dolor. Incluso cuando no hayan ninguna herida o ningún daño, el dolor relacionado a la contracción muscular sostenida puede también ser conceptualizado como un

estímulo incondicionado, y el condicionamiento puede proceder de la misma forma que lo subrayado previamente. Aunque la asociación original entre el dolor y los estímulos relacionados con él pueden resultar en ansiedad en relación a estos estímulos, con el tiempo, la expectativa del dolor relacionado a la actividad puede llevar a la evitación de conductas adaptativas incluso si el estímulo nociceptivo y la activación simpática no relacionada no están presentes durante más tiempo.

En dolor agudo, muchas actividades que son de otra manera neutrales o agradables pueden crear o exacerbar dolor, y son experimentadas como aversivas. Con el tiempo, más actividades pueden ser vistas como elicitadoras o exacerbadoras del dolor y así temidas y evitadas (generalización de estímulos). Las actividades evitadas implican conductas motoras simples, trabajo, tiempo libre y actividad sexual (Philips, 1987). Además, el aprendizaje de la evitación del dolor puede ser exacerbado y mantenido en una mayor cantidad de situaciones debido a la activación simpática relacionada con la ansiedad y acompañada por tensión muscular, pudiendo ocurrir ambos como anticipación y también como consecuencia del dolor (Flor, Birbaumer, Turk, 1990). Así, los factores psicológicos pueden afectar directamente a la estimulación nociceptiva, y necesitan no ser percibidos meramente como reacciones al dolor. Volveremos a este punto más tarde en este capítulo.

La evitación persistente de actividades específicas impide la exposición al malestar que son seguidas por predicciones de dolor (Rachman y Arntz, 1991). La predicción de dolor promueve conductas de evitación del dolor y la sobrepredicción del mismo promueve conductas de evitación excesivas (Schmidt, 1985a, 1985b). En la medida que la evitación del dolor tiene éxito por el miedo al malestar, no se producirán cambios en estas creencias. En contraste, los pacientes que realizan repetidamente conductas que les producen significativamente menos dolor de lo que habían predicho probablemente harán reajustes en las expectativas posteriores, que se volverán más exactas. El incremento de predicciones más exactas será seguido por una reducción de las conductas de evitación (Vlaeyen, de Johg, Geilen, Heuts, y Van Breukelen, 2001). Estas observaciones apoyan la importancia de la fisioterapia y que se incrementen progresivamente los niveles de actividad, a pesar de sus miedos a las

heridas, al daño, y a la incomodidad asociada a la utilización renovada de músculos descondicionados.

Desde la perspectiva del condicionamiento clásico los que sufren de dolor pueden haber aprendido a asociar los incrementos en el mismo con toda clase de estímulos que lo fueron originariamente a la estimulación nociceptiva (p.e., la generalización de estímulos). Según persistan los síntomas de dolor, más situaciones pueden elicitar ansiedad y dolor anticipatorio y depresión, debido a los bajos índices de refuerzo obtenidos cuando la conducta se reduce ampliamente (Vlaeyen y Linton, 2000). Sentarse, pasear, el trabajo con altas demandas cognitivas, la interacción social, la actividad sexual o incluso pensamientos sobre estas actividades pueden incrementar la ansiedad anticipatoria y los cambios concomitantes biológicos y bioquímicos (Philips, 1987). Subsecuentemente, los pacientes pueden responder de forma inapropiada a muchos estímulos reduciendo la frecuencia de numerosas actividades, además de aquellas que inicialmente indujeron la nocicepción. Alteraciones físicas a menudo observadas en pacientes de dolor crónico (p.e., una marcha distorsionada o fatiga muscular), pueden realmente producirse a partir de cambios secundarios iniciados en conductas, a través el aprendizaje, más que de la nocicepción continuada.

En resumen, la anticipación del sufrimiento o la prevención del sufrimiento puede ser suficiente para el mantenimiento a largo plazo de conductas de evitación.

### *3.5.2.2.- Aprendizaje operante*

En la formulación operante, las manifestaciones conductuales de dolor, más que el dolor *per se*, son centrales. Cuando los pacientes se exponen a estímulos que causan daño en los tejidos, su inmediata respuesta es la retirada o un intento de escapar de la sensación nociva. Sus conductas son observables y consecuentemente están sujetas a los principios del refuerzo. Las conductas que son reforzadas positivamente se incrementarán y persistirán, mientras que las conductas que no reciban ninguna respuesta positiva decrecerán y disminuirán. Aquellas conductas que permitan la

evitación de acontecimientos aversivos reforzados negativamente también se incrementarán.

El punto de vista operante propone que, a través de las contingencias de reforzamiento, las conductas de dolor crónico, tal como cojear para proteger un miembro dañado, según se produzcan inputs nociceptivos adicionales, pueden evolucionar a problemas de dolor crónico. Las conductas de dolor pueden ser directamente reforzadas positivamente, por ejemplo, con la atención de la esposa o la de los sanitarios. También, pueden ser mantenidas mediante la evitación de estimulaciones nocivas a través del uso de drogas, el descanso, y la evitación de actividades indeseables como el trabajo.

Además, conductas saludables, por ejemplo la actividad y el trabajo, pueden no ser reforzadas positivamente y por lo tanto se extinguirán. Las conductas de dolor originariamente elicítadas por factores orgánicos pueden, de esta manera, ocurrir totalmente o en parte en respuesta a acontecimientos de reforzamiento medioambiental. Debido a las consecuencias de las respuestas específicas conductuales, Fordyce (1976) propuso que las conductas de dolor podían persistir tiempo después de que la causa inicial del dolor haya sido resuelta o ampliamente reducida. El modelo de condicionamiento operante no se preocupa por la causa inicial del dolor. Más bien, considera al dolor como una experiencia subjetiva que puede ser mantenida incluso después de que sus bases físicas iniciales se resuelvan.

Varios estudios han proporcionado evidencia que apoya las asunciones del modelo del condicionamiento operante. Por ejemplo, Ferrari, Fipaldini, y Birbaumer, (2006) y Doleys, Crocker, y Patton (1982), mostraron que las conductas de dolor (específicamente, la inactividad), podrían reducirse, a la vez que las conductas saludables (específicamente, la actividad), podrían incrementarse mediante reforzamiento verbal y mediante cuotas de ejercicio o entrenamiento en biofeedback (Ferrari, Fipaldini, y Birbaumer, 2006). Interesantemente, Block, (1981) demostró que los pacientes de dolor informaban de diferentes niveles del mismo en una situación experimental, dependiendo de si se sentían observados o por sus

esposas o por celadores. Los pacientes de dolor con esposas no solícitas informaron de más dolor cuando observadores neutrales estaban presentes que cuando las esposas lo estaban, y los pacientes con esposas solícitas informaron más dolor cuando las esposas estaban presentes que cuando estaban observadores neutrales.

Romano, Turner y Jensen (1997) grabaron las conductas de los pacientes y las respuestas de las esposas realizando una serie de actividades cooperativas de mantenimiento de hogar. Los análisis secuenciales revelaron que las conductas solícitas de las esposas se produjeron con mayor probabilidad precediendo y siguiendo a las conductas de dolor de los pacientes que en los otros controles sanos. Estudios adicionales (Romano, Jensen, Turner, Good, y Hops, 2000), han proporcionado más apoyo a estos resultados y han observado que los pacientes de dolor crónico informan de mayor intensidad de dolor y menos actividad cuando indicaron que sus esposas eran solícitas. Tomados juntos, estos estudios sugieren que las esposas pueden servir como estímulo discriminativo importante para la presentación de conductas de dolor incluyendo la severidad de sus informes.

El tratamiento desde la perspectiva operante se centra en la extinción de las conductas de dolor y en el incremento de conductas adecuadas mediante el reforzamiento positivo. Este tratamiento ha probado ser efectivo en muestras de pacientes de dolor crónico (Nicholas, Wilson, y Goyen, 1991; Vlaeyen, Haazen, Schuerman, Kole-Snidjers, y Van Eek, 1995).

Aunque los factores operantes juegan, indudablemente, un rol en el mantenimiento del dolor y de la discapacidad, el modelo de condicionamiento operante ha sido criticado por su excesivo énfasis en las conductas de dolor, y no considerar los aspectos cognitivos y emocionales del mismo (Schmidt, 1985a, 1985b; Schmidt, Gierlings, y Peters, 1989; Turk y Flor, 1987), al tratar la experiencia subjetiva del dolor (Kotarba, 1983). Además, Turk y Okifuji (1997), demostraron que las evaluaciones de los pacientes eran mejores predictores de la conducta de dolor que los factores medioambientales incluyendo las respuestas de los otros significativos.



### **3.6.- Factores cognitivos**

El dolor crónico, como situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como dañina, se conceptualiza desde el modelo del análisis procesual del estrés (Lazarus y Folkman, 2000) como situación estresante (Moix, 2005). Las repercusiones del dolor crónico pueden ser numerosas, y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar el dolor de una u otra forma. Se asume, por tanto, que ante la amenaza o el daño resultante del dolor los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos. Dichos mecanismos, definidos como estrategias de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone -o cree que dispone-. El objetivo perseguido, en última instancia es reducir el malestar causado por la amenaza o el daño percibido.

Como se apuntó antes, los pacientes no responden pasivamente a las sensaciones físicas. Más bien, buscan dar sentido a sus experiencias. Valoran sus condiciones ajustando las sensaciones a un modelo implícito preexistente, y determinan si una sensación particular es un síntoma de un trastorno físico particular que requiera atención o pueda ser ignorado. Desde este punto de vista, cada persona funciona con una realidad construida única. Cuando la información es ambigua, los pacientes confían en actitudes generales y creencias basadas en la experiencia previa y en su historia previa de aprendizaje. Estas creencias determinan el significado y la significación de los problemas, al mismo tiempo que las percepciones de tratamiento apropiado. Si aceptamos la premisa de que el dolor es un fenómeno complejo y subjetivo que se experimenta por cada persona, entonces el conocimiento acerca de las creencias idiosincrásicas, valoraciones y repertorio de afrontamiento se vuelve esencial para el planeamiento del tratamiento óptimo y para la evaluación exacta de los resultados del tratamiento preciso (Reesor y Craig, 1988; Turk, Okifuji, Starz y Sinclair, 1996).

Los factores cognitivos y atencionales son fundamentales para la comprensión de las diferencias individuales (Vallejo, 1994). La percepción del dolor se encuentra mediada por las cogniciones del sujeto, esto es, por cómo el individuo interpreta, valora y evalúa esa experiencia, y a su vez esa valoración se relaciona con sus experiencias anteriores, su contexto social y ambiental, etc.

Las creencias relacionadas con el dolor crónico son aquellas que hacen referencia al origen del dolor (p.e., externo o interno, benigno o síntoma de una enfermedad grave, etc.), las expectativas respecto al tipo de tratamiento a recibir (p.e., pasivo o activo, invasivo o no, etc.), y el resultado a obtener con él (p.e., cura o alivio, cambio rápido o gradual, eliminación completa o parcial del dolor, cambios en la calidad de vida, etc.). Es relativamente frecuente que los pacientes presenten pensamientos irracionales acerca de su dolor, en relación con los diversos “mitos” socialmente aceptados sobre este tema y con la carencia de información de muchas personas sobre los mecanismos anatómicos y fisiológicos relacionados con el dolor, lo que les impide dar una explicación racional del problema.

Por otra parte, es frecuente que, ante la persistencia del dolor, las personas se adapten cognitivamente al problema. En estos casos el dolor se convierte en el centro de la atención del paciente, de modo que pensar en su dolor pasa a constituir la principal actividad cognitiva del sujeto, abundando en ella pensamientos negativos e irracionales con los que se intenta justificar la aparición y persistencia del dolor. No obstante, la respuesta no es uniforme; así algunos pacientes reaccionan realizando actividades distractoras, intentando ignorar o reinterpretar las sensaciones, para lo que se dan autoinstrucciones esperanzadoras, hacen ejercicio y aumentan el nivel de actividad, mientras que otros, en cambio, desarrollan una hipervigilancia a todos los aspectos relacionados con el dolor, al mismo tiempo que disminuye la atención a cualquier otro factor distractor del dolor. Es más, en algunos casos esta atención centrada en el dolor puede dar lugar a la aparición de una cadena de respuestas anticipatorias ante el más leve indicio de dolor, lo que puede conducir a la aparición de dolor, contribuyendo así a la cronificación del problema.

Estas estrategias cognitivas y conductuales de afrontamiento van a influir notablemente en la experiencia de dolor del paciente (p.e., percepción de dolor, grado de incapacitación, rehabilitación, etc.). Asimismo, el tipo de estrategia a utilizar

se encuentra fuertemente relacionado con la percepción de control sobre la situación y la autoeficacia. En general, altos niveles de autoeficacia parecen relacionarse con una mayor tolerancia al dolor, incrementos en la actividad opiácea endógena, e incrementos en la actividad física de los pacientes. Así los pacientes de dolor que permanecen pasivos o utilizan cogniciones catastróficas para afrontar el problema suelen presentar altos niveles de incapacitación física y psicológica, mientras que aquellos otros que perciben un alto control sobre la situación y aplican estrategias de afrontamiento activo funcionan con mayor efectividad.

Una cantidad importante de investigación ha sido dirigida hacia la identificación de los factores cognitivos que contribuyen al dolor y a la discapacidad (p.e., Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Turk y Rudy, 1992; Walsh y Radcliffe, 2002). Estos estudios han demostrado consistentemente que las actitudes de los pacientes, las creencias y expectativas acerca de su difícil situación, sobre ellos mismos, o sus recursos de afrontamiento, y del sistema sanitario, afectan a sus informes de dolor, actividad, discapacidad, y respuesta al tratamiento (p.e., Flor y Turk, 1989; Jensen, Turner, Romano, y Lawler, 1994; Turner, Holtzman y Mancl, 2007).

### *3.6.1.- Creencias acerca del dolor*

Pacientes que tienen historias similares de dolor pueden diferir ampliamente en sus creencias acerca de su dolor. Ciertas creencias pueden llevar a afrontamientos desadaptativos, exacerbación del dolor, sufrimiento incrementado y mayor discapacidad. Por ejemplo, si el dolor se interpreta como un daño significativo, más que visto como algo que puede probablemente mejorar producirá más sufrimiento y disfunción conductual, incluso aunque la cantidad de inputs nociceptivos en los dos casos pudiera ser equivalente (Spiegel y Bloom, 1983). Los pacientes que creen que su dolor va a persistir, pueden ser bastante pasivos en sus esfuerzos de afrontamiento y pueden fracasar al hacer uso de estrategias cognitivas o conductuales para afrontar el dolor. Los que sufren dolor y consideran que su dolor es un misterio inexplicable puede minimizar sus propias habilidades para controlar o aminorar su dolor, y quizá valoraren menos sus estrategias de afrontamiento como efectivas para controlarlo y aminorarlo (Williams y Thorn, 1989; Williams y Keefe, 1991).

Además, las creencias de los que lo sufren sobre las implicaciones de la enfermedad pueden afectar a su percepción de los síntomas (Turk y Okifuji, 1996; Turk y cols., 1996). Por ejemplo, Cassell (1998), citó el caso de un paciente cuyo dolor podía fácilmente ser controlado con codeína cuando atribuía a la ciática pero requería de significativas y mayores cantidades de opioides para alcanzar el mismo grado de alivio cuando él lo atribuía a cáncer metastásico. Las observaciones de Cassell confirmaron el estudio publicado por Spiegel y Bloom (1983), que encontraron que los índices de severidad del dolor de los pacientes de cáncer podrían ser predichos por el uso de analgésicos y por el estado afectivo de los pacientes a la vez que por sus interpretaciones del dolor. Los pacientes que atribuían su dolor a un empeoramiento de la enfermedad subyacente experimentaban más dolor del que lo hacían los pacientes con interpretaciones más benignas, a pesar del mismo nivel de progresión de la enfermedad.

Las cogniciones de la persona (creencias, valoraciones, y expectativas) en relación a las consecuencias de un acontecimiento y su capacidad para tratar con él, se hipotetiza que influencia el funcionamiento de dos maneras: directamente influenciando el estado de ánimo e indirectamente influenciando los esfuerzos de afrontamiento. Ambas influencias pueden afectar a la actividad psicológica asociada con el dolor tal como la tensión muscular (Flor, Behle y Birbaumer, 1993), y a la producción de opioides endógenos (Bandura y cols., 1987).

La presencia del dolor puede cambiar la manera en que los pacientes procesan la información relacionada con el mismo, y cualquier otra información. Por ejemplo, el dolor crónico puede centrar la atención sobre todos los tipos señales corporales. Schmidt y Arntz (1987), han sugerido que el procesamiento de la información interna puede trastornarse en el paciente de dolor crónico. Es posible que los pacientes de dolor se mantengan preocupados con y sobre el énfasis en los síntomas físicos y los interpreten como estimulación dolorosa. De hecho, estudios de pacientes con diversas condiciones (p.e., síndrome de intestino irritable (Whitehead y Bosmajian, 1982).), SFM (Tunks, Crook, Norman, y Kakasher, 1988); angina de pecho (Droste y Roskamm, 1983), dolor de cabeza (Borgeat, Hade, Elie, y Larouche, 1984), apoyan la

presencia de lo que parece ser una hipersensibilidad caracterizada por un umbral reducido al etiquetar el estímulo como nocivo. Los pacientes suelen interpretar los síntomas de dolor como indicativos de una enfermedad subyacente, y pueden hacer cualquier cosa para evitar la exacerbación del mismo, en la mayoría de las ocasiones dirigiéndola hacia la inactividad. Por ejemplo, en el dolor agudo el descanso en la cama se prescribe para aliviar la presión sobre la espina dorsal. Estos sufridores de dolor pueden posteriormente adscribirse a la creencia de que cualquier movimiento sobre la espalda puede empeorar su condición, y podrían mantener la creencia de su estado crónico cuando la inactividad no es no sólo innecesaria sino también perjudicial.

En un grupo de estudios, Schmidt (1985a, 1985b) encontró que los pacientes con lumbalgia demostraban peor persistencia de la conducta en varias tareas de ejercicio físico, y que el desarrollo de las mismas era independiente de la situación física o autoinformes de dolor. En vez de ello, las conductas de estos pacientes estuvieron relacionadas con sus informes previos de dolor, sugiriendo que tener una visión negativa de sus habilidades y esperar un incremento de dolor, influenciaba su conducta más que lo hacían los acontecimientos actuales y sus sensaciones. En otro estudio, Council, Ahern, Follick, Cline (1988), remarcaron que el 83% de los pacientes con lumbalgia informaba de que eran incapaces de completar una secuencia de movimientos, incluyendo levantar las piernas y movimientos laterales debido al dolor anticipado; aunque, solamente el 5% no podían realizar estas actividades debido a su falta de capacidad. Así, la lógica para su evitación del ejercicio no era la presencia de dolor, sino las expectativas aprendidas de un incremento de dolor y del arousal físico que lo acompañaba, factores que pueden más tarde incrementar el dolor y reforzar las creencias de los pacientes en relación a la profundización de su discapacidad (Turk y Okifuji, 1996; Turk y cols., 1996). Estos resultados son consistentes con los factores de aprendizaje respondientes descritos previamente. Las percepciones negativas de los pacientes de sus capacidades para desarrollar actividades físicas forman un círculo vicioso con el fracaso para desarrollar actividades, reforzando la percepción de incapacidad e indefensión (Schmidt, 1985a, 1985b).

Jensen y cols., (1994), demostraron que las creencias de los pacientes de que las emociones afectaban su dolor, de que los otros deberían ser solícitos cuando experimentaban dolor, y de que estaban discapacitados por el dolor estaban positivamente asociadas con disfunciones psicosociales. Por ejemplo, los pacientes que creían que estaban discapacitados por el dolor, que deberían evitar la actividad debido al mismo, y de que el dolor significaba un trastorno orgánico, revelaron más discapacidad que aquellos pacientes que no mantenían esas creencias. Una vez que las estructuras cognitivas basadas en recuerdos y significados acerca de la enfermedad están formadas, se vuelven estables y difíciles de modificar. Los pacientes tienden a evitar las experiencias que pueden invalidar estas creencias y guían su conducta de acuerdo con las mismas, incluso en situaciones en que las creencias ya no sirven durante más tiempo.

Las creencias de baja autoeficacia (p.e., acerca de la confianza para poder continuar la mayoría de sus actividades a pesar del dolor), parecen ser importantes para entender el compromiso de los pacientes con el tratamiento la respuesta al mismo, y la incapacidad. Por ejemplo, Schwartz, DeGood, y Shutty (1985), presentaron a los pacientes información acerca del rol de los factores cognitivos, afectivos, y conductuales, y su propio rol en el proceso de rehabilitación. Siguiendo el tratamiento, los pacientes que habían indicado la información como aplicable para su condición de dolor obtenían mejores resultados. A aquellos que no estuvieron de acuerdo con los conceptos presentados se les encontró en el seguimiento tener más altos niveles de dolor, más bajos niveles de actividad, y más alto grado de insatisfacción.

Los resultados de varios estudios sugieren que cuando ocurre una rehabilitación exitosa, aparece un importante cambio cognitivo -un cambio de creencias sobre la indefensión, la pasividad hacia los propios recursos, y autoeficacia en relación con el dolor. Por ejemplo, Williams y Thorn (1989), encontraron que los pacientes con dolor crónico que creían que su dolor era un "misterio inexplicable" informaron de altos niveles de trastorno psicológico y dolor, y también mostraron menor

conformidad con el tratamiento de lo que lo hicieron los pacientes que creían haber entendido su dolor.

En un estudio diseñado para evaluar procesos la asociación directa entre las creencias de los pacientes sobre sus síntomas, se utilizó un procedimiento de muestra-pensamiento para evaluar la naturaleza de las cogniciones de los pacientes durante e inmediatamente después a un dolor de cabeza, ambos antes, y siguiendo al tratamiento (Newton y Barbarie, 1987). Los resultados indicaron que tuvieron lugar cambios significativos en ciertos aspectos del pensamiento relacionado con el dolor de cabeza en los grupos tratados comparados a los grupos de control. Los participantes tratados hicieron significativamente menores valoraciones negativas (p.e., "se vuelve peor" y "no hay nada que pueda hacer"), y significativamente más valoraciones positivas de las hicieron los participantes sin tratamiento. Los participantes tratados aprendieron a evaluar el dolor de cabeza de forma más positiva. De forma importante, los pacientes que tuvieron cambios positivos más amplios, informaron de la mayor reducción en la intensidad del dolor de cabeza, de menor cantidad de días por semana del mismo dolor, y de menor intensidad de dolor del que hicieron los controles sin tratamiento.

Los resultados del estudio de Newton y Barbarie (1987), apoyan el argumento de que a los cambios en las reacciones cognitivas al dolor de cabeza pueden subyacer mejoras en el mismo. Muchos estudios de resultados adicionales del tratamiento del dolor apoyan la idea de que reducir las valoraciones negativas es un camino para reducir el dolor y el sufrimiento asociado. Al considerar la eficacia del biofeedback en los pacientes de lumbalgia, Nouwen y Bush, (1984), concluyeron que "la reducción simultánea de la tensión muscular y un bajo informe de dolor convenció a los pacientes de que la tensión muscular, y el dolor posterior, podrían ser controlados". Como el autocontrol no podía ser demostrado en la mayoría de los pacientes, parece plausible que el sentimiento de autocontrol, más que el control real de las funciones fisiológicas es crucial para posteriores reducciones. En otras palabras, parece que la extensión en que los pacientes crean que se ha conseguido un control voluntario

sobre los músculos dicta el resultado, incluso cuando sus creencias no sean acompañadas por posteriores reducciones en la reactividad muscular.

Similar a la interpretación de Nouwen y Solinger (1979), Blanchard (1987), especuló que para los pacientes de dolor de cabeza los efectos del tratamiento se mantienen a pesar del cese casi universal de la práctica regular en casa del biofeedback, porque el ciclo autoperpetuante del dolor de cabeza ha sido roto. La experiencia de un dolor de cabeza sirve como estresor, que puede contribuir a futuros dolores de cabeza. Hacia el final del tratamiento con biofeedback, cuando los pacientes han experimentado un alivio destacable del dolor, es como si ellos se hubieran redefinido como capaces de luchar con los dolores de cabeza. Eliminar una fuente de estrés parece ayudar a los pacientes a afrontar posteriores sucesos más adaptativamente.

Claramente, parece esencial para las personas con dolor crónico desarrollar creencias adaptativas sobre la relación entre el problema, el dolor, el sufrimiento, y la discapacidad, y desenfatar el rol del dolor experimentado en su regulación del funcionamiento. De hecho, los resultados de numerosos estudios de tratamiento han mostrado que cambios en el nivel de dolor no consigue cambios paralelos en otras variables de interés, incluyendo nivel de actividad, uso de la medicación, vuelta al trabajo, habilidad valorada para afrontar el dolor y la continuación del tratamiento posterior (Flor, Fydirch, y Turk, 1992).

### *3.6.2.- Creencias acerca de la Controlabilidad*

Muchos estudios de laboratorio demuestran que la controlabilidad de la estimulación aversiva reduce su impacto (Jensen y Karoly, 1991; Wells, 1994). Por el contrario, hay evidencia de que la expectativa explícita de una estimulación dolorosa incontrolable puede causar un input nociceptivo posterior percibido como más intenso (Leventhal y Everhart, 1979). Porque los pacientes que han asociado actividad con dolor pueden esperar niveles incrementados del mismo cuando intentan realizar una actividad, pueden realmente percibir niveles de dolor más elevados o evitar la actividad totalmente.



Quienes sufren de dolor crónico típicamente perciben una falta de control personal, probablemente relacionada a sus esfuerzos continuos pero sin éxito para controlar el dolor que experimentan. Una amplia proporción de pacientes de dolor crónico parecen creer que tienen una limitada habilidad para ejercer control sobre su dolor (Turk y Rudy, 1988). Tales valoraciones negativas y desadaptativas, sobre la situación y su autoeficacia puede reforzar la experiencia de desmoralización, inactividad, y producir una sobrerreacción a la estimulación nociceptiva comúnmente observada en los pacientes que sufren dolor crónico (Biedermann, Shanks, Forrest, y Inglis, 1991).

Es habitual encontrar en los pacientes que a pesar de sus múltiples intentos de controlar (tanto eliminar como mitigar), el dolor se escapa a su control. La importancia del control que los pacientes tienen sobre el dolor ha sido abordada desde aspectos diferentes. Sin embargo, los trabajos que evalúan los constructos relacionados con la percepción de control y el estado de salud en la fibromialgia en particular, no son muy numerosos (Martín-Aragón y cols., 2000). De acuerdo con esta autora, el locus de control, autoeficacia y competencia percibida son tres constructos relacionados con la controlabilidad que aparecen como determinantes en la adaptación al SFM.

1. El locus de control hace referencia a la creencia que se tiene respecto a la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias (Rotter, 1977).
2. Las expectativas de autoeficacia se definen como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1986 p. 391).
3. Finalmente, la competencia percibida en relación a la salud se define como la expectativa de un individuo sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos (Wallston, 1992).

La principal diferencia de la competencia percibida con las expectativas de autoeficacia estaría por un lado, en el nivel de especificidad puesto que éstas hacen referencia a comportamientos específicos, y por otro, a que incluye tanto a la creencia

respecto de la asociación entre la conducta y el resultado (locus de control), como a la creencia en la capacidad personal para manejar acontecimientos relacionados con la salud (autoeficacia). En resumen, el Locus de Control haría referencia al sentido de contingencia, Autoeficacia lo haría al sentido de competencia y la Competencia Percibida incluiría a ambos.

La relación entre la controlabilidad percibida y el dolor ha sido demostrada en una variedad de síndromes de dolor crónico. Mizener, Thomas, y Billings (1988), demostraron que entre los tratamientos exitosos de los pacientes con migraña, el incremento del control percibido sobre la actividad fisiológica y salud general se correlacionaron significativamente con la reducción en la actividad del dolor de cabeza.

Flor y Turk (1988), examinaron la relación entre pensamientos generales y específicos relacionados con el dolor, control personal, severidad del dolor, y niveles de discapacidad, en personas con lumbalgia, y artritis reumatoide. Las condiciones generales y específicas situacionales de incontrolabilidad e indefensión fueron altamente más relacionadas con el dolor y la discapacidad de lo que fueron las variables relacionadas con la enfermedad en ambas muestras. La combinación de las variables cognitivas generales y específico-situacionales explicaban el 32% y el 60% de la asociación del dolor y la discapacidad, respectivamente. Las variables relacionadas con la enfermedad mejoraron sólo marginalmente. Las predicciones de las creencias de los pacientes acerca de lo que pueden controlar su dolor, están asociadas con otras variables de resultados incluyendo el uso de la medicación, niveles de actividad, y funcionamiento psicológico (Jensen y Karoly, 1992).

La indefensión asociada a la falta de control parece ser un mal predictor de la respuesta al tratamiento en los pacientes de dolor crónico. Por este motivo en muchos problemas de dolor crónico la intervención más indicada es la de refrenar y reorientar los intentos de control del dolor (Moreno, García y Pareja, 1999).

### *3.6.3.- Expectativas de autoeficacia*

Como sugerimos, muy cerca del significado de sentido del control sobre la estimulación aversiva está relacionado el concepto de "autoeficacia". Una expectativa de autoeficacia se define como una convicción personal de que uno puede ejecutar exitosamente un curso de acción (es decir, desarrollar conductas requeridas), para producir un resultado deseado en una situación dada. Este constructo parece ser un gran mediador del cambio terapéutico.

Bandura (1987) sugirió que si una persona tiene deficiente motivación para realizar una conducta, las creencias de autoeficacia de la persona son las que determinan qué actividades iniciar, la cantidad de esfuerzo necesario, y la persistencia para superar los obstáculos y las experiencias aversivas. Los juicios de autoeficacia están basados en las siguientes cuatro fuentes de información en relación a las capacidades de uno, en orden descendente de impacto:

1. Los resultados propios al realizar la tarea o tareas similares, en el pasado.
2. Los resultados de otros que se perciben como similares para uno mismo.
3. La persuasión verbal por parte de los otros de que uno es capaz.
4. La percepción del propio estado de activación fisiológica que a su vez está parcialmente determinada por la estimación previa de eficacia.

Animar a los pacientes a desarrollar subtareas de dificultad creciente o que se encuentren cerca del repertorio de conductas deseadas puede crear la experiencia de dominar la actuación. Desde esta perspectiva, las conductas de afrontamiento se conceptualiza mediadas por la creencia de la persona de que las demandas situacionales no exceden sus recursos.

Dolce, Crocker, Moletteire, y Doleys (1986), informaron que bajos índices de autoeficacia en relación al control del dolor estaban relacionados a baja tolerancia al dolor, y que eran mejores predictores de la tolerancia que los niveles objetivos de estimulación nociva. La relevancia de los índices de autoeficacia ha sido confirmada en muestras dispares. Por ejemplo, Manning y Wright (1983), obtuvieron índices de

autoeficacia de mujeres que esperaban su primer hijo concerniente a su habilidad para dar a luz sin utilizar la medicación. Estos índices fueron buenos predictores del uso de la medicación y del tiempo de esfuerzos sin la misma. Similarmente, Council y cols., (1988), obtuvieron el índice de autoeficacia de sus pacientes, a la vez que la expectativa de dolor relacionada con el desarrollo de tareas de movimiento. Los niveles de ejecución de los pacientes estuvieron altamente relacionados a sus expectativas de autoeficacia, que a la vez parecían estar determinadas por sus expectativas de niveles de dolor.

Convergentes líneas de evidencia tanto del dolor en laboratorio como en la clínica indican que la autoeficacia percibida opera como un importante factor cognitivo en el control del dolor (p.e., Bandura y cols., 1987; Lorig, Chastain, Ung, Shoor, y Colman, 1989), discapacidad (p.e., Dolce, Crocker, y Doleys, 1986; Lorig y cols., 1989), funcionamiento psicológico adaptativo (p.e., Lorig, y cols., 1989; Spinhoven, Ter Juile, Linssen, y Gazendam, 1989), problemas (p.e., Lorig y cols., 1989), y resultados de tratamiento (Philips, 1987b; O'Leary, Shoor, Lorig, y Colman, 1988;). ¿Cuáles son los mecanismos que median entre la autoeficacia y los resultados conductuales?. Cioffi (1991), ha sugerido que al menos cuatro procesos psicológicos pueden ser responsables

1. Como la autoeficacia percibida reduce la ansiedad y su concomitante excitación fisiológica, la persona puede aproximarse a la tarea para comenzar, con menos potencial información sobre sus trastornos físicos.
2. La persona eficaz puede distraer voluntariamente la atención de sensaciones fisiológicas potencialmente amenazantes.
3. La persona eficaz percibe que está angustiada por las sensaciones físicas, pero simplemente persiste encarándolas (estoicismo).
4. Las sensaciones físicas no son ni ignoradas ni necesariamente angustiosas, sino más bien están relativamente libres de adquirir una amplia distribución de significados (cambiar significaciones).

Bandura (1987), sugirió que aquellas técnicas que mejoraran más la experiencia de dominio serían las herramientas más efectivas para conducir el cambio conductual. Propuso que las variables psicológicas son los determinantes primarios de la conducta, pero que estas variables están totalmente afectadas por la ejecución del cumplimiento. Los estudios sobre dolor de cabeza, dolor de espalda, etc., citados anteriormente parecen apoyar la propuesta de Bandura.

#### *3.6.4.- Errores Cognitivos*

Además de las creencias específicas de autoeficacia, un grupo de investigadores han sugerido que un grupo común de errores cognitivos afecta a las percepciones de dolor, a los trastornos afectivos, y a la discapacidad (Smith, Aberger, Follick, y Ahern, 1986; Smith, Follick, Ahern, y Adams, 1986; Smith, Christensen, Peck y Ward, 1994). Un error cognitivo es una creencia distorsionada en relación con el trastorno de dolor crónico, que interviene en el afrontamiento de dichas situaciones estresantes (Cano, 2001). Los errores cognitivos son de cuatro tipos: catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva.

Lefebvre (1981), desarrolló el Cuestionario de Errores Cognitivos para valorar las distorsiones cognitivas. Encontró que los pacientes con lumbalgia eran particularmente propensos a errores tales como “la catastrofización” crónica (autoafirmaciones, pensamientos, e imágenes anticipando resultados negativos, o aspectos aversivos de una experiencia, o una malinterpretar el resultado de un evento como extremadamente negativo); “la sobregeneralización” (asumir que el resultado de un evento necesariamente se aplica al resultado de eventos similares futuros); “personalización” (interpretar eventos negativos como reflejando significados personales o responsabilidad); y “abstracción selectiva” (atender selectivamente a los aspectos negativos de la experiencia). Dufton (1989), informó que las personas que experimentan dolor crónico tenían una tendencia a realizar errores cognitivos asociados con el vivir con dolor, más que sólo con la intensidad del mismo; además, los que cometían tales errores estaban más depresivos.

El análisis de los pensamientos automáticos negativos se ha revelado como elemento clave en la vivencia y manejo del dolor crónico. Ante la inexistencia de instrumentos validados en nuestro entorno, Cano y Rodríguez, (2003) adaptaron el Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP) sobre una muestra de 205 pacientes de dolor crónico heterogéneo procedentes de diversos centros sanitarios públicos de la provincia de Sevilla (España). Comprobaron la fiabilidad y validez del inventario mediante varios procedimientos estadísticos, que incluyeron el análisis de múltiples procesos psicológicos (lugar de control, autoeficacia percibida, estrategias de afrontamiento, conductas de dolor, etc.) y parámetros clínicos (intensidad, frecuencia, medicación, etc.). El resultado final permite al profesional de la salud el análisis, no sólo de la frecuencia de pensamientos negativos en general, sino una categorización de su naturaleza (generales, pensamientos sociales negativos, de discapacidad, de falta de control y de culpa).

Como es el caso de la autoeficacia, los errores y distorsiones cognitivas específicas han sido vinculados consistentemente a la depresión (Gil, Williams, Keefe, y Beckham, 1990), severidad autoinformada del dolor (Flor y Turk, 1988; Smith, Follick y cols., 1986), en pacientes de dolor crónico. Tales pensamientos negativos: (1) parecen predecir la adaptación a largo plazo al dolor crónico; (2) pueden mediar una parte de la relación entre la severidad de la enfermedad; y (3) contribuir (sobre y por encima de otros factores cognitivos), a la predicción de la adaptación (Smith y cols., 1994).

La catastrofización parece ser un error particularmente potente que influye en el dolor y en la discapacidad (Keefe y cols., 1990a, 1990b). Varias líneas de investigación, incluyendo estudios experimentales de laboratorio de dolor agudo con voluntarios normales y estudios de campo con pacientes que sufren de dolor crónico, muestran que la catastrofización y las estrategias adaptativas de afrontamiento (ver el apartado 3.6.5.) son importantes al determinar la reacción al dolor. Los pacientes que utilizaban espontáneamente menores autoafirmaciones catastróficas y más estrategias de afrontamiento adaptativas mostraban menor percepción de dolor y toleraban los estímulos dolorosos por más tiempo del que lo hacían aquellos que informaban de

más pensamientos catastróficos (Heyneman, Fremouw, Gano, Kirkland, y Heiden, 1990; Spanos, Horton, y Chaves, 1975).

En otros estudios, se ha mostrado que los pacientes que utilizan espontáneamente más autoafirmaciones catastróficas informan de más dolor, trastorno, y discapacidad (Main y Waddell, 1991; Wells, 1994).

Butler, Damarin, Beaulieu, Schwebel, y Thorn (1989), demostraron que en el caso de dolor postquirúrgico, las estrategias de afrontamiento y los pensamientos catastróficos correlacionaron significativamente con la utilización de medicación, informes de dolor, y los juicios de las enfermeras sobre la tolerancia de los pacientes al dolor. Turner y Clancy (1986), mostraron que durante el tratamiento cognitivo-conductual, las reducciones en la catastrofización estuvieron significativamente relacionadas a los incrementos en la tolerancia al dolor y en las reducciones de los problemas físicos y psicosociales. Contrariamente, siguiendo el tratamiento, las reducciones en la catastrofización estuvieron relacionadas a la reducción en la intensidad del dolor y en los problemas físicos.

Como se apuntó anteriormente, Flor y Turk (1988), encontraron que en los que sufren de lumbalgia y en los pacientes con artritis reumatoide, porcentajes significativos de la varianza en el dolor y en la discapacidad se explicaron por factores cognitivos que fueron etiquetados como catastrofización, indefensión, afrontamiento adaptativo, y recursos (inventiva). Tanto en la lumbalgia crónica como en la artritis reumatoide las variables cognitivas de catastrofización y afrontamiento adaptativo tenía sustancialmente más poder explicativo del que tenían las variables relacionadas con la enfermedad o los problemas. Finalmente, Keefe, Affleck, Lefebvre, Starr, Caldwell, y Tennen (1997), encontraron que los pacientes con artritis reumatoide que informaron de más altos niveles de dolor, discapacidad física, y depresión habían informado de alta ideación catastrófica en los cuestionarios administrados seis meses antes (Sullivan y cols., 2001; Turner, Jensen, Warm, y Cárdenas, 2002).

### *3.6.5.- Estrategias de afrontamiento*

La autorregulación del dolor y su impacto depende de las formas específicas de manejarse con el dolor, de la adaptación al dolor, y de la reducción o de la minimización del trastorno causado por el dolor, en otras palabras, de sus estrategias de afrontamiento. El afrontamiento se asume que está implicado espontáneamente y empleado en actos voluntarios e intencionales, y que puede ser valorado mediante conductas manifiestas o encubiertas. Las estrategias manifiestas incluyen el descanso, el uso de técnicas de relajación, o la medicación. Las estrategias de afrontamiento encubiertas incluyen varios medios de distraerse del dolor, tranquilizándose uno mismo sobre la reducción del dolor, buscando información, y resolviendo problemas. Las estrategias de afrontamiento se piensa que actúan alterando tanto la percepción de la intensidad del dolor como la habilidad para manejar o tolerar el dolor y continuar con las actividades diarias (DeGood y Tait, 2001).

Los estudios han encontrado estrategias de afrontamiento activas (Ej. Ignorar el dolor, realizar actividades, ejercicio físico, etc.), están asociadas con un mejor funcionamiento adaptativo físico y psicosocial y las estrategias de afrontamiento pasivo (Ej. Rezar, descansar, aislarse, etc.), se relacionaban con mayor dolor o depresión (Lawson, Reesor, Keefe, y Turner, 1990; Tota-Faurcette y cols., 1993). Sin embargo, más allá de esto, no hay ninguna evidencia que apoye la mayor efectividad de cualquiera de las estrategias de afrontamiento activas comparada con cualquier otra (Fernández y Turk, 1989). Parece más probable que diferentes estrategias sean más efectivas que otras para ciertas personas en cierto momento, pero no necesariamente para todas las personas todo el tiempo.

Un grupo de estudios ha demostrado que si se instruye a los pacientes en la utilización de estrategias de afrontamiento, sus índices de intensidad de dolor decrecen y la tolerancia aumenta (para una revisión, mirar Fernández y Turk, 1989; Jensen, Turner, Romano, y Karoly, 1991). El factor más importante de la eficacia del afrontamiento parece ser la presencia de la catastrofización más que las diferencias en la naturaleza de las estrategias específicas de afrontamiento adaptativo. Catastrofizar



agrava el síndrome (Martin, Nathan, Milech, y Van Keppel, 1989; Rodríguez, Cano y Blanco, 2004). Turk y cols., (1983) concluyeron que “lo que parece discriminar la tolerancia individual al dolor son el procesamiento cognitivo, pensamientos de catastrofización, y sentimientos que preceden, acompañan, y siguen a la estimulación aversiva (p. 197)”. Estas conclusiones han sido corroboradas en nuestro país (Soriano y Monsalve, 1999; Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga, y López Martínez, 2003; Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

Rodríguez, Cano y Blanco, (2004), realizaron una adaptación a la población española del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CSQ). Es el instrumento más utilizado en su ámbito, y fue desarrollado por Rosentiel y Keefe en 1983. Compusieron la muestra 205 pacientes de dolor crónico atendidos en diversos centros sanitarios públicos de Atención Primaria y de Unidades de Dolor. Más de la mitad padecía migraña y cefalea tensional crónica; el resto fundamentalmente fibromialgia, lumbalgia, artrosis y artritis. Los diversos análisis factoriales explicaron el 59 % de la varianza total sobre una estructura de ocho factores de primer orden que convergieron en dos de segundo orden. En los dos de primer orden la novedad fue la diversificación de la distracción mental y no mental y de la esperanza con o sin atices religiosos. En los de segundo orden lo novedoso fue la agrupación según la eficacia del afrontamiento. Todos los factores obtenidos mostraron su consistencia interna y su validez de constructo. Así las estrategias de afrontamiento desadaptativas se asociaron a un lenguaje interno negativo, ansiógeno y depresógeno, a una deficiente percepción de control y autoeficacia percibida y a la proliferación de conductas de dolor de diversa naturaleza. Al contrario que ocurrió con las estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico. Los autores concluyeron que a) el CSQ se muestra como un instrumento válido y fiable para evaluar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en población española.

Cano, Rodríguez y Antuña, (2005), exploraron perfiles de 205 pacientes de dolor crónico atendidos en diversos centros sanitarios públicos sobre la base de las características sensoriales del dolor (intensidad, duración, frecuencia, etc.) y de las variables implicadas en el proceso de estrés que suponen las crisis o episodios

dolorosos (lenguaje interno, conductas de dolor, afrontamiento, expectativas de control, etc.). Todos los perfiles de estrés y afrontamiento en pacientes de dolor crónico fueron congruentes con la literatura científica al respecto. Los autores concluyeron que la idoneidad del análisis de homogeneidad para clasificar pacientes de dolor crónico en función de los parámetros sensoriales y de su manejo del dolor como acontecimiento estresante. Este tipo de procedimientos estadísticos pueden ser procedimientos adecuados para propósitos de investigación como el nuestro debido a que tratan datos cualitativos y a que son capaces de detectar relaciones no sólo de tipo lineal y no sólo entre variables sino también entre categorías de variables.

Cano, Rodríguez, García y Antuña, (2005) en un trabajo posterior se plantearon predecir estadísticamente la duración, intensidad y frecuencia del dolor en la misma muestra, a partir de la utilización de diversas estrategias de afrontamiento del dolor. Los criterios se midieron en la entrevista clínica y los predictores utilizando el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento CSQ, en su adaptación española (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004). Los autores concluyeron: a) la investigación de las estrategias de afrontamiento en el dolor crónico es relevante aunque la única evidencia empírica es que catastrofizar agrava el síndrome; b) la sensación dolorosa no se restringe a la intensidad y debe, por tanto, explorarse también el papel de las estrategias de afrontamiento en otros parámetros, apuntando sus resultados a la relevancia de la asociación con la frecuencia y no con la duración del dolor; y, c) el diagnóstico de dolor crónico puede modular dicha asociación entre estrategias de afrontamiento y sensación dolorosa.

Las circunstancias que son valoradas como potencialmente amenazantes para la seguridad o el confort van probablemente a generar fuertes reacciones fisiológicas. Por ejemplo, Rimm y Litvak (1969), demostraron que los sujetos exhibían excitación fisiológica simplemente pensando en los estímulos dolorosos. En un temprano estudio, Barber y Hahn (1962) mostraron que los autoinformes de incomodidad de los sujetos y respuestas fisiológicas (actividad electromiográfica frontal, índice coronario, y conductancia de la piel), fueron similares tanto si se imaginaron realizando parte en un test de presión fría o realmente participando en él. En

pacientes que sufren migrañas recurrentes, simplemente el procesar palabras relacionadas con el dolor de cabeza puede incrementar la conductancia de la piel (Jamner y Tursky, 1987).

Los incrementos crónicos en la activación del sistema nervioso simpático, conocidos como tono muscular esquelético incrementado, puede situar el escenario para la contracción hiperactiva muscular y posiblemente para la persistencia de la contracción que sigue a la activación muscular consciente. La excesiva excitación simpática y las conductas desadaptativas pueden ser precursores inmediatos de la hipertonicidad muscular, la hiperactividad, y la persistencia. Estos a su vez pueden ser las causas próximas de los espasmos musculares crónicos y del dolor. Es común para las personas con dolor exagerar o amplificar la significación de sus problemas y sin necesidad “poner en marcha” su sistema nervioso simpático (Ciccone y Grzesiak, 1984). De esta manera, los procesos cognitivos pueden influenciar la excitación simpática y de ese modo, predisponer a los individuos para posteriores daños o de otra manera complicar los procesos de recuperación.

Varios estudios apoyan los efectos indirectos de los factores cognitivos sobre la tensión muscular. Por ejemplo, Flor y Turk, (1989); Geisser, Haig, Wallbom, y Wiggert, (2004)., demostraron en pacientes con lumbalgia que discutir eventos estresantes del dolor producía niveles elevados de actividad EMG. La extensión de la reactividad muscular anormal fue mejor predicha por el estilo de afrontamiento cognitivo y la depresión o el miedo al dolor (Geisser, Haig, Wallbom, y Wiggert, 2004), que por las variables demográficas del dolor (p.e., el número de cirugías o la duración del dolor). Flor y Birbaumer (1993), estudiaron la actividad EMG con pacientes con trastornos temporo-mandibulares. Para este grupo, la reconstrucción en imaginación de los episodios dolorosos produjo una elevada tensión en los músculos faciales.

La evolución natural y el curso de muchos síndromes de dolor crónico son desconocidos. En la actualidad, se refiere a los patrones psicofisiológicos anormales como antecedentes de los estados de dolor crónico o comprenderlos como

consecuencias del dolor crónico que mantienen posteriormente o exacerban los síntomas, más que asignarles cualquier significación etiológica directa.

### **3.7.- Factores afectivos**

El dolor es al fin, una experiencia privada y subjetiva, pero que está invariablemente descrita en términos de propiedades sensoriales y afectivas. Como ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: "[el dolor] es incuestionablemente una sensación en una parte o partes del cuerpo, siempre es desagradable y por consiguiente también una experiencia emocional" (Merskey y Bogduk, 1986, p. 217), los roles centrales e interactivos de la información sensorial y el estado afectivo están apoyados por una enorme cantidad de evidencia (Fernández y Turk, 1992).

Las emociones relacionadas con el dolor, como todas las emociones en general, interactúan con la evaluación cognitiva. ¿Cómo se establece dicha relación en el caso del dolor? ¿Cómo se produce la interacción entre los factores situacionales y la estimulación nociceptiva? De acuerdo con Wade, Price, Hamer, Schwartz y cols., (1990), se pueden establecer dos fases en la aparición de respuestas emocionales relacionadas con el dolor:

1. El primer estadio implica una respuesta afectiva inmediata que incluye, malestar, disgusto, incomodidad, etc. y que esta estrechamente relacionada con la intensidad de la sensación de dolor y la consiguiente activación. Estas sensaciones no suelen ser muy intensas, pero con frecuencia se perciben como penetrantes, extensas, y se suman con sensaciones anteriores del mismo tipo. En consecuencia se experimentan como intrusivas (p.e., el significado cognitivo inmediato que se les asigna es el de "intrusión"). Esta atribución de significado se hace de forma automática e inconsciente, y está estrechamente relacionada con las sensaciones nociceptivas propias del dolor físico.
2. El segundo estadio está basado en procesos cognitivos más lentos y deliberados, que implican una mayor elaboración cognitiva del significado de

las sensaciones nociceptivas. En este estadio aparecen los significados relacionados con las “implicaciones” de las sensaciones dolorosas. De este modo el dolor, además de una amenaza inmediata para el organismo, la sensación aparece como una amenaza al bienestar y a la vida en general, lo que conlleva la aparición de cogniciones y emociones negativas relacionadas con el modo en que el dolor afecta la vida y actividades diarias del individuo. Este segundo estadio puede caracterizarse como “sufrimiento” y es fuertemente dependiente del contexto en que se experimenta el dolor (p.e., implicaciones percibidas para la vida del sujeto en el futuro, el origen percibido del dolor, la habilidad percibida para controlar el dolor, etc.), y está influido por las experiencias pasadas y el aprendizaje, y, consecuentemente, se relaciona con variables de personalidad y factores socioculturales.

El sufrimiento asociado con el dolor se relaciona con tres significados diferentes:

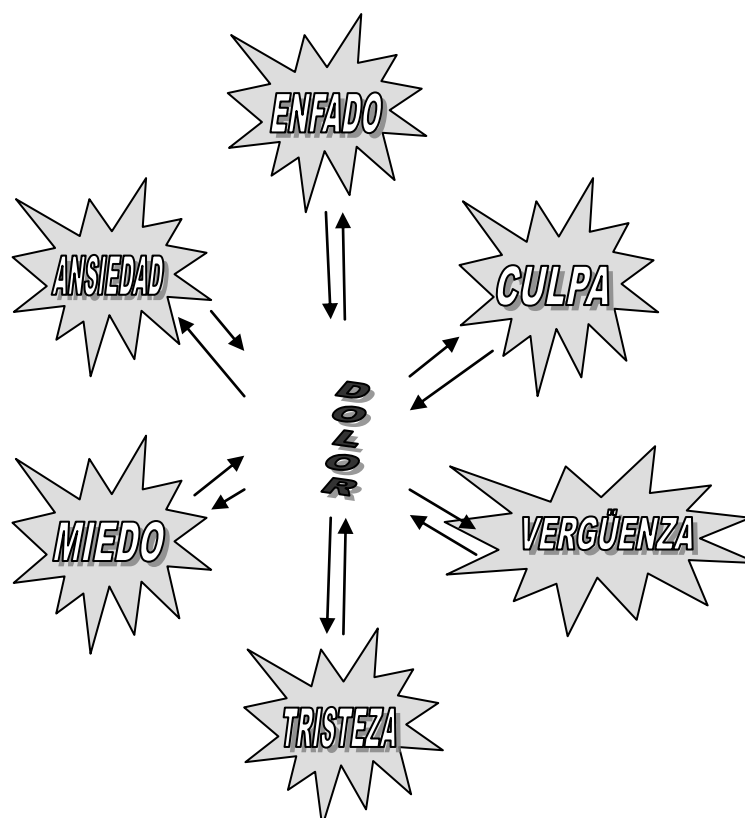
- La sensación interrumpe algo (p.e., pensamientos, bienestar, planes, etc.)
- Las sensaciones son una carga difícil de soportar.
- La sensación nociceptiva puede indicar que algo dañino o perjudicial puede suceder o ha sucedido ya.

A estos significados primarios pueden sumarse otros que pueden surgir de una reflexión más elaborada (p.e., considerar el dolor como algo injusto y enfadarse, como un castigo, experimentar celos de aquellos que no tienen dolor, etc.). Es más, de acuerdo con la propuesta de Price, una misma persona puede experimentar diferentes respuestas emocionales al dolor en diferentes momentos, dependiendo del significado que le otorgue, sus intenciones, objetivos, expectativas, etc. e incluso pueden coexistir en un mismo momento. No obstante, es frecuente que alguna de ellas resulte predominante.

La tristeza, el miedo y la ira son las emociones que tiñen predominantemente la vida de los pacientes con dolor crónico y también encontramos una marcada tendencia a la evitación de la experiencia emocional. Muchos estudios consideran que el dolor crónico sería una consecuencia de la inhibición de las emociones. Pero también cabría plantearse si no podría ocurrir lo contrario: el dolor crónico, que definido como esquema actuaría como filtro de la información, que nos serviría para ordenar

nuestra experiencia. De esta forma, cuando se experimenta dolor se activan en la conciencia los elementos que encajan con este esquema y los aspectos sensoriales se procesan simultáneamente al miedo, la tristeza y la ira (Ilustración 7).

**Ilustración 7. Representación gráfica del esquema del dolor (Cano, Martínez, Merayo y Rodríguez, 2007)**



De acuerdo con esta perspectiva, la experiencia continuada del dolor fortalecería su asociación con emociones negativas que suelen acompañarle, de forma que las sensaciones dolorosas activarían de forma automática los otros componentes del esquema del dolor, es decir las emociones negativas. Lo contrario también ocurriría: las emociones negativas activarían el componente emocional del esquema. Por ejemplo una persona con dolor crónico con un estado de ánimo triste en el transcurso de una discusión familiar, al activarse el nodo de esa emoción negativa, se activaría el nodo sensorial del dolor al que está frecuentemente asociado y podría interpretar como dolor la tristeza que experimenta. Por ello el esquema del dolor haría que prestará atención sobre todo a la información relacionada con el dolor y llevaría a que se interpretasen sensaciones ambiguas como dolorosas. Por tanto, el esquema del

dolor funcionaría como unas lentes, como un filtro de gran parte de la experiencia de quienes la padecen.

Como hemos visto los componentes afectivos del dolor incluyen muchas emociones diferentes, pero son negativas en su calidad. La ansiedad, la tristeza y la ira han recibido la mayor cantidad de atención en los pacientes del dolor crónico.

### *3.7.1.- Ansiedad*

La ansiedad es una situación común en los pacientes de dolor. El miedo relacionado con el dolor y las preocupaciones sobre el daño-evitación parecen exacerbar los síntomas (Vlaeyen y Linton, 2000). La ansiedad es un estado afectivo que está influenciada por procesos de valoración. Hay una relación recíproca entre el estado afectivo y los procesos cognitivos por el que el pensamiento afecta al estado de ánimo y el estado de ánimo influencia las valoraciones y por último la experiencia de dolor.

La amenaza de dolor intenso captura la atención y es difícil deshacerse de ella. La vigilancia continua y seguimiento de la estimulación nociva, y la creencia de que eso significa la progresión de una enfermedad puede hacer que incluso la nocicepción de baja intensidad sea menos manejable. Como apuntamos en el apartado de aprendizaje respondiente, la experiencia de dolor puede iniciar un conjunto de pensamientos negativos extremos y hacer aparecer miedos, elicitar más dolor, heridas, y el impacto futuro (Vlaeyen y Linton, 2000). El miedo al dolor y la anticipación del mismo son procesos cognitivo-perceptuales que no son dirigidos exclusivamente por la experiencia sensorial actual de dolor y pueden ejercer un impacto significativo sobre el nivel de funcionamiento y tolerancia al dolor (Feuerstein y Beattie, 1995; Vlaeyen y cols., 1999). Como se apuntó anteriormente (Lenthen y cols., 1983; Vlaeyen, Kole-Snidjers, Rooteveel, Ruesink, y Heuts, 1995), el miedo al dolor, guiado por la anticipación del mismo, y no por la experiencia sensorial, es un fuerte refuerzo negativo para la persistencia de la conducta de evitación y la discapacidad funcional.

La conducta de evitación está reforzada a corto plazo, por la reducción del sufrimiento asociado con la nocicepción (McCracken, Gross, Sorg, y Edmands, 1993). La evitación, sin embargo, puede ser una respuesta desadaptativa si persiste y lleva a un miedo incrementado, actividad limitada, y otras consecuencias físicas y psicológicas que contribuyen a la discapacidad y a la persistencia del dolor. Los estudios han demostrado que el miedo al movimiento y los miedos a volver a hacerse daño son mejores predictores de las limitaciones funcionales que lo son los parámetros biomédicos (McCracken y cols., 1993; Vlaeyen, Kole-Snidjers, Rooteveel, y cols., 1995). Por ejemplo, Crombez, Vlaeyen, Heuts, Lysens (1999), mostraron que el miedo relacionado con el dolor es el mejor predictor en la ejecución de la extensión de tronco, flexión, y tareas de levantamiento de pesos, incluso después de haber eliminado parcialmente los efectos de la intensidad del dolor. Además, Vlaeyen, Kole-Snidjers, Rooteveel, y cols., (1995), encontraron que el miedo al movimiento/volverse a hacer daño, es mejor predictor de la discapacidad autoinformada de los pacientes con lumbalgia crónica, que la percepción física sensorial del dolor y las averiguaciones biomédicas. Aproximadamente dos tercios de los que sufren de lumbalgia crónica inespecífica evitan actividades de estiramiento de la misma debido al miedo a volverse a hacer daño (Crombez, Vervae, Lysens, Eelen, y Baeyens, 1998). Interesantemente la reducción en la ansiedad relacionada con el dolor produce mejoras en el funcionamiento, trastorno afectivo con dolor, y la interferencia relacionada con el dolor con la actividad (McCracken y Gross, 1998). Claramente, la ansiedad relacionada con el dolor y las preocupaciones sobre la evitación-daño juegan un papel importante en el dolor crónico y necesitan ser valoradas y tratadas en el tratamiento.

El mantenimiento de las limitaciones psicológicas y funcionales que siguen a un evento traumático es frecuentemente indicativo de un trastorno por estrés posttraumático (TEP). Los acontecimientos traumáticos han sido asociados con un conjunto de síntomas que incluyen pesadillas, recuerdos recurrentes e intrusivos referidos al trauma, evitación de pensamientos y actividades asociadas al evento traumático, y síntomas de excitación incrementada tales como insomnio e hiperexcitación. Cuando este conjunto de síntomas sigue de cerca a un evento



traumático conocido durante un extenso período de tiempo, están etiquetados como TEP. Significativas minorías de sufridores de dolor crónico atribuyen los inicios de sus síntomas a un trauma específico tal como un accidente de tráfico. Los resultados de la investigación sugieren una alta prevalencia de TEP en pacientes que se presentan en clínicas de dolor crónico (Aghabeigi, Feinmann, y Harris, 1992; Sherman y cols., 1988).

En un estudio preliminar, Sherman, Turk, y Okifuji (2000), encontraron que más del 50% de la muestra de 93 pacientes en busca de tratamiento para la SFM informaron de síntomas de TEP. Aquellos que experimentaron estos síntomas relacionados con la ansiedad informaron significativamente de mayores niveles de dolor, interferencia vital, trastorno emocional, y mayor inactividad de lo que lo hicieron quienes no informaron de síntomas de TEP. Aproximadamente el 85% de la muestra con síntomas significativos de TEP comparados con el 50% de los pacientes sin síntomas significativos de TEP demostraron una discapacidad significativa. Geisser, Roth, Bachean, y Eckert (1996), informaron de resultados similares para una muestra heterogénea de pacientes de dolor crónico. Sherman y cols., (2000) sugirieron que basados en los resultados, los clínicos deberían valorar la presencia de estos síntomas como el fracaso al ocuparse de ellos en el tratamiento que puede minar resultados exitosos.

Cano, Rodríguez y Antuña, (2005) adaptaron, el Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (ASSQ), de Kendall y Hollon (1989), adaptado a la población española por Revuelta, (1995), para su utilización con pacientes de dolor crónico. Se basaron en los resultados obtenidos en 205 casos analizados en centros de sanitarios que comprendieron la práctica totalidad de diagnósticos habituales en este trastorno. Se demostró la fiabilidad (Coeficiente Alfa de Cronbach y procedimiento de división en dos mitades con corrección mediante el índice de igual longitud de Spearman Brown); la validez estructural (Análisis Factorial de Componentes Principales con rotación Varimax); la validez concurrente, de constructo y discriminativa (Coeficiente de Correlación de Pearson utilizando

medidas de parámetros sensoriales del dolor, pensamientos negativos, estrategias de manejo, conductas de dolor y creencias de control y autoeficacia).

### *3.7.2.- Depresión*

De una manera más específica, el dolor crónico concurre a menudo con depresión. Esta relación, cuya naturaleza no ha sido aún bien establecida, parece estar mediada por el decremento en el autocontrol en sujetos con dolor y por la interferencia que este problema conlleva en la vida del sujeto y con la consiguiente pérdida de reforzadores. Desde un punto de vista fisiológico, el dolor crónico y la depresión implican mecanismos neuroquímicos comunes, caracterizados por bajos niveles de analgésicos endógenos, tanto opiáceos como no opiáceos.

Después de revisar una amplia cantidad de literatura, Romano y Turner (1985), concluyeron que del 40% al 50% de los pacientes de dolor crónico sufren de depresión. En la mayoría de los casos, la depresión parece ser la reacción de los pacientes a su situación. Algunos han sugerido que el dolor crónico es una forma de depresión enmascarada. Aunque esto pueda ser verdad en un pequeño número de casos, no hay apoyo empírico para la hipótesis de que la depresión precede al dolor crónico, (Turk y Salovey, 1984). Por el contrario, estudios longitudinales revelan una relación bidireccionalidad, comprobada fundamentalmente en la depresión mayor (Breslau y cols., 1994). Descartada la causalidad simple dolor-tristeza o viceversa, se desconoce si un mismo factor de riesgo (p.e., disregulación sistema serotoninérgico) es el responsable de la comorbilidad, o si cada trastorno aumenta la probabilidad de la aparición del otro por mecanismos diferentes.

Cano, Rodríguez y Antuña, (2005) adaptaron, el Cuestionario ATQ (Automatic Thoughts Questionnaire) construido por Hollon y Kendall (1980) mediante el mismo procedimiento que el ASSQ. Su objetivo fue evaluar el lenguaje interno depresivo con pacientes de dolor crónico. Se basaron en los resultados obtenidos en 205 casos analizados en centros de sanitarios que comprendieron la práctica totalidad de diagnósticos habituales en este trastorno. El ATQ reveló ser un instrumento fiable y

válido con cuatro factores (autoconcepto negativo, mala adaptación, reproches e indefensión) que explicaron el 66,8 % de la varianza.

Dada nuestra descripción de la situación de los que sufren de dolor crónico, no es sorprendente que un amplio número de pacientes de dolor crónico estén deprimidos. Es interesante ponderar la otra cara de la moneda. ¿Cómo es posible que todos los pacientes con trastornos de dolor crónico no estén deprimidos?. Turk y Salovey, 1984; Okifuji, Turk, y Sherman, 2000, examinaron esta cuestión y determinaron que las valoraciones de los pacientes sobre el impacto negativo del dolor en sus vidas y su habilidad para ejercer algo de control sobre su dolor y vidas mediatizaban la relación dolor-depresión, de forma diferente según la edad. Eso quiere decir, que aquellos pacientes que creían que podían continuar con el número y tipo de actividades a pesar de su dolor, y que podían mantener algún control a pesar del mismo, no se deprimieron. Sus investigaciones indican que la relación dolor - depresión es mayor en os pacientes de más edad.

### *3.7.3.- Ira*

La ira ha sido ampliamente observada en pacientes con dolor crónico (Fernández y Turk, 1995; Schwartz, Slater, Birchler, y Atkinson, 1991; Lombardo, Jensen, y Anderson, 2005). Summers (1994), informo de que pacientes con daño en la columna y encontraron que la ira y la hostilidad explicaban el 33% de la varianza en severidad del dolor. Kerns, Rosenberb, y Jacobs (1994), encontraron que la internalización de los sentimientos de ira explicaba una proporción significativa de la varianza en las medidas de intensidad del dolor, interferencia percibida, y frecuencia informada de conductas de dolor.

Las frustraciones relacionadas con la persistencia de los síntomas, limitaban la información sobre la etiología, y los fracasos repetidos en el tratamiento, junto con la irritabilidad hacia los jefes, las compañías de seguro, el sistema sanitario, los

miembros de la familia, y ellos mismos, contribuyeron al humor disfórico general de los pacientes (Okifuji, Turk, y Curran, 1999).

Es importante ser consciente del papel del humor negativo en los que sufren de dolor porque esto probablemente va a afectar a la motivación hacia el tratamiento y al cumplimiento de las recomendaciones del mismo. Por ejemplo, los pacientes que están deprimidos y que se sienten indefensos pueden tener poca iniciativa para el cumplimiento, los pacientes que están ansiosos pueden temer implicarse en lo que perciben como actividades de demanda física, y los pacientes que están enfadados con el sistema sanitario no estarán probablemente motivados para responder a las recomendaciones de cualquier otro profesional de la salud. Es razonable sugerir que la ira actúa como factor que complica el cuadro, al incrementar la excitación autonómica y bloquear la motivación y aceptación de tratamientos orientados hacia la rehabilitación y al manejo de la discapacidad más que a la cura (Fernández y Turk, 1995). La supresión de la irritabilidad se ha encontrado que predice peores resultados siguiendo a la rehabilitación del dolor (Burns, Jonson, Devine, Mahoney, y Pawl, 1998).

### **3.8.- Dimensiones de personalidad**

La búsqueda de factores específicos de la personalidad que predispongan a los pacientes a desarrollar dolor crónico ha sido uno de los énfasis mayores de la medicina psicosomática. Los estudios han intentado identificar una “personalidad migrañosa”, una “personalidad artrítica”, y una más general “personalidad predispuesta al dolor” (Blumer y Heilbronn, 1982). Durante mucho tiempo, estos esfuerzos han recibido poco apoyo y han sido rebatidos (Turk y Salovey, 1984). Sin embargo, sobre la base de sus experiencias previas, los pacientes desarrollan formas propias de interpretar la información y de afrontar el estrés asociado al dolor. La evitación de situaciones y/o actividades potencialmente dolorosas conlleva una debilitación progresiva y el deterioro físico del paciente. El fracaso resultante para afrontar estas situaciones y experimentar una desconfirmación de su confianza en su

capacidad de afrontamiento, previenen la extinción o modificación de estas interpretaciones y expectativas. No hay ninguna duda de que estos patrones únicos tendrán un efecto sobre sus percepciones y respuestas a la presencia de dolor (Weisberg y Keefe, 1999; Lohnberg, 2007).

La sensibilidad a la ansiedad se refiere al miedo a sus síntomas, basado en la creencia de que tendrán consecuencias dañinas (Asmundson y Taylor, 1996). La sensibilidad a la ansiedad parece ser un factor de vulnerabilidad, que puede condicionar miedos específicos que contribuyan al desarrollo y mantenimiento del trastorno.

El dolor es esencial para sobrevivir. De esta manera, se prima la atención hacia los procesos estímulares dolorosos por encima de otras demandas atencionales. Los pacientes con altos niveles de sensibilidad a la ansiedad pueden estar especialmente vigilantes al dolor a la vez que hacia otras sensaciones nocivas. La atención selectiva dirigida hacia la información amenazante tal como las corporales, lleva a una excitación mayor. Debido a este proceso atencional, la alta sensibilidad a la ansiedad se ha encontrado relacionada con la amplificación de estímulos dolorosos (Keogh y Cochrane, 2002; Turk, 2002).

Asmundson, Norton, y Norton (1999), han demostrado que la sensibilidad a la ansiedad correlaciona con respuestas exageradas de miedo. La incomodidad de esta respuesta exagerada de miedo puede llevar a los pacientes con alta sensibilidad a la ansiedad a conducirse de modo que reduzca el miedo y las sensaciones corporales relacionadas con el mismo. Tal conducta, a veces, toma la forma de evitación para prevenir la exacerbación de los síntomas y de daños posteriores.

Se ha informado de estudios preliminares que han demostrado la importancia de la sensibilidad a la ansiedad como factor predisposicional. Asmundson y Norton (1995) encontraron una asociación positiva entre la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad relacionada con el dolor, conductas de escape/evitación, miedo a las consecuencias negativas del dolor, y afecto negativo. No sólo los pacientes con alta sensibilidad a la ansiedad tuvieron mayor probabilidad de utilizar mayores cantidades de medicación analgésica para controlar iguales cantidades de dolor comparados con los que tenían

baja o media sensibilidad a la ansiedad. Además, Asmundson y Taylor (1995), demostraron que la sensibilidad a la ansiedad exagera directamente el miedo al dolor e indirectamente a la conducta de evitación relacionada con el mismo, controlando incluso la influencia directa de la severidad del dolor sobre esas variables. Para una revisión más exhaustiva, mirar Asmundson y cols., (1999) y/o Watt, Stewart, Lefavre, y Uman (2006) para su aplicación en terapia.

Las valoraciones generales de miedo a las sensaciones corporales pueden sensibilizar a los pacientes más predispuestos y causar una alta consciencia de las sensaciones corporales. De esta manera, la sensibilidad a la ansiedad es sólo una de las características individuales que puede predisponer a desarrollar y mantener el dolor crónico y la discapacidad. Por ejemplo, la somatización, la afectividad negativa, la preocupación corporal, y el pensamiento catastrófico también puede estar envuelto (Boersma y Linton, 2006; Turk, 2002). Woby, Watson, Roach, y Urmston, (2004), demuestran que el estilo de pensamiento catastrófico sobre el dolor puede ser un factor de riesgo para la emergencia del miedo relacionado con el dolor.

### **3.9.- Implicaciones para el tratamiento**

Hemos enfatizado que el dolor es un evento perceptivo subjetivo que no depende solamente de la extensión del daño del tejido o de la disfunción orgánica. La percepción de la intensidad del dolor y las respuestas al mismo están influenciadas por un amplio abanico de factores, tales como el significado de la situación, el foco atencional, el humor, la historia previa de aprendizaje, las contingencias medioambientales, los apoyos y los recursos sociales entre otras. La investigación que revisamos apoya la importancia de estos factores en la etiología, severidad, exacerbación, y mantenimiento de dolor, sufrimiento, y discapacidad.

El tratamiento basado en la perspectiva biopsicosocial no solamente debe tratar las bases biológicas de los síntomas, sino que deben incorporar el abanico completo de factores sociales y psicológicos que se han demostrado que afectan al dolor, trastornos, y discapacidad. Por consiguiente, el tratamiento debería ser diseñado no

solamente a alterar los contribuyentes físicos sino también cambiar las conductas de los pacientes en relación de la patofisiología específica del paciente, y sin controlar necesariamente el dolor per se (Fordyce, 1976; Turk y Rudy, 1992).

El tratamiento desde la perspectiva psicológica se centra en proporcionar al paciente técnicas para ganar un sentido de control sobre los efectos del dolor sobre su vida, modificando las facetas afectiva, conductual, cognitiva, y sensorial del dolor. Las experiencias conductuales ayudan a demostrar a los pacientes que son capaces de más de lo que ellos creen, incrementando así su sentido de competencia personal. Las técnicas cognitivas ayudan a situar las respuestas afectivas, conductuales, cognitivas, y sensoriales bajo el control del paciente. La hipótesis es que el mantenimiento de las conductas se mantendrá a largo plazo si el paciente aprende a atribuir el éxito a sus propios esfuerzos. Hay evidencia de que estos tratamientos pueden producir cambios en las creencias acerca del dolor, estilo de afrontamiento, y severidad informada del dolor, a la vez que cambios conductuales y biológicos (Jensen, Romano, Turner, Good y Wald, 1999; Turner y Clancy, 1986,). El tratamiento que incrementa el nivel de percepción de control sobre el dolor, y reduce la catastrofización también ha sido asociado con una reducción de los índices de severidad del dolor y discapacidad funcional (Jensen y cols., 1999; Vowles, McCracken, y Eccleston, 2007; Thorn, Cross, y Walker, 2007).).

Una importante implicación de la perspectiva psicológica es la necesidad, primero de identificar las características físicas, psicológicas, y sociales de los pacientes, después desarrollar tratamientos ajustados a dichas características, y evaluar su eficacia. El objetivo último es la prescripción de componentes de tratamiento que hayan mostrado que maximizan los resultados en diferentes subgrupos de pacientes (Turk, 1990). En el capítulo cinco, realizaremos una revisión de los tratamientos psicológicos (cognitivo conductuales y de autogestión) para el SFM.

La variabilidad de las respuestas de los pacientes a los estímulos nociceptivos y tratamientos es de alguna manera comprensible si consideramos que el dolor es una experiencia personal influenciada por la atención, significado de la situación, y la

historia previa de aprendizaje, a la vez que por la patología física. En la mayoría de los casos, los factores biomédicos aparecen como instigadores del informe inicial de dolor. Con el tiempo, sin embargo, los problemas secundarios asociados con la falta de forma física pueden exacerbar y mantener el problema. La inactividad lleva a focalizarse sobre el problema y a preocuparse por el cuerpo y el dolor, y estos cambios cognitivo-atencionales incrementan la probabilidad de malinterpretar los síntomas, el sobre énfasis sobre los síntomas, y la autopercepción del paciente como discapacitado. La reducción de la actividad, irritabilidad, miedo a volverse a hacer daño, dolor, pérdida de compensaciones económicas, y un medioambiente que quizás sin darse cuenta apoya el *rol de paciente de dolor* y que impide el alivio del dolor, la rehabilitación exitosa, la reducción de la discapacidad, y la mejora en el ajuste. El dolor que persiste con el tiempo no debería ser visto como o sólo físico o sólo psicológico. Más bien, la experiencia del dolor es un complejo conjunto interdependiente de factores biomédicos, psicosociales, y conductuales, cuyas relaciones no son estáticas sino que evolucionan y cambian con el tiempo. Los variados factores que interactúan y que afectan a una persona con dolor crónico sugieren que el fenómeno es bastante requiere de una perspectiva biopsicosocial para ser explicado y tratado.

Desde la perspectiva biopsicosocial, cada uno de estos factores contribuye a la experiencia de dolor y a la respuesta al tratamiento. La interacción entre los factores es la que produce la experiencia de dolor. Hay una relación sinérgica en la que los factores psicológicos y socioambientales pueden modular la estimulación nociceptiva y la respuesta al tratamiento. A su vez, la estimulación nociceptiva puede influenciar las evaluaciones de los pacientes de su situación y del tratamiento, sus estados de humor, y las formas en las que interactúan con los otros significativos, incluyendo a los médicos. Un modelo integrador y biopsicosocial del dolor crónico necesita incorporar la interrelación mutua entre los factores físicos, psicológicos, y sociales, y los cambios que ocurran entre estas relaciones en el tiempo (Flor y cols., 1990; Turk y Rudy, 1991). Una aproximación a un modelo y al tratamiento que se centre solamente el uno de estos tres conjuntos de factores está inevitablemente incompleto.



# Capítulo 4

---

MODELOS TEÓRICOS EN EL  
SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

---

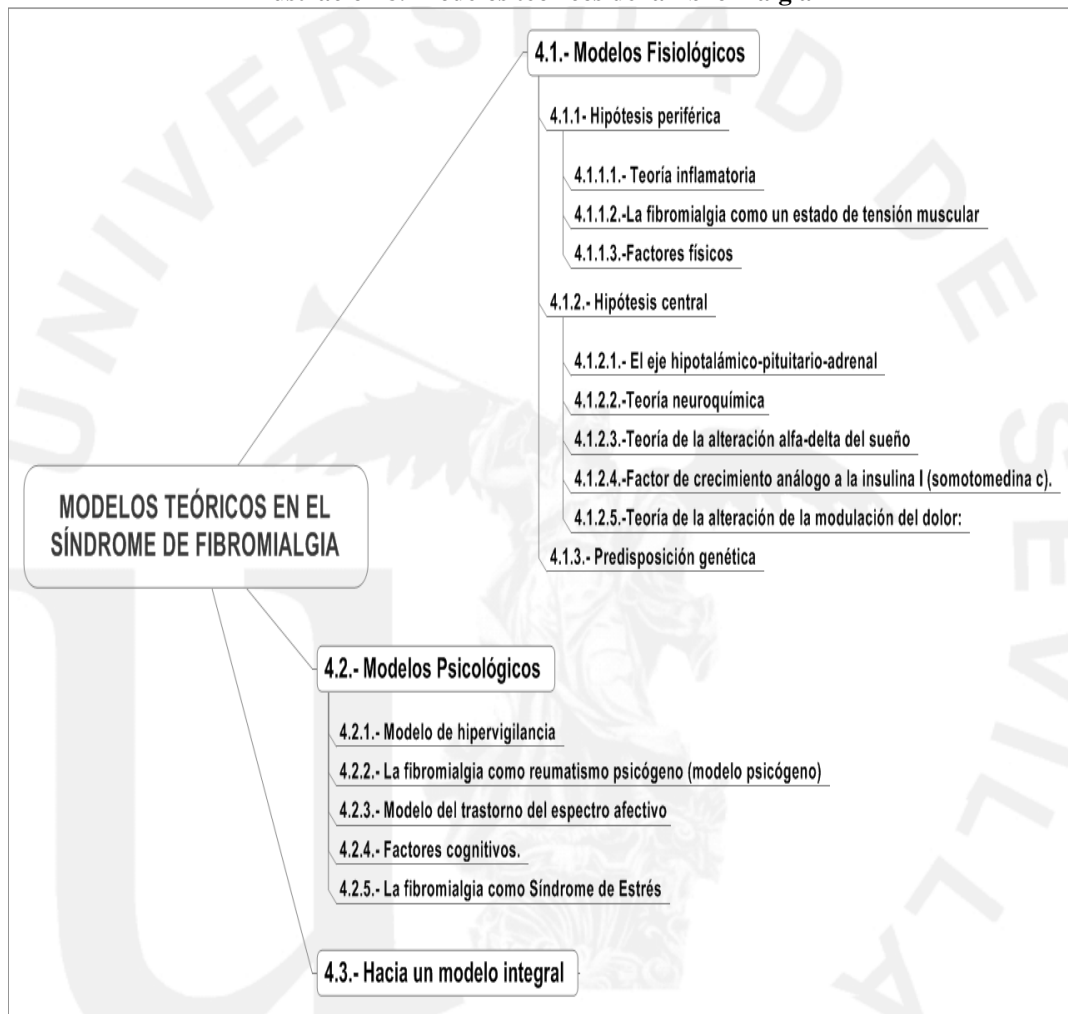


#### 4. MODELOS TEÓRICOS EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.

A lo largo de este siglo, sobre todo de las últimas décadas, la fibromialgia, ha sido objeto de diversas teorías e hipótesis que han motivado distintas líneas de investigación.

En función de los mecanismos implicados las agrupamos en modelos fisiológicos, psicológicos e integradores (Ilustración 8).

Ilustración 8. Modelos teóricos de la fibromialgia



#### 4.1.- Modelos fisiológicos

##### 4.1.1- Hipótesis periférica

La característica esencial del SFM es el dolor musculoesquelético difuso y de modo frecuente se observa debilitamiento de la fuerza muscular (Mengshoel, Forre, y Komnaes, 1990). Estas observaciones han generado la hipótesis de que el SFM puede producirse por la abnormalidad de las estructuras y mecanismos musculares.

Desde el punto de vista morfológico, se ha demostrado la existencia de fibras musculares atrofiadas con hallazgos de necrosis, (Kalyan-Raman, Kalyan-Raman, Yunus y Masi, 1984), lisis miofibrilar y un aumento de los depósitos de glucógeno (Yunus, Kalyan-Raman, Kalyan-Raman, y Masi, 1986). A partir de ahí, se han descrito numerosas alteraciones de las fibras musculares tomadas a partir de biopsias de los diferentes puntos gatillo (Bartels y Danneskiold-Samsøe, 1986; Drewes, Andreassen, Schroder, Hogsaa, y Jennum, 1993; Fulle y cols., 2000) han detectado en biopsias en el músculo vasto lateral la presencia de daño en el ADN y de lípidos.

Se han iniciado investigaciones en tejidos periféricos no musculares. Se ha demostrado la existencia en fibroblastos de depósitos de inmunoglobulina G y una excesiva formación de los mismos (Caro, 1986). Otros autores han señalado, por el contrario, una marcada disminución y degeneración de fibroblastos en esta enfermedad (Tuzlukov y cols., 1993).

Aunque se ha observado una incidencia mayor de las “fibras rojas defectuosas” (*ragged red*) en el examen del tejido muscular al microscopio (Bengtsson, Henriksson, y Larsson, 1986), éstas no han revelado ser una patología definitiva (Drewes, Andreassen, Schroder, Hogsaa, y Jennum, 1993). Similarmente, el SFM no parece estar asociado con destrucción nerviosa muscular espontánea (Durette, Rodríguez, Agre, y Silverman, 1991) o una descarga nerviosa incrementada (Elam, Johansson, y Wallin, 1992).

Se ha informado de niveles reducidos de presión de oxígeno en los músculos trapecio (Bengtsson y Henriksson, 1989) sugiriendo que el SFM puede estar relacionado con una hipoxia local en los músculos. La hipótesis de hipoxia sin embargo, ha sido

criticada por la falta de especificidad del modelo y por su fallo para contabilizar un abanico de problemas asociados al SFM (Wolfe, 1996). La debilidad crítica de la hipótesis periférica es que falla a la hora de explicar la naturaleza generalizada y difusa de los síntomas de la enfermedad. La patología periférica puede haber estado presente en los comienzos de desarrollo del síndrome, especialmente en aquellos pacientes cuyos síntomas comenzaron a continuación de lesiones musculoesqueléticas. Todas estas alteraciones musculares pueden aparecer en otras patologías, que su incidencia está por debajo de la esperada, e incluso menor que en otras enfermedades (Bennett, Clark, Campbell, y Burckhardt, 1992).

Por otro lado estos cambios histológicos son inespecíficos y se han encontrado en atroñas musculares por desuso. E incluso últimamente se tiene la sospecha de que puedan ser artefactos técnicos, ya que alguna de ellas se ha encontrado en músculos normales tras la toma de biopsias e incluso tras mínimas manipulaciones de laboratorio (González-Escalada, 2005).

Se han propuesto varios modelos basados en hipotéticos mecanismos periféricos. Estos incluyen la Teoría inflamatoria, la Teoría muscular y factores físicos.

#### *4.1.1.1.- Teoría inflamatoria*

Esta teoría formulada por Gowers (1904) fue el primer intento de explicación de la fibromialgia cuando por entonces se denominaba fibrositis. Gowers consideraba que los cuadros de dolor generalizado se deben a una inflamación de las fascias y del tejido muscular. Indicó la existencia de nódulos o induraciones dolorosas palpables en estos pacientes y describió signos inflamatorios en la biopsia de estos nódulos con tejido fibroso incrementado y edematoso.

Sin embargo ni con microscopio óptico (Kaplan y Brooke, 1971; Hench, 1936) ni electrónico (Vaeroy, Merskey, Henriksson, Bengtsson, Lindman y Thornell, 1993), ni en estudios inmunoenzimáticos (Drewes y cols., 1993) o con la resonancia magnética (Kravis, y cols., 1993) se ha podido confirmar ninguna anormalidad en los puntos dolorosos, tanto musculares como osteotendinosos. Considerar al SFM como

una patología de origen muscular carece de base anatómica, molecular y fisiopatológica (González-Escalada, 2005).

Le-Goff (2006), en una revisión sobre la patología muscular de la fibromialgia encuentran estudios que refieren alteraciones celulares en el número y forma de las mitocondrias, pero que estos hallazgos en la actualidad son bastante inespecíficos y se necesitan estudios adicionales. Aunque inespecíficos, se ha descrito la presencia de grandes concentraciones de citocinas, receptores solubles, péptidos proinflamatorios, reactantes de fase aguda y anticuerpos en algunos pacientes con SFM (Blanco y cols., 2005), lo que apunta la posibilidad de un proceso inflamatorio o autoinmunitario.

#### *4.1.1.2.-La fibromialgia como un estado de tensión muscular*

La similitud del SFM y el síndrome de dolor miosfacial, llevó a algunos investigadores a sugerir el diagnóstico de “mialgia tensional” (Thompson, 1990). El concepto de mialgia tensional implica que la tensión muscular se deriva de una amplia variedad de causas (por ejemplo espasmos, sobreutilización, mala postura) que, contribuyen significativamente al desarrollo y mantenimiento del dolor crónico.

Esta teoría fue formulada por primera vez por Bonica, según el cual, la sintomatología de dolor y rigidez se debe a una contracción o hipertono muscular. Esta contractura provocaría dolor y el dolor más contractura, creándose así un círculo vicioso (Bonica, 1957). El hipertono muscular acarrearía un exceso de ácido láctico en el propio tejido muscular, y ello sería una fuente adicional de dolor y fatiga.

La tensión muscular subjetiva autoevaluada ha resultado más elevada en estos pacientes (Elert, Dahlqvist, Almay, y Eisemann, 1993). En la exploración física (palpación) generalmente se encuentra una induración homogénea en la zona muscular correspondiente al trapecio. Pero este hipertono muscular puede ser de carácter regional y biomecánico. Por otra parte, la acidosis láctica no ha podido ser demostrada (Krapf, Muller, Mennet, Stratz, y Muller, 1992).

Dos estudios (Durette, Rodríguez, Agre, y Silverman, 1991 y Zidar, Backman, Bengtsson, y Henriksson, 1990), examinando el nivel de línea base en la tensión muscular en el SFM, no encontraron diferencias entre el SFM, individuos sanos o pacientes con dolor crónico sin SFM y no se ha podido constatar ninguna alteración que pueda ser clasificada como una neuropatía de hipertono elevado o espasmo. Lo que sí se ha referido es una cierta dificultad de relajación entre contracciones (Elert, Dahlqvist, Almay, y Eisemann, 1993), y en los puntos gatillo del dolor miofascial se ha hallado una cierta actividad electromiográfica.

La respuesta limitada que desde el punto de vista terapéutico se obtiene con los miorrelajantes no apoya ciertamente la hipótesis de que la fibromialgia sea debida a una tensión muscular.

Un modelo alternativo que relaciona el dolor crónico y la tensión muscular considera la interacción de factores psicológicos y fisiológicos. La hiperactividad muscular y de los músculos inducida por el estrés puede llevar a la isquemia, espasmos y reducción de oxígeno en el área. De este modo se incrementa la susceptibilidad de los individuos al dolor. Los individuos con una predisposición a tensar los músculos de la espalda en reacción al estrés o aquellos que han aprendido a incrementar la tensión muscular, pueden tener mayor riesgo de desarrollar dolor crónico (Flor y Turk, 1989).

Svebak, Anjia, y Karstad (1993) informaron que los pacientes con SFM no difieren de individuos sanos en reactividad electromiográfica en una tarea perceptual motora. Sin embargo hay cuestiones metodológicas que pueden haber confundido los resultados como el tamaño de la muestra ( $n = 10$ ) y una validez cuestionable del estresor. Tipos genéricos de estresores, tal y como el que fue utilizado en este estudio, pueden no ser bastante potentes para elicitar reactividad EMG, en contraste con estresores personalmente relevantes (Flor y Turk, 1989). En este momento es difícil concluir si la reactividad elevada en tensión muscular juega algún rol significativo. Se requiere investigación para establecer relación entre el SFM y una actividad EMG elevada para subrayar y determinar el rol de esta última en la iniciación, mantenimiento y exacerbación del dolor y otros síntomas asociados en el SFM.

#### *4.1.1.3.-Factores físicos*

Dada la naturaleza crónica y generalizada del dolor en el SFM, parece razonable asumir que los niveles de actividad de los pacientes deberían estar limitados, facilitando, por tanto, y manteniendo la falta de forma física. A pesar del énfasis sobre el tratamiento aeróbico para el SFM la investigación sobre la forma física (*fitness*) ha alcanzado resultados inconsistentes. La capacidad aeróbica de los pacientes con SFM, no ha mostrado ser significativamente diferente de individuos sanos de su misma edad (Mengshoel, Forre, y Komnaes, 1990) (Norregaard, Bulow, Mehlsen, y Danneskiold-Samsoe, 1994), mientras que en la mayoría de los pacientes SFM se observa un nivel medio bajo de capacidad física (Jacobsen y Holm, 1992). Las diferencias pueden ser debidas a inconsistencias metodológicas (tamaño de las muestras o factores predisposicionados -niveles premorbidos de forma física).

Sin embargo, cuando se examina la fuerza muscular y la resistencia, los pacientes muestran una forma significativamente más baja de fuerza muscular que los individuos sanos (Mengshoel, Forre, y Komnaes, 1990; Norregaard, Bulow, Mehlsen, y Danneskiold-Samsoe, 1994) y que los pacientes sin SFM (Jacobsen y Danneskiold-Samsoe, 1992). Debe tenerse en cuenta que las pruebas musculares generalmente dependen de movimientos de los músculos voluntarios de los participantes, de manera que los resultados están sujetos a factores motivacionales y emocionales. Por ejemplo, el miedo anticipatorio de producirse dolor en una contracción muscular excesiva puede inhibir a los pacientes con SFM de ejercer su máxima fuerza muscular (Lindh, Johansson, Hedberg, y Grimby, 1994).

El estatus actual de la investigación sobre la forma física sugiere que existe una amplia variación individual en los niveles de forma muscular y aeróbica en los pacientes con síndrome de fibromialgia. Los factores relevantes incluyen niveles de forma física premórbida, a la vez factores emocionales y cognitivos asociados con las actividades. Se ha demostrado una relación entre las capacidades en el funcionamiento físico y factores psicológicos en el SFM (Mannerkorpi, Svantesson, y Broberg, 2006). Así, se debe garantizar una especial atención a los pacientes que mantienen estilos de vida sedentarios con reducción de la forma física progresiva.



#### *4.1.2.- Hipótesis central*

Se han propuesto varios modelos basados en hipotéticos mecanismos centrales. Estos incluyen los factores neuroendocrinos, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, neurotransmisores, factor de crecimiento análogo a la insulina 1 (somatomedina c), alteraciones del sueño y alteraciones inmunológicas, como mecanismos explicativos.

La observación de que el SFM está asociado con umbrales disminuidos sugiere en general que la hipervigilancia hacia la sintomatología dolorosa (ver modelos psicológicos, pág. 151) puede ser explicada por procesos irregulares en el sistema nervioso central.

El modelo de modulación central propone que existen mecanismos desadaptativos en el sistema nervioso central que interactúan con la modulación periférica del dolor (Yunus, 1992). De acuerdo con este modelo los mecanismos disfuncionales del dolor en el sistema nervioso central están causados por anomalías en el sistema neuroendocrino y con el tiempo la plasticidad en el sistema nervioso central pueden llevar a la cronificación del dolor. Hay varios factores neuroendocrinos que pueden ser asociados con la modulación del dolor del sistema nervioso central.

##### *4.1.2.1.- El eje hipotalámico-pituitario-adrenal*

Debido a que el SFM está asociado a menudo a un suceso estresante como factor de inicio o de agravamiento (Wolfe y cols., 1990) se puede esperar perturbación en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. En apoyo de esta hipótesis, los pacientes con SFM parecen tener niveles más bajos de cortisol basal que los individuos sanos, a la vez que una reactividad anormal a los estresores (Crofford y cols., 1994) (van-Denderen, Boersma, Zeinstra, Hollander, y van-Neerbos, 1992). Un amplio rango de secuelas de la disfunción en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, desde efectos periféricos, tales como dolores musculares a efectos centrales, tales como perturbación en el sueño, parecen reforzar la validez de la hipótesis del eje hipotalámico-pituitario-adrenal disfuncional (Crofford, Engleberg, y Demitrack, 1996).

Se ha estudiado la participación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HHA) y se han observado alteraciones en la producción de ACTH y cortisol que pueden explicar el aumento de la percepción del dolor (Riedel, Layka, y Neeck, 1998; Gur, Cevik, Sarac, Colpan, y Em, 2004). Por último, la demostración de alteraciones en el sistema nervioso simpático, (Martínez-Lavin y Hermosillo, 2000); (Martínez-Lavin, 2002), o los estudios de neuroimagen avanzada del Sistema Nervioso Central indican que en esta enfermedad existe un defecto en la percepción nociceptiva (Bradley y cols., 2000). Sin embargo, la disfunción del hipotalámico-pituitario-adrenal no es específica del SFM. Similares y rotundas reacciones al estrés en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal se han encontrado asociadas con obesidad o con depresión (Chrousos, 1998).

Considerando las características comunes entre estos trastornos las respuestas disfuncionales hipotalámico-pituitario-adrenal, pueden estar relacionadas con una mala condición física, cansancio o con el afecto negativo relacionado con el dolor generalizado o si ocurre una combinación de estos factores a la vez.

Aunque los hallazgos actuales señalan una disfunción del eje HHA, en general son poco consistentes, se está de acuerdo que pueden ser una consecuencia del propio cuadro clínico del SFM, más que su causa (Rivera y col, 2006).

#### *4.1.2.2.-Teoría neuroquímica*

Muchas otras funciones en el sistema nervioso central son reguladas por o interactúan con el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Varios factores neuroquímicos específicos han sido investigados como potencialmente patofisiológicos. Se ha demostrado la importancia del papel de distintos neurotransmisores en la etiología de la fibromialgia (Staud R., 2002). Se trata de factores que participan en la vía nociceptiva, tan alterada en esta enfermedad. En particular el rol de la deficiencia de serotonina en la patofisiología del SFM ha sido de interés considerable. En cuanto a la serotonina, se sabe asociada con varios síntomas relacionados con el SFM (dolores de cabeza, depresión o problemas de sueño) y con la experiencia nociceptiva (Richardson, 1990). Una serie de estudios han demostrado que el SFM no parece estar asociada con niveles más bajos de serotonina sobre las bases de concentración

de plasma (Wolfe, Russell, Vipraio, Ross, y Anderson, 1997), bajos niveles de concentración de triptofano plásmico (un precursor de la serotonina) (Yunus, Dailey, Aldag, Masi, y Jobe, 1992), y un decremento en el líquido cefalorraquídeo de 5-hidroxiindoxiindolacético (un metabolito de la serotonina), (Russell, Vaeroy, Javors, y Nyberg, 1992) comparando sujetos con SFM con controles sanos y pacientes afectados por enfermedades inflamatorias, como artritis reumatoide.

Además el nivel significativamente elevado de sustancia P presente en líquido cefalorraquídeo de los pacientes con SFM (Russell y cols., 1994; Vaeroy, Helle, Forre, Kass, y Terenius, 1988) sugiere que los bajos niveles de serotonina no pueda ser causa de la presencia de hiperalgesia (Murphy y Zelman, 1987). A pesar de ello algunos datos clínicos sugieren que la presencia de este péptido favorece la transmisión de los estímulos dolorosos porque facilita la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores. Este aumento además de ser específico triplica al nivel de este neuropéptido en condiciones normales y puede ser responsable de la hiperalgesia paraespinal, estando en relación directa con la gravedad del dolor y el número de puntos dolorosos. El aumento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo incide en la producción orgánica de GH y cortisol, la hiperprolactinemia y de forma secundaria la disminución de serotonina. En la actualidad el significado de estas alteraciones en los precursores o metabolitos de otros neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la noradrenalina, la encefalina y el ácido gammaaminobutírico centra la mayor parte de las investigaciones sobre la etiopatogenia del SFM (Rivera y cols., 2006), con el objetivo de encontrar un proceso autoinmune en el cuadro.

#### *4.1.2.3.-Teoría de la alteración alfa-delta del sueño*

Las alteraciones del sueño son un hecho clínico muy frecuente en la fibromialgia. Como en la fase IV del sueño no REM cesa toda actividad simpática y hay un predominio de la actividad parasimpática, los músculos se encuentran en un estado de relajación casi completa. Por ello es sugerente pensar que una mala relajación muscular, a causa de un sueño perturbado, pueda repercutir en dolor y rigidez músculo- esquelética. Por otra parte, un buen indicador de la calidad del sueño es la

rigidez matutina, de gran importancia clínica y patológica y empleado como criterio de clasificación de la ACR (Yunus, Masi, y Aldag, 1989).

Esta teoría de la fibromialgia promueve que es debida a una alteración del proceso del sueño, desarrollándose a partir de los trabajos de Moldofsky, (1982). Este autor halló una anomalía alfa en el EEG del sueño en siete pacientes con fibromialgia y en tres de los diez les faltaba el estadio III ó el IV. Cuando deprivó a los controles “normales” de la fase IV del sueño, observó que al despertar presentaban puntos dolorosos, cansancio, rigidez y dolor difuso (Moldofsky y Scarisbrick, 1976). Estos resultados sugerían que el SFM puede ser considerado un trastorno de la estimulación (arousal, excitación) durante el sueño y que el sueño alfa-delta puede tener un rol patogénico. Sin embargo los resultados de estudios posteriores no han sido consistentes. Se ha observado que estas alteraciones son poco específicas de los pacientes con síndrome de fibromialgia, pudiendo ser secundarias a situaciones de estrés o encontrarse en pacientes psiquiátricos (Hauri, y Hawkins, 1973), en individuos deprimidos (Witting, Zorick, Blumer y cols., 1983) y en pacientes con artritis reumatoide (Moldofsky, Lue y Smythe, 1983). Según se desprende del estudio de Moldofsky y Scarisbrick, (1976) con pacientes con nicturia del embarazo, y de individuos con apnea del sueño (Álvarez Lario, Terán Santos, y Alonso Valdivielso, 1990), estas alteraciones del sueño, por sí mismas, no causan fibromialgia. Carette, Oakson, Guimont, y Steriade, (1995) encontraron que la incidencia del sueño alfa-delta en pacientes con síndrome de fibromialgia está lejos del 100 %.; solamente el 36% de los pacientes que ellos examinaron mostraron una intrusión anormal.

A pesar de que no hay un papel claro de las alteraciones del sueño sobre la fibromialgia (Littlejohn, 1994), éstas tienen un valor clínico, diagnóstico y pronóstico. Así los pacientes con buena calidad del sueño antes del inicio de la fibromialgia tienen un mejor pronóstico de cara a una evolución con remisiones temporales, pues éstas son más frecuentes (Boixader, 1994).

#### *4.1.2.4.-Factor de crecimiento análogo a la insulina I (somatomedina c).*

Se ha prestado atención en los niveles de somatomedina C (un péptido relacionado con la hormona del crecimiento), en los pacientes con SFM. La hipótesis de la

deficiencia de somatomedina C se deriva de las conclusiones de que el SFM está asociado con deficiencias en el sueño no restaurador, caracterizado por una intrusión de una onda alfa dentro del ritmo del sueño delta (Moldofsky, Scarisbrick, England, y Smythe, 1975). El sueño de la fase cuatro es esencial en la secreción de la hormona del crecimiento (GH) que juega un importante rol en la homeostasis y en la recuperación muscular. De esta manera es posible que los niveles de somatomedina C estén dañados en el SFM (Gonzalez Escalada, 2005). Las conclusiones de la investigación sobre la somatomedina C no son consistentes. Aunque Bennett, Clark, Campbell, y Burckhardt, (1992) demostraron niveles más bajos en somatomedina C en pacientes con SFM que en individuos sanos, un estudio reciente (Buchwald, Umali, y Stene, 1996) fracasó al no encontrar diferencias significativas en pacientes con SFM y síndrome de fatiga crónica, pacientes con síndrome de fatiga crónica, e individuos sanos.

#### *4.1.2.5.-Teoría de la alteración de la modulación del dolor*

La fibromialgia como síndrome de amplificación del dolor es otra teoría sobre la patogenia de la fibromialgia que fue formulada por Smythe (1979) y que actualmente está en plena vigencia. De hecho, también se habla de la fibromialgia, a veces de forma sinónima, como de un trastorno de la modulación del dolor.

Los datos más recientes indican que en los pacientes con SFM existe una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central (Crofford, 2005). A favor de esta teoría se han presentado como argumentos distintas observaciones y estudios.

En los estudios de dolor inducido experimentalmente, se ha comprobado que estos pacientes tienen un umbral más bajo por la que se necesita estímulos de menor intensidad para provocarles dolor (Price, 2005). No obstante, la disminución del umbral del dolor a la presión parece que no es un hecho específico e independiente en la fibromialgia.

En este sentido, el número de puntos dolorosos tanto en pacientes fibromiálgicos como en pacientes con artritis reumatoide resultó dependiente o correlacionado con

el estrés diario (Urrows, Affleck, Tennen y Higgins, 1994). Y en un estudio de población en el noroeste de Inglaterra se concluyó que los puntos dolorosos son una expresión o medida del estrés general (Ferraccioli y cols., 1990).

Estudios de neuroimagen, mediante las técnicas de tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT) y tomografía por emisión de positrones (PET), muestran una disminución de flujo sanguíneo cerebral en áreas frontales y dorsolaterales de ambos hemisferios, el tálamo, la cabeza del núcleo caudado, el tegmento pontino inferior, el cortex parietal superior y el *gyrus rectalis* (Kranzler, 2002). En la resonancia magnética cerebral funcional, se ha observado un aumento del flujo sanguíneo cerebral en las zonas activadas por estímulos dolorosos, y la cantidad de estímulo necesaria para activar esas zonas en los pacientes con SFM es menor que en personas sanas (Gracely, Petzke, Wolf, y Clauw, 2002). Sin embargo estas alteraciones no parecen específicas de la fibromialgia, encontrándose en sujetos con depresión (Schwartz y cols., 1994) y en pacientes con dolor neuropático (Bradley cols., 2000).

#### *4.1.3.- Predisposición genética*

Entre los familiares de pacientes con SFM se ha podido comprobar que existe una agregación familiar, pues el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con SFM es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones (Arnold, Hudson, Hess, Ware, Fritz, Hudson, y cols., 2004). En el seno de estas familias, tanto los factores psicológicos como el estado de salud son similares en los sujetos con y sin SFM, lo que indica que puede haber una base genética que contribuya a la aparición de la enfermedad (Buskila y Sarzi-Puttini, 2006).

Yunus y cols., (1999), observándose la implicación de determinados genes, como el gen COMT, que codifica la enzima Catecol-O-metyltransferasa implicada en la inactivación de las catecolaminas, en el que se han asociado algunos polimorfismos de forma significativa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina (Gursoy, 2003). El gen COMT (situado en el cromosoma 22) inactiva la Dopamina y

Catecolaminas; si los enfermos de FM son portadores del gen COMT de menor actividad, se produce un aumento de la dopa y catecolaminas, responsables de transmitir el dolor entre las neuronas, lo que provoca una mayor recepción al dolor (excita los transmisores del dolor.). Los polimorfismos del gen COMT determinan la actividad del enzima del mismo nombre y la capacidad de degradar o inactivar las catecolaminas, la dopamina y los llamados catecol-estrógenos. Consecuentemente, debe indicarse que un enzima COMT de baja actividad (COMTLL) degrada con menor eficacia tanto las catecolaminas como la dopamina. También, debe tenerse en cuenta que, en condiciones normales, las catecolaminas promueven la liberación de algunas interleukinas como la IL-1, IL-6 y TNF, que entre otras funciones activan el eje HHS y, adicionalmente, la noradrenalina ha sido descrita como alteradora de la relación “señal/ruido” a nivel neuronal y es frecuente el hallazgo de niveles elevados de noradrenalina en pacientes con SFM. La invención demuestra que el genotipo COMTLL es más frecuente en enfermas con SFM que en la población control. Con respecto al grupo de pacientes “no respondedores”, la frecuencia de genotipo COMTLL se eleva hasta un 77,3%, lo que permite considerar a este genotipo no solo como un factor de riesgo sino como un factor pronóstico. A pesar de los hallazgos descritos hasta el momento actual no se ha encontrado ninguna alteración anatómica patognómica ni se ha descrito una causa y un mecanismo fisiopatológico capaz de dar una explicación al comienzo de la enfermedad, a su evolución y a la ausencia de respuesta analgésica a los tratamientos. Por este motivo muchos científicos han expresado muchas dudas sobre el origen de la enfermedad e incluso cuestionan su existencia. La ausencia de una justificación orgánica no debería hacer dudar sobre la existencia de la enfermedad. Antes habría que descartar la presencia de una trastorno psiquiátrico / psicológico (González Escalada, 2005).

## **4.2.- Modelos psicológicos**

### *4.2.1.- Modelo de hipervigilancia*

La naturaleza difusa y generalizada del SFM ha llevado a algunos investigadores a considerar una disfunción en el procesamiento de información como un factor crítico. Los ensayos que investigan el procesamiento sensorial han demostrado

consistentemente que los pacientes de SFM exhiben un umbral de dolor más bajo del que lo hacen los individuos sanos de su misma edad y sexo (Kosek, Ekholm, y Hansson, 1996; McDermid, Rollman, y McCain, 1996). Sin embargo los umbrales se localizan no sólo en los lugares afectados sino también en áreas diferentes de los puntos gatillo, comparados con individuos sanos (Kosek y Hansson, 1997). Adicionalmente del SFM parecen experimentar una recuperación más lenta del dolor inducido, comparados con individuos sanos. Basados en estos resultados, Vaeroy, Merskey, Rollman, y Lautenbacher (1993) han propuesto un modelo de hipervigilancia en el que se considera una vigilancia elevada como factor predisponente en el SFM. La vigilancia de la información sensorial en el síndrome puede no estar limitada al dolor. Por ejemplo, los pacientes de SFM tienden a mostrar un umbral más bajo para percibir la fatiga. La investigación ha demostrado que los pacientes de SFM van a valorar probablemente el ejercicio como más exigente que los controles sanos tomando el control de su capacidad aeróbica (Norregaard, Bulow, Mehlsen, y Danneskiold-Samsoe, 1994).

Similarmente, los pacientes de SFM tienden a terminar el ejercicio físico más rápidamente de lo que lo hacen los individuos sanos, a pesar de índices coronarios comparables bajo la misma carga de trabajo. Hay también alguna evidencia de que los pacientes de SFM son más sensibles a la estimulación dolorosa como los ruidos. Estos resultados parecen sugerir que el SFM está relacionado con una disfunción del procesamiento central de *inputs* somatosensoriales. Hay varias posibles vías por las cuales los individuos desarrollan la hipervigilancia, por ejemplo, puede haber una predisposición genética o neuroendocrina que indique al cerebro un bajo ruido sensorial de fondo, incrementando de esta manera la posibilidad de percibir la información sensorial nueva incluso a un nivel mínimo de entrada. Los procesos cognitivos pueden ser un factor crítico en determinar la hipervigilancia, a través de la experiencia pasada, con estimulación dolorosa teniendo un impacto acumulativo sobre cómo uno define y responde a entradas sensoriales nocivas o dolorosas. Por otra parte, prestar atención y responder a acontecimientos puede animar potenciar refuerzos ambientales (por ejemplo, reacciones solícitas de los otros) o puede actuar como una defensa psicológica contra el miedo a adquirir enfermedades serias. Una excesiva cantidad de atención orientada puede más tarde comprometer respuestas de atención cognitivo - afectivas y conductuales debido a una deficiencia de recursos atencionales para apoyar el proceso auto-regulatorio (Wallace y Newman, 1997).



*4.2.2.- La fibromialgia como reumatismo psicógeno (modelo psicógeno)*

La descalificación de los modelos fisiológicos como la teoría inflamatoria, por una parte, y la relevancia de las alteraciones psíquicas en estos pacientes (ansiedad, depresión, hipocondrías, etc.) por otra, hicieron pensar en la década de los cuarenta, y todavía es sostenido en la actualidad por algunos autores, que la fibromialgia es un trastorno primariamente psíquico.

La teoría del reumatismo psicógeno fue sugerida por Savage en 1942 (Savage, 1942). En 1944, Halliday comentó y puso de relieve que los individuos con enfermedades psiconeuróticas pueden desarrollar un complejo sintomático que incluye dolores o rigidez, junto con una limitación de los movimientos y posible pérdida de fuerza (Halliday, 1944).

Conviene subrayar que Halliday no era categórico en este sentido, sino que se limitaba a preguntar qué papel desempeñan los factores emocionales en la fibromialgia primaria. (Entonces se consideraba como fibrositis secundaria a las relacionadas con un traumatismo, infecciones, esguinces, así como las originadas por el frío, o las corrientes de aire o las derivadas de la artritis reumatoidea).

Son varios los autores que han sostenido y todavía sostienen que el SFM es un trastorno primariamente psíquico (Ellman, y Shaw, 1950; Rosenhall, Johansson y Orndahl, 1987). Últimamente también hay posturas en este sentido. Netter consideraba que la fibromialgia se podría considerar como una manifestación de neuroticismo con tendencia a los síntomas psicósomáticos, al referir dolor, trastornos funcionales, fatiga, etc, (Netter y Henning, 1998). Wolfe, uno de los grandes estudiosos sobre este tema, escribe que todo o la mayor parte del síndrome es psicológico (Wolfe, 1998).

Con la profusión y asequibilidad de los instrumentos para el estudio de los trastornos psíquicos (pruebas y escalas de valoración y diagnóstico, muchas de ellas autoaplicadas), los aspectos psicológicos han sido ampliamente estudiados en estos pacientes. En general no han resultado tan característicos y específicos como se pensaba.

Las alteraciones más frecuentemente estudiadas relacionadas con el trastorno son la ansiedad y la depresión (Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; Ahles, Yunus, y Masi, 1987).

La proporción de pacientes afectados de depresión es sólo en una tercera parte de los pacientes (Hawley y Wolfe, 1993; Wolfe, Ross, Anderson, Rusell, y Henert, 1995).

La ansiedad, a nivel patológico, puede estar presente en un 60 por 100 de los casos como media: 48 por 100 (Wolfe y cols., 1990), 73 por 100 (Yunus, Masi, y Aldag, 1989).

En varios estudios no se han podido hallar diferencias en cuanto a aspectos psíquicos entre pacientes fibromiálgicos y controles (Clark, Campbell, Forehand, y cols., 1985; Aaron y cols., 1996).

Además se ha considerado que las puntuaciones de ansiedad y depresión, halladas en las distintas series, pueden ser secundarias al dolor crónico que presentan estos pacientes (Rook, Pesch, y Keeler, 1981; Frank, Beek, y Parker, 1988) y que el instrumento de medida que generalmente se ha empleado, el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) no es adecuado para estas situaciones de dolor crónico (Smythe, 1984; Goldenberg, 1986).

El cuadro clínico de la fibromialgia, con un dolor musculoesquelético de topografía generalizada, de carácter crónico y persistente, con unos puntos típicos de dolor a la presión, son las principales características que lo diferencian de los síndromes ansiosos y depresivos.

Recientemente, Bleda, fruto de una revisión y balance del tema, concluye que la fibromialgia no es un trastorno psiquiátrico, que la mayoría de los pacientes no tienen un trastorno o enfermedad psiquiátrica activa y que el desarrollo de la historia natural no deriva necesariamente hacia un trastorno psicológico (Bleda, Martínez, Mira, y Gelabert, 2003).

#### *4.2.3.- Modelo del trastorno del espectro afectivo*

Basado en la observación de que la depresión mayor era común en pacientes con SFM y en sus pacientes de primer grado (Hudson y col, 1985), Hudson y Pope (1989) propusieron el concepto de trastorno del espectro afectivo (TEA). A diferencia del modelo psicógeno, el modelo TEA no sugiere una relación causal entre la depresión y el SFM. En vez de ello el modelo propone que hay una familia de trastornos médicos y psiquiátricos que comparten patofisiología común con el SFM: el síndrome de intestino irritable, fatiga crónica, migraña, y depresión mayor. Estos trastornos tienden a concurrir con el síndrome de fibromialgia y de acuerdo con el modelo, la comorbilidad se debe a una anormalidad común. Las respuestas positivas de los TEA a los antidepresivos han sido propuestas como evidencia de apoyo para el modelo TEA. Sin embargo, en este momento los argumentos y las evidencias empíricas en apoyo del modelo TEA son inconsistentes.

Además de los problemas metodológicos encontrados en los estudios, no se observa una mayor prevalencia de la depresión en el SFM, más que en otras condiciones de dolor.

La efectividad de la medicación antidepresiva del síndrome de fibromialgia a veces está sobrestimada en este modelo. Además la hipótesis de que si la medicación mejora múltiples trastornos, entonces todos esos trastornos comparten una patología común, no se garantiza siempre. Las medicaciones como los tricíclicos pueden afectar a algunos aspectos del sistema nervioso central y a la vez tener un impacto sobre la amplitud de los síntomas.

#### *4.2.4.- Factores cognitivos.*

La investigación ha demostrado que los factores cognitivos (p.e., creencias, valoraciones, etc.) juegan un papel importante para determinar la adaptación de los pacientes de dolor crónico a sus síntomas (p.e., Turk y Rudy, 1986). Como se ha observado en muchos síndromes de dolor crónico los pensamientos desadaptativos y el procesamiento de la información parecen estar asociados con las limitaciones funcionales y con el trastorno afectivo. Los factores cognitivos no son normalmente

considerados como factores causales. Sin embargo, la investigación ha examinado los efectos de una cognición desadaptativa sobre el mantenimiento y agravamiento del dolor crónico sugiere que la patología orgánica que puede haber iniciado los síntomas juega un rol menor en el tiempo. Por otra parte, la percepción y la interpretación de los síntomas contribuyen a una representación interna del dolor crónico. La representación disfuncional probablemente facilita un medio que apoya conductas de enfermedad y la reducción de actividades. Por otra parte la experiencia del dolor de los pacientes reduce los niveles de refuerzo social y sentido de logro, junto con una disminución progresiva de la forma física todo lo cual facilitará posteriormente la discapacidad, el malestar y el dolor.

Aunque el volumen de investigación en esta área es relativamente limitado comparada con los otros tipos de síndromes de dolor crónico, los resultados han indicado consistentemente que el pensamiento desadaptativo se observa en los pacientes con SFM. Por ejemplo, comparados con pacientes con otras condiciones reumatológicas tienden a sentir que tienen muy poco control sobre su dolor (Burckhardt y Bjelle, 1996; Pastor y cols., 1993). Como se ha observado en otros síndromes de dolor crónico las cogniciones desadaptativas parecen estar cercanamente asociadas a limitaciones funcionales y a malestar (distrés) afectivo en el SFM. Las percepciones de incontrolabilidad, las creencias de que las conductas no tienen un impacto significativo sobre la condición de uno y las condiciones de autoeficacia han mostrado estar relacionadas con un mayor dolor, discapacidad y humor depresivo (Buckelew, Murray, Hewett, Johnson, y Huyser, 1995) (Turk y Okifuji, 1997).

Aunque todos los pacientes crean sus propias representaciones cognitivas de sus síntomas, los niveles y naturaleza de los pensamientos desadaptativos varían grandemente entre los pacientes (Turk, Okifuji, Starz, y Sinclair, 1996).

#### *4.2.5.- La fibromialgia como Síndrome de Estrés*

Muchos pacientes con SFM informan que sus síntomas comenzaron con un estrés físico y emocional (Clauw y Chrousos, 1977; Turk, Okifuji, Starz, y Sinclair, 1996). No hay ninguna duda de que vivir con SFM y los síntomas relacionados sirve como

estresor actual o futuro. Por ejemplo, como parte de un estudio de tratamiento (Bruno y Merayo, 2005) se pidió a los pacientes con SFM que especificaran qué factores estaban asociados con la mejora y exacerbación de sus síntomas: un 65% indicó que el estrés era un factor agravante. Por otra parte, estrategias para reducir el estrés, tales como tomar baños de agua caliente, y la relajación fueron anotados como factores de alivio aproximadamente por el 50% de la muestra. Distintas posibles explicaciones pueden contabilizarse para estas diferencias incluyendo los factores moduladores tales como estrategias de afrontamiento y la autoeficacia.

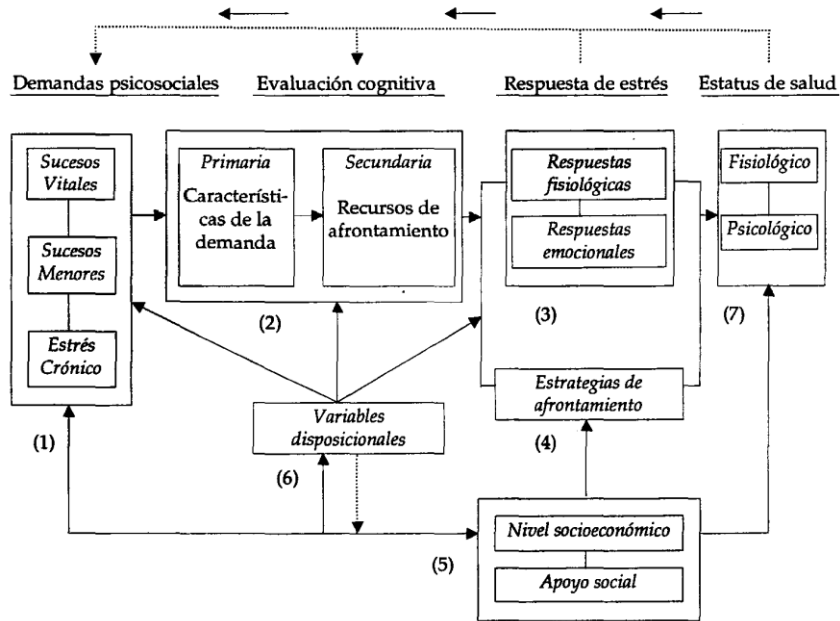
De acuerdo con Esteve y Ramírez, (2003), el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 2000) supone un paso importante en la conceptualización del dolor crónico como experiencia estresante permitiendo unificar bajo un mismo marco teórico resultados alcanzados por el modelo cognitivo-conductual (p.e., importancia de las creencias y los pensamientos en la experiencia del dolor).

Atendiendo a la conceptualización del estrés como un proceso (Lazarus, 2000, Sandín, 1995), el dolor crónico puede entenderse como una experiencia desafiante que coloca a las personas bajo estados de sobreactivación (fisiológica, cognitiva o conductual), atentando contra su bienestar.

En este sentido se asume, por tanto, que ante la amenaza resultante del padecimiento de dolor, en los sujetos se movilizan mecanismos de actuación para hacer frente a la situación y afrontar los daños o amenazas. Dichos mecanismos definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes que son utilizados para manejar las demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone –o cree que dispone-.

En este modelo general del estrés se incluye diversos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, daño o pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales, etc. (véase en la ilustración 9). El modelo se desarrolla en siete etapas que podrían resumirse de la siguiente forma (Sandín, 1995, pp. 12-13):

Ilustración 9. Modelo procesual del estrés (Sandín, 1995)



En la ilustración 9 se muestra el modelo procesual del estrés con indicación de las principales relaciones entre los diferentes tipos de componentes implicados: (1) demandas psicosociales (comúnmente “estrés psicosocial”), (2) evaluación cognitiva, (3) respuesta de estrés, (4) afrontamiento, (5) variables sociales (nivel socioeconómico y apoyo social), (6) variables dispocionales, y (7) estatus de salud (en línea discontinua se indican relaciones de feedback) (modificado de Sandín, 1995).

1. Demandas psicosociales. Están constituidas por los agentes externos causantes primariamente del estrés. Aunque específicamente nos referimos sobre todo a las demandas de tipo psicosocial, las demandas estresantes pueden también referirse a las demandas físicas (p.e., trabajo duro), así como también a los agentes naturales (p.e., radiación, frío, humedad, etc.) y artificiales (ruido del tráfico, etc.). Específicamente, cuando hablamos de estrés psicosocial nos referimos a los sucesos mayores (p.e., sucesos vitales), a los sucesos menores (estrés diario o microeventos) y al estrés crónico (enfermedad prolongada, disputas familiares, estrés laboral, etc.).
2. Evaluación cognitiva. Se refiere a la valoración cognitiva que efectúa el individuo con respecto a la situación. El grado de amenaza, daño o pérdida, desafío, etc. de dicha situación puede depender de tal valoración. La respuesta de estrés se produce cuando existe una ruptura del equilibrio entre la

- percepción de la demanda y la percepción de los recursos personales para superarla.
3. Respuesta de estrés. Incluye inicialmente un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas (sobre todo respuestas emocionales negativas). Las respuestas fisiológicas implican sobre todo al sistema neuroendocrino (liberación de catecolaminas y cortisol fundamentalmente) y al sistema nervioso autónomo (activación del simpático e inhibición del parasimpático).
  4. Estrategias de afrontamiento. Esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés. En realidad ésta es la última etapa del proceso del estrés propiamente dicho. Estas cuatro fases interactúan constantemente en un proceso dinámico. En la figura se indica la estrecha relación que se produce entre el afrontamiento y los componentes fisiológicos y psicológicos de la respuesta de estrés (a veces ciertas reacciones psicológicas de estrés pueden entenderse como estrategias de afrontamiento).
  5. Variables sociales. Un factor importante relacionado con las demandas psicosociales es el estatus socioeconómico (generalmente un estatus socioeconómico bajo suele asociarse a más estresores psicosociales, a peor apoyo social y a variables disposicionales negativas). El apoyo social, puede amortiguar el efecto negativo que ejerce el estrés sobre el individuo. El apoyo social también puede inducir efectos directos sobre la salud.
  6. Variables disposicionales. Son variables que pueden modular y por tanto influir sobre el funcionamiento de las cuatro etapas anteriores. Son variables de este tipo las dimensiones de personalidad (neuroticismo, extraversión, optimismo, etc.), los tipos de reacción al estrés (reactividad al estrés, alexitimia, etc.), los factores hereditarios, el sexo y la raza.

A continuación destacaremos algunos trabajos que se centran en el estrés como factor patogénico, en algunas de estas fases, pudiendo explicar la mayoría de las alteraciones que tienen lugar en la fibromialgia.

Según Chrousos, (1998) los agentes estresantes de la fibromialgia pueden ser exógenos o endógenos y entre los endógenos se incluyen los metabólicos, fisiológicos, procesos infecciosos o inflamatorios o de naturaleza emocional.

En relación con el SFM, diferentes estudios han encontrado que un número importante de sujetos con este síndrome ha sufrido acontecimientos vitales estresantes en su infancia (Amir, Kaplan, Neumann, Sharabani, Shani y Buskila, 1997), abusos en la infancia y trastorno de estrés postraumático así como acontecimientos vitales estresantes en la vida adulta mediante la relación entre traumatismo cervical y fibromialgia (Buskila, Neumann, Vaisberg, Alkalay, y Wolfe, 1997). A este respecto encontramos estudios a favor de dicha relación (Romano, 1990) y también en contra (Aaron y cols., 1997), (Cohen y Quintner, 1998).

Se ha encontrado que los sujetos con SFM experimentan el mismo número de sucesos diarios molestos que los pacientes con artritis reumatoide pero los viven con mayor intensidad, lo que hace que se produzca una situación de tensión mantenida (Dailey, Bishop, Russell, y Fletcher, 1990).

Estos acontecimientos vitales estresantes, puede originar variaciones en varios neurotransmisores que se hallan alterados cuantitativamente en la fibromialgia (Hamat, Valentine, Howard, y cols., 1988). Concretamente puede dar lugar a un descenso de la serotonina (Goldenberg, 1996) y variaciones de las catecolaminas (Littlejohn, 1994). Puede inducir alteraciones en el eje hipófiso-suprarrenal (Goldenberg, 1996; Griep, Boersma, y de-Kloet, 1993) y en el eje hipófiso-tiroideo (Ferraccioli y cols., 1990) y descenso de la producción de la hormona del crecimiento (Goldenberg, 1996).

El factor de los acontecimientos vitales estresantes debe ser más estudiado, pero parece que por sí sólo no origina fibromialgia, precisando de la valoración de otras variables cognitivas que pueden modular o agravar la relación temporal manifiesta. También desde el punto de vista clínico, el estrés puede explicar las típicas alteraciones del sueño y agravamiento de los típicos puntos dolorosos (Moldofsky, 2001).

Los mismos puntos dolorosos, junto con el dolor musculoesquelético, la fatiga, las alteraciones del sueño y la depresión han resultado correlacionados con el estrés en estudios poblacionales (Croft, Schollum, y Silman, 1994). La correlación entre estrés y puntos dolorosos es confirmada en otros estudios (Wolfe, 1997; Jensen, Wittrup, Rogind, Danneskiold-Samsøe, y Bliddal, 2000).



De acuerdo con Sandín (1995), al abordar el problema del estrés, cada autor si bien suele tratar de integrar en mayor o menor grado los diferentes componentes, principalmente toma como marco de referencia un aspecto o fase del proceso. Así, nos encontramos con autores que ponen el mayor énfasis en los sucesos vitales (p.e., accidente), otros desarrollan modelos a partir de las variables de personalidad, algunos se centran en el afrontamiento (p. ej. activo *vs.* pasivo), y no pocos en las reacciones emocionales (p.e., ansiedad, depresión, ira).

Si en el modelo que hemos tomado como referencia para explicar las relaciones entre estrés y salud se sustituye estrés por dolor, podemos observar como el dolor crónico puede actuar sobre la salud a través de diversos mecanismos. Unos son directos, como los producidos por un cambio neuroendocrino, inmunológico o emocional (p.e., depresión); y otros son indirectos, como son los asociados a las respuestas de afrontamiento nocivas (fumar, no hacer ejercicio, dormir en exceso, distracción, tomar medicamentos, etc.). Por otra parte, es importante tener en cuenta la importancia de las posibles variables que modulan el dolor actuando a diferentes niveles del proceso. Tal es el caso de las variables personales (p.e., neuroticismo, alexitimia, afectividad, etc.) y sociales (apoyo social, status socioeconómico, etc.).

#### **4.3.- Hacia un modelo integral**

Basándose en la investigación pasada, es razonable asumir que tanto la disfunción neuroendocrina como las respuestas psicológicas desadaptativas están asociadas con el SFM. Los resultados variables en la investigación hacen difícil desarrollar un modelo que explique cada paso en el síndrome de fibromialgia. Yunus (1992) propuso una representación esquemática de los mecanismos biofisiológicos del SFM en el que los síntomas (factores medioambientales, conductas, disfunciones neuroendocrinas) interactúan entre ellos. El modelo fue un primer intento para integrar múltiples factores. Está conceptualmente basado en los síntomas. Aunque Yunus (1992) menciona la importancia de aquellos factores que contribuyen a nivel del sistema central, la contribución de factores cognitivos y conductuales no está específicamente incluida en el modelo. En esta sección describiremos un modelo preliminar, basado en Okifuji y Turk (1999) que extiende el de Yunus. El modelo está diseñado para ser heurístico, sirviendo como guía para una conceptualización comprensiva para el SFM que incorpora el conocimiento actual de la literatura.

Okifuji y Turk, (1999) etiquetan su modelo como “proceso dinámico”. Consideran al SFM como un trastorno de procesamiento de información debido a los procesos irregulares de los sistemas de respuestas al estrés. Su modelo de diátesis-estrés integra factores premorbidos, factores predisponentes y respuestas al estrés en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas asociados al SFM.

Las ilustraciones 10 y 11 describen un proceso hipotético que sitúa a los individuos en riesgo de desarrollo del SFM. Un estresor (A) dispara respuestas endocrinas (D) y psicosociales (E) mediadas por predisposiciones biológicas (p.e., información genética) (B) y experienciales (historia de aprendizaje posterior (C)). En este punto un individuo puede ser consciente de ciertos síntomas, tal y como fatiga y dolor molesto (F). Normalmente este proceso es autocorrectivo. Se hipotetiza que las respuestas adaptativas, (p.e., la relajación y los esfuerzos de rehabilitación) juegan un rol homeostático para devolver tanto a las reacciones fisiológicas como psicológicas a la línea base del sistema.

En algunos individuos, sin embargo, el sistema fracasará al ejecutarse el proceso autocorrectivo. El proceso autocorrectivo puede ser inhibido debido a factores predisposicionales (p.e., reactividad del sistema nervioso central, pensamientos disfuncionales) o factores medioambientales (potencia y número de estresores en un momento dado y apoyo social) o posiblemente la interacción de estos dos factores. Cuando el sistema fracasa para autocorregir la regulación del sistema nervioso central, (p.e., reacción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal; Crofford, 2002; van-Denderen, Boersma, Zeinstra, Hollander, y van-Neerbos, 1992) o deficiencia de serotonina (van-Denderen, y cols., 1992) las respuestas cognitivo-conductuales desadaptativas (p.e., errores cognitivos; Buckelew, Murray, Hewett, Johnson, y Huyser, 1995; Turk y Okifuji, (1997) se activan (Ilustración 11). Cuando el sistema fracasa para volver a la línea base, una nueva línea base se establece (p.e., modificación de factores predisposicionales que interactúan con futuros estresores), reforzando posteriormente el desajuste del sistema. En este modelo un grupo de respuestas que sitúa a los individuos “en riesgo” de desarrollar SFM (“grupo de respuestas propensas al SFM”), se hipotetiza que emergen como resultado de acciones repetidas del sistema desajustado. Okifuji y Turk (1999), consideran el grupo de respuestas como un repertorio dominante biopsicológico, con lo que los individuos responden a los estresores y que también pueden ser modificables.

El grupo de respuestas propenso al SFM puede ser descrito en términos de varios constructos que se han mostrado asociados al SFM. El desajuste de las reacciones de estrés en el sistema nervioso central y las adaptaciones psicosociales resultado de un incremento de la atención hacia la información sensorial (umbrales reducidos; p.e., Kosek, Ekholm, y Hansson, 1996), humor negativo (p.e., (Hawley y Wolfe, 1993), cogniciones consistentes con estar crónicamente enfermo (p.e., falta de control, catastrofización; Burckhardt y Bjelle, 1996), disminución de actividades e incremento de descondicionamiento físico (Norregaard, Bulow, y Danneskiold-Samsoe, 1994) y aumento de la tensión muscular (Flor y Turk, 1989). La fuerza del grupo de respuestas propenso al SFM está determinada por cada uno de los factores mediadores.

Nótese que el modelo presenta una visión simplificada del SFM. Okifuji y Turk, (1999) revisan varios factores que han sido expuestos en este capítulo, y que pueden ser incluidos dentro de cada “óvalo”. Probablemente ocurran interacciones intra e inter entre factores. La fuerza de estas interacciones puede ser más influyente en diferentes individuos. Teniendo algunos efectos precisos y otros a largo plazo (p.e., efectos crónicos).

Con el tiempo el grupo de respuestas propenso al SFM y los síntomas asociados se manifestarán como hipervigilancia generalizada y resultará en quejas somáticas difusas generalizadas (Ilustraciones 10 y 11). La presentación de síntomas difusos puede llevar a resultados diagnósticos no concluyentes que pueden contribuir a la frustración y a la ansiedad de pacientes y familias, cambiando posiblemente la dinámica de los medios interpersonales del paciente. La modificación del medio crea un nuevo marco (una nueva situación) en el que el paciente padece varias experiencias que le hacen retroceder dentro de las características de la predisposición psicosocial, afectando por tanto a los procesos posteriores.

La Ilustración 12 representa el esquema global de los factores relacionados con el síndrome de fibromialgia como una función de predisposición, tiempo y estresores. Durante la fase aguda, un precipitante o bien una lesión física o un trauma psicológico, que es lo suficientemente potente para disparar tanto las respuestas de defensa ante el estrés, tanto fisiológicas como psicológicas, interactúa con las tendencias predisposicionales, biológicas y psicológicas. La interacción elicitará

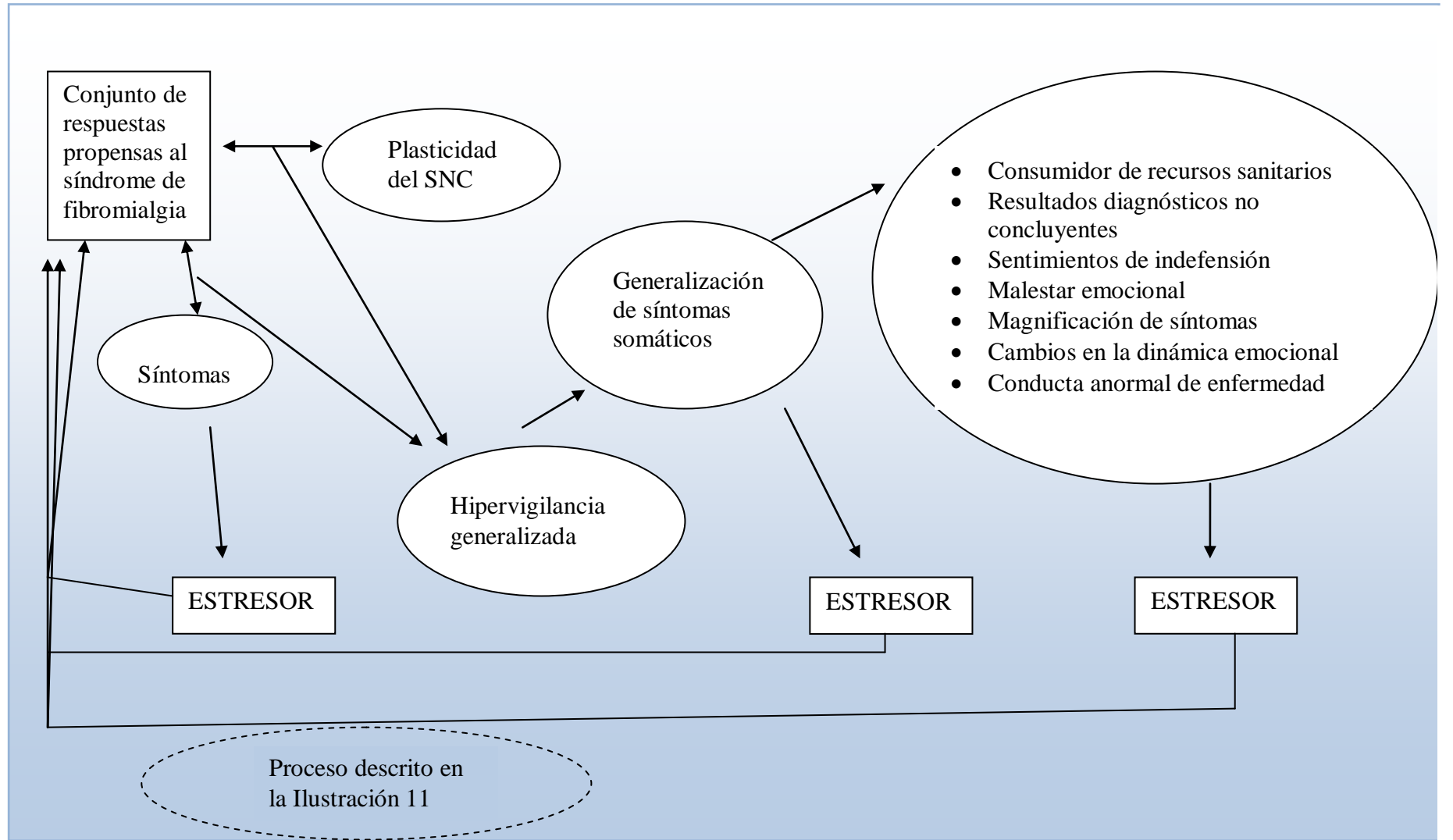
respuestas en el sistema (tanto en el neuroendocrino como en el psicosocial). Para la mayoría de los individuos, los sistemas neuroendocrinos y psicosocial vuelven a la línea base una vez que se ajustan o se adaptan al acontecimiento desafiante o situación. Se hipotetiza que procesos alternativos como los que fueron descritos anteriormente permanecen para algunos individuos. Como estos individuos sufren múltiples estresores, los factores predisposicionales son modificados y evolucionan eventualmente dentro de un nuevo estado predisposicional que guía a los individuos a reaccionar ante los estresores con el grupo de respuestas propenso al SFM (se simboliza con la zona oscurecida de la ilustración 12).

El tiempo es central en el modelo de Okifuji y Turk, (1999), debido a que el tiempo permite al grupo de respuestas propenso al SFM evolucionar eventualmente como modelo por defecto de respuestas ante los estresores. Además, el grupo de respuestas propenso al SFM se vuelve más dominante. Los umbrales, incluso para estresores menores, pueden reducirse. En otras palabras un grupo global de reacciones psicológicas y psicosociales puede dispararse ante estresores relativamente menores que pueden incluso ser considerados como no estresores para muchos individuos.

Las implicaciones clínicas del modelo enfatizan la importancia de evaluaciones multifactoriales y del tratamiento. Dada la compleja red de vías interactivas, tener como objetivo un factor simple (p.e., serotonina) será incorrecto (indeseable) y no llevará a un cambio sustancial en el mismo proceso desadaptativo en los síntomas del SFM. El modelo también sugiere que el síndrome es un trastorno de procesos bipsicosociales (Turk, 1996). La valoración, por consiguiente, debería incluir la identificación de los factores predisposicionales que van a mediar probablemente en la relación entre los estresores y las respuestas desadaptativas al dolor (estrés), a la vez que en las condiciones actuales físicas y psicológicas.

Podemos colocar al grupo de respuestas al SFM como objetivo para el tratamiento del SFM, a fin de normalizar el proceso. El curso más razonable parece ser manipular el sistema nervioso central y las respuestas psicosociales desadaptativas, modificando de ese modo la manera de que los estresores y los factores predisposicionales interactúan los unos con los otros. Muchas de las modalidades de tratamiento descritas posteriormente pueden ser utilizadas para modificar las respuestas desadaptativas y los procesos incorporados en el modelo de proceso dinámico. Sin

embargo, el grupo de respuestas propenso al síndrome de fibromialgia es el resultado de complejas interacciones entre factores neuroendocrinos y psicosociales. Intervenciones comprensivas que tengan como objetivo una amplitud de variables serán más efectivas en el alivio de los síntomas del SFM. Incluso aunque el modelo presenta los procesos evolutivos como una totalidad, es importante reconocer que los pacientes de SFM no son un grupo homogéneo. Es razonable asumir que amplias diferencias individuales existían antes de la aparición del SFM en los sistemas neuroendocrino y psicosocial. Así, aunque el proceso evolutivo puede estar presente en todos los pacientes, el grado en que los procesos se desajustan puede variar entre los individuos debido a diferencias entre los factores predisponentes. Estos subgrupos pueden responder de diferentes maneras a intervenciones idénticas. En suma, “intentar abarcar todo” en pacientes con SFM no parece ser efectivo. Identificar características de los pacientes y remitirlos a tratamientos específicos puede ser el mejor camino para maximizar la eficacia clínica.



**Ilustración 10. Modelo de proceso dinámico del Síndrome de Fibromialgia, según Okifuji y Turk, (1999)**

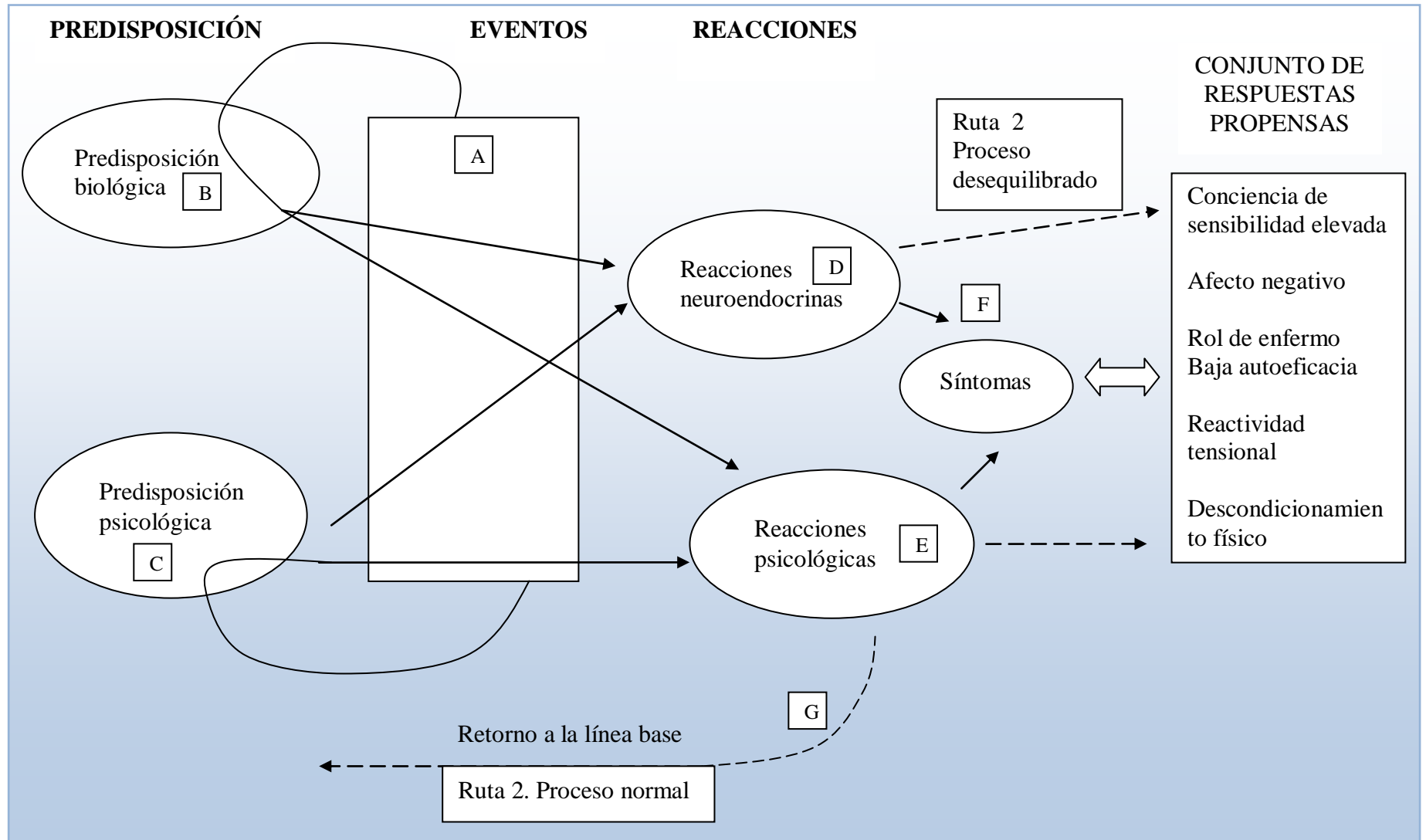


Ilustración 11. Conjunto de respuestas propensas de acuerdo al modelo de proceso dinámico del síndrome de fibromialgia, según Okifuji y Turk, (1999)-

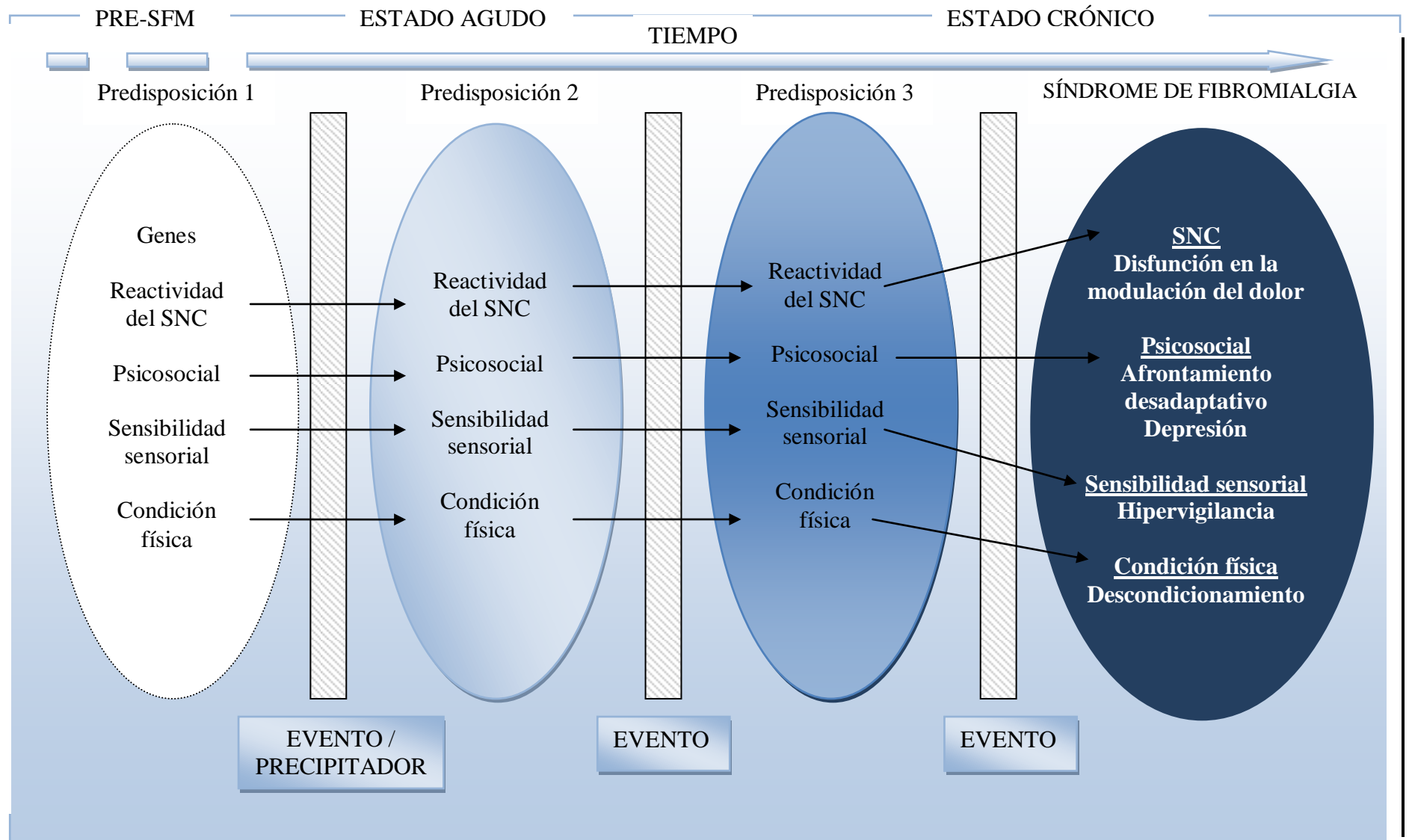


Ilustración 12. Modelo de proceso dinámico del síndrome de fibromialgia en el curso del tiempo, según Okifuji y Turk, (1999)-



# Capítulo 5

---

**UNA REVISIÓN DE  
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

---



## **Esquema:**

### **5.- UNA REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.**

#### **5.1.- NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL.**

#### **5.2.- ABORDAJE COGNITIVO – CONDUCTUAL.**

*5.2.1.- Revisiones de estudios de la eficacia diferencial de la TCC en dolor crónico.*

*5.2.2.- Estudios que revisan la eficacia de la TCC en el Síndrome de Fibromialgia.*

*5.2.3.- Ensayos clínicos aleatorizados que valoran la eficacia de la TCC.*

#### **5.3.- ESTUDIOS DE REVISIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN EL PROCEDIMIENTO DE AUTOGESTIÓN.**

*5.3.1.- Estudios clínicos del programa de autogestión en pacientes con enfermedades reumatológicas.*

*5.3.2.- Ensayos clínicos aleatorizados que valoran la efectividad del tratamiento de la autogestión en el Síndrome de Fibromialgia.*

*5.3.3.- Valoración de la preparación de los pacientes para adoptar una aproximación de automanejo en las condiciones de dolor crónico.*

#### **5.4.- EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.**

#### **5.5.- FACTORES QUE LIMITAN LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.**

## **5.- UNA REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

### **5.1.- Necesidad de la intervención psicosocial**

La bibliografía relevante acumulada desde 1980, que ha dado luz al papel de las variables psicológicas y sociales en el impacto psicosocial del SFM (Merayo, Cano, Franco, Ariza y Navarro, 2007) ha confirmado la importancia del modelo biopsicosocial (ver capítulo tres, pág. 87) como un esquema conceptual para comprender el proceso de adaptación y el diseño de los abordajes de manejo y tratamiento del dolor crónico. Una premisa principal de este modelo es que, como numerosas variables pueden afectar el proceso de adaptación de la enfermedad crónica, los abordajes terapéuticos deberían ser lo suficientemente amplios para dirigir estas variables en un esfuerzo por reforzar las prácticas de superación del paciente, reducir la incapacidad y disminuir el estrés psicosocial. Así, el tratamiento psicológico va dirigido a manejar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas del SFM), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia del SFM) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente). Todos estos factores tienen un papel desencadenante y/o agravante de los síntomas del SFM.

Por el contrario, el modelo biomédico se ha centrado en el tratamiento de las manifestaciones clínicas de base y síntomas difíciles (dolor) resultantes de los procesos de la enfermedad, para lo cual se han usado analgésicos, antiinflamatorios, benzodiazepinas o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Aunque estos últimos con la mejor evidencia, (Crofford, 2001; O'Malley y cols., 2000; Arnold y Keck, 2000 y Rossy y cols., 1999), la eficacia de estos agentes farmacológicos es limitada debido al escaso número de ensayos clínicos controlados disponibles.

Aunque algo interrelacionados e interdependientes, los aspectos biológicos, psicosociales y del comportamiento del proceso de adaptación son únicos, altamente

individualizados y sujetos a diferentes factores causales y de mantenimiento (Engel, 1980). Las estrategias de tratamientos son suficientemente importantes para dirigir los distintos componentes del proceso de adaptación han sido así recomendadas. Los abordajes de tratamiento psicosocial y biomédico comparten papeles complementarios en el manejo de los pacientes con SFM, ya que su combinación asegura que las dimensiones biológicas, psicológicas y del comportamiento del proceso de adaptación sean dirigidas y manejadas.

En las siguientes secciones de este capítulo realizamos una descripción de las principales revisiones que evalúan la eficacia de estos abordajes en dolor crónico de diferentes síndromes, y en particular en el SFM. Una revisión de los trabajos recientemente publicados muestra que, aunque en la actualidad se empiezan a obtener resultados prometedores, este tipo de intervenciones presentan diferentes limitaciones de tipo teórico y metodológico que pueden estar afectando a su eficacia. Un análisis de éstas limitaciones permite sugerir futuras líneas de investigación para mejorar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas con personas con dolor crónico.

## **5.2.- Abordaje Cognitivo - Conductual**

Turk y Salovey (1995) expresaron seis afirmaciones centrales que justifican adoptar los abordajes de TCC en pacientes con enfermedades crónicas:

1. Los pacientes procesan activamente información sobre aspectos ambientales (sociales, laborales y legales asociados a la incapacidad), sus alteraciones médicas y su tratamiento.
2. Las cogniciones (p.e., creencias, expectativas) están basadas en la historia previa del sujeto y ésta, a su vez, se constituye sobre la base de procesos de aprendizaje de dicho sujeto.

3. Las cogniciones pueden provocar o influenciar estados afectivos y procesos fisiológicos, así como del comportamiento.
4. Recíprocamente los estados de ánimo, la actividad fisiológica y los factores ambientales y sociales, pueden influenciar la naturaleza y los procesos cognitivos (del dolor).
5. Los abordajes terapéuticos deberían dirigirse específicamente a aprender formas adaptativas de pensar, sentir, actuar e influir con relación a la enfermedad.
6. Los pacientes son capaces y pueden ser implicados como agentes activos en el cambio en su tratamiento, interpretando, representando la información que reciben, actuando e influyendo en los pensamientos, sentimientos y conductas maladaptativas así como de las circunstancias ambientales y sociales.

El abordaje TCC reconoce que el tratamiento es un proceso de colaboración entre el cuidador y el paciente. Este proceso implica explicar lo propósitos de las estrategias TCC y su relación con el tratamiento médico, desarrollo de formas efectivas de superación y aplicación de maneras de superación y aplicación de maneras de superación en una base cotidiana y en situaciones problemáticas.

La terapia cognitiva es, tanto un particular acercamiento filosófico a la psicoterapia, como un programa estratégico de técnicas para aliviar el trastorno emocional. Contiene siete asunciones básicas que son brevemente resumidas aquí debido a su relevancia para entender el acercamiento psicológico al manejo del dolor.

1. La manera en que los pacientes construyen e interpreta los eventos y situaciones determina cómo sentirán y se conducirán en esas situaciones. Así, la manera en que una persona que sufre construye su dolor y relaciona eventos personales determinará cómo esa persona siente y actúa en referencia a ellos.
2. Incluso el paciente de apariencia más pasiva es un activo buscador de significados personales, y un creador y usuario de información. La construcción del paciente de los eventos personales le permite abstraer su significado. Así una respuesta

personal a los tratamientos está mediada por el significado personal que él o ella hace de los mismos.

3. Los pacientes desarrollan desde las experiencias vitales, sistemas de creencias idiosincráticas que guían su conducta, y esos sistemas influyen y predisponen su percepción y recuerdos de los eventos. Las creencias y asunciones personales también influyen qué recuerdos serán selectivamente activados por estímulos y eventos específicos, tales como el dolor y el tratamiento del dolor. Esto, entonces, hace a los pacientes sensibles a ciertos estímulos, que pueden volverse estresores si los recuerdos activados están asociados con percepciones de amenazas que les superan, o vulnerabilidades.
4. La conducta es a la vez una prueba de las predicciones personales y una fuente de datos de validación para esas predicciones, incluso cuando la conducta es desadaptativa y las predicciones no son consistentes con la realidad. Por ejemplo, pacientes que creen que su dolor es misterioso, constante y permanente no van probablemente a buscar u obedecer tratamientos que puedan, de otra manera, explicar, reducir, o aliviar el dolor, reduciendo así, sus posibilidades de obtener evidencia que pudiera rechazar aquellas creencias previas sobre el dolor.
5. La hipótesis de la especificidad cognitiva (Reinecken y Freeman, 2003), afirma que específicas constelaciones de creencias, procesos cognitivos, y distorsiones cognitivas, están asociadas con específicos trastornos y síndromes clínicos. Por ejemplo, pacientes crónicamente depresivos y ansiosos demuestran ciertas similitudes y consistencias en sus esquemas subyacentes y puntos de vistas sobre ellos mismos, el mundo y el futuro, de la misma manera que los pacientes crónicos de dolor.
6. El modelo cognitivo de psicoterapia mantiene que para ser efectivo en aliviar el sufrimiento y las perturbaciones emocionales, la psicoterapia debe de alguna manera (o directa o indirectamente) inducir a los pacientes a examinar y modificar sus sendas de pensamiento negativas y disfuncionales. Las cogniciones

y emociones son dos aspectos de la misma respuesta. Las cogniciones están asociadas con la mayoría de los sentimientos emocionales y sensaciones físicas (p.e., el dolor). No importa cuál de ellos aparezca primero. Los eventos activadores externos (ambientales e interpersonales), e internos (psicológicos y cognitivos) disparan reacciones cognitivas (pensamientos), emocionales y psicológicas. A su vez, esas reacciones motivan la conducta. Las reacciones emocionales, sensaciones físicas (p.e., el dolor), y las conductas pueden disparar pensamientos, y los pensamientos pueden funcionar como activadores de acontecimientos que a su vez disparan reacciones emocionales, sensaciones físicas y conductas particulares, a la vez que otros pensamientos.

Las reacciones emocionales y conductuales también son desencadenadas por estructuras de creencias que están cargadas afectiva y emocionalmente. Los seres humanos buscan activamente significados en su medio ambiente. Por lo tanto, el modelo cognitivo mantiene que el verdadero cambio conductual, emocional, y experiencial no puede suceder, a menos que las estructuras de creencias subyacentes y relevantes sean redireccionadas y cambiadas. Sin embargo, un desafío mayor de la psicoterapia, es que muchos pacientes de dolor carecen de motivación directa para cambiar su pensamiento o conducta. Además, la impaciencia, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, y baja atención sostenida pueden constituir un problema para muchos pacientes de dolor crónico. Así, la terapia cognitiva tiene que ser ajustada para convencer a esos pacientes de que hay conexiones entre su experiencia del dolor, sus pensamientos y sus conductas.

De acuerdo con ello, los objetivos de tratamiento con TCC para personas con enfermedades médicas crónicas han sido tradicionalmente reducir el estrés asociado con los procesos de la enfermedad, el tratamiento médico o las demandas del medio; la ganancia del control sobre los síntomas difíciles (p.e., dolor, fatiga) reduce la incapacidad y mejora de la función física y la función psicosocial, así como limitar la utilización inapropiada de los servicios sanitarios (Turk y Salovey, 1995).



Además de ser una aproximación filosófica particular a la psicoterapia, la terapia cognitiva es un programa estratégico de técnicas diseñadas para aliviar el trastorno emocional modificando directamente las cogniciones disfuncionales que acompañan al trastorno emocional. Las técnicas cognitivas se dirigen directamente hacia las disfunciones cognitivas. Las técnicas conductuales apuntan directamente a las conductas, y las técnicas emocionales y afectivas a las experiencias emocionales. Sin embargo, las técnicas cognitivas también se dirigen a acompañar a las experiencias conductuales y emocionales, y las técnicas afectivo-emocionales a las cogniciones. Cuando un paciente aflora una cognición presente o pasada (p.e., “no puedo soportar el ejercicio” o “pienso seriamente que me he vuelto a hacer daño”), el terapeuta cognitivo también se interesa por lo que el paciente está sintiendo o sintió, y en lo que está pensando o haciendo, o de hecho hizo. De la misma manera, al discutir una conducta, un sentimiento emocional o un síntoma físico como el dolor, el terapeuta cognitivo también pregunta al paciente lo que él o ella están pensando o pensó en la situación.

Los objetivos de cambio cognitivo en la Psicoterapia de Manejo del Dolor, incluyen los pensamientos automáticos del paciente, distorsiones cognitivas, y creencias o esquemas subyacentes. Los objetivos conductuales incluyen la auto regulación, conductas fisiológicas (p.e., respiración, imitación, hábitos posturales, modelado de movimientos, y actividad muscular); las conductas relacionadas con la salud (p.e., hábitos dietéticos, ejercicio, y uso de la medicación), actividades de la vida diaria (p.e., cuadrantes de actividad, manejo del tiempo, distracciones placenteras, actividades vocacionales, cuidados personales y sueño), conductas de afrontamiento (p.e., formas de afrontamiento al dolor, métodos de relajación), y conductas interpersonales. Los objetivos afectivos incluyen los estados emocionales y las experiencias asociadas con situaciones particulares, conductas, cogniciones y síntomas físicos. Los objetivos psicológicos incluyen el dolor del paciente y otros síntomas y sensaciones de malestar físico. Los objetivos psicoterapéuticos incluyen proveer apoyo, construir y mantener la relación terapéutica, proporcionándolo relevante y oportuna información y educación, reduciendo la intensidad y frecuencia de los síntomas físicos y emocionales, promoviendo un estado de alerta sobre los hábitos de pensamiento

patogénicos, modificando las cogniciones disfuncionales y las conductas desadaptativas, desarrollando las habilidades necesarias de afrontamiento del dolor, desensibilizando miedos y ansiedades mutiladoras, y facilitando necesidades de experiencia o reexperiencia emocional. Muchos pacientes de dolor crónico han sufrido procedimientos médicos y quirúrgicos, tradicionales o no, que han fallado al no proveerles alivio durable al dolor. El hipersimplificado, erróneo y absolutista refrán que dice que esos pacientes “deben aprender a vivir con su dolor” ignora la realidad de que ellos ya viven con su dolor. El propósito primario de la Psicoterapia de Manejo del Dolor es el de permitir a los pacientes con dolor crónico y persistente a vivir con una mejor calidad de vida, con menos dolor y sufrimiento.

Las técnicas específicas que se han implantado engloban un extenso rango de estrategias, incluyendo la biorrealimentación, el entrenamiento para la relajación, al reestructuración cognitiva, el proceso de la atención, la organización del tiempo, establecimiento de objetivos de tratamiento, manejo de estrés, y resolución de problemas. La Tabla 3, expone las estrategias comunes de intervención con TCC y sus objetivos de tratamiento.

**Tabla 3. Un resumen de estrategias terapéuticas frecuentes con TCC**

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>OBJETIVO DEL TRATAMIENTO</b>
<i>Charla-discusión: Modelo de Melzack</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Justificar la intervención psicológica en el tratamiento del dolor.</li> <li>– Reconceptualizar el problema del dolor. Explicar la relación de los procesos psicológicos y el dolor</li> </ul>
<i>Reestructuración cognitiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instruir al paciente en el modelo cognitivo. Subrayar el papel de los pensamientos en nuestras emociones y conductas.</li> <li>– Aprender a diferenciar entre pensamientos negativos irracionales y preocupaciones racionales.</li> <li>– Entrenar a los pacientes en la observación, identificación y registro de pensamientos negativos irracionales.</li> <li>– Identificar los pensamientos negativos y las preocupaciones sobre el dolor, la enfermedad y otros problemas de la vida de los pacientes.</li> <li>– Ofrecer estrategias de reestructuración cognitiva para aquellas preocupaciones negativas no basadas en la realidad.</li> <li>– Aplicar las estrategias mostradas para la sustitución de los pensamientos negativos.</li> </ul>
<i>Reencuadre</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilitar el aumento de expectativas de eficacia personal y las autoatribuciones positivas, en relación con los resultados conseguidos en el afrontamiento del dolor.</li> </ul>

ESTRATEGIA	OBJETIVO DEL TRATAMIENTO
<i>Estrategias centradas en la atención y revaloración del dolor</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumentar el nivel de relajación</li> <li>– Mejorar las estrategias afrontamiento activo de transformación del dolor</li> <li>– Desarrollar la capacidad de control sobre la atención y la percepción.</li> </ul>
<i>Entrenamiento en relajación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducir la hiperreactividad emocional</li> <li>– Incrementar el afecto positivo</li> <li>– Disminuir el afecto negativo</li> </ul>
<i>Biofeedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducir la señal de tensión muscular</li> </ul>
<i>Resolución de problemas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instruir al paciente en los principios de la técnica de solución de problemas, como estrategia de control sobre las tensiones de la vida.</li> <li>– Mostrar y explicar las diferentes fases de la técnica.</li> <li>– Aplicar el procedimiento a un problema seleccionado por el paciente.</li> </ul>
<i>Organización del tiempo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Objetivo general: normalización de la actividad diaria</li> <li>– Favorecer una distribución de las tareas diarias de forma práctica, mediante el establecimiento de prioridades, la realización de un horario realista y la toma de decisiones adecuada a la realidad de cada uno, de manera que resulten gratificantes y no provoquen ansiedad ni emociones negativas</li> <li>– Promover la realización de actividades gratificantes y del vigor físico.</li> </ul>
<i>Manejo de emociones y asertividad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar estados emocionales desagradables y su relación con el dolor.</li> <li>– Entender el distanciamiento y utilizarlo para manejar estados emocionales desagradables.</li> <li>– Conocer y practicar el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales.</li> </ul>
<i>Prevención de recaídas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cumplimiento del tratamiento</li> <li>– Autocontrol independiente</li> </ul>

Estas estrategias cognitivo-conductuales tienen tres metas fundamentales: (1) ayudar a los pacientes a comprender los efectos que las cogniciones (como ideas, creencias y expectativas) y las conductas tienen sobre sus síntomas; (2) enfatizar el papel fundamental que juegan los pacientes para controlar sus síntomas; y (3) enseñar sistemáticamente estrategias de gestión cognitivas y conductuales específicas. Por ejemplo, una de las habilidades conductuales más útiles es enseñar a priorizar tiempo y actividades, de forma que se alcance un balance entre el trabajo principal, las actividades de ocio y las actividades de la vida diaria. Los profesionales sanitarios pueden necesitar ayudar a los pacientes a replantearse sus criterios sobre dichas actividades, como el trabajo de la casa, cambiar sus actitudes autocríticas cuando las tareas llevan más tiempo del que solían llevar y reducir la atención prestada a los síntomas en favor de la atención prestada a la realización de las tareas.

Aunque la mayoría de los estudios sobre TCC se han centrado en el tratamiento del dolor y su impacto, otros estudios han tenido un abordaje más amplio enfatizando el manejo del estrés o el desarrollo de formas de manejo de vida más generales que se han diseñado para ayudar a los pacientes a adquirir un mejor control sobre los problemas y obstáculos creados por sus trastornos biomédicos (Nicassio y Geenberg, 2007).

#### *5.2.1.- Revisiones de estudios de la eficacia diferencial de la TCC en dolor crónico*

Pérez, Fernández y Fernández (2003) concluyen que para analizar la eficacia diferencial de las terapias psicológicas es posible comparar un tratamiento activo con un grupo control o comparar dos o más tratamientos junto a un grupo control y llegar a conclusiones consistentes con respecto a la eficacia, siempre que se emplee la metodología apropiada.

Desde los años treinta, con el establecimiento de los tratamientos cognitivo – conductuales en el dolor crónico (Fordyce y cols., 1968; 1973; Turk y cols., 1983), se han abierto muchos ensayos de tratamiento pero los menos utilizan grupos de control en los que los pacientes hayan sido aleatorizados. Las revisiones concluyen que hay fuerte, si no abrumadora evidencia de la eficacia de la TCC en restaurar el funcionamiento y el humor, en reducir el dolor y las conductas relacionadas con discapacidad.

En la tabla 4, exponemos diferentes autores que han realizado revisiones sistemáticas y estudios metaanalíticos sobre dolor crónico. Hemos encontrado tres meta-análisis existentes de tratamiento cognitivo conductual para diferentes *síndromes de dolor crónico en general*: Morley, Eccleston, y Williams (1999); Flor, Fydrich, y Turk (1992) y Eccleston, Yorke, Morley, Williams y Mastroyannopoulou (2002). Cuatro sobre *dolor de cabeza*, dos meta-análisis y dos revisiones: Holroyd y Penzien (1990); Bogaards, y ter Kuile (1994); Gauthier, Ivers,-Hans y Carrier,-Sylvie (1996) y Blanchard, 1992. En *fatiga crónica*: Price y Couper (2006); siete en *lumbalgia crónica*, un meta-análisis y seis revisiones: Hoffman, Papas, Chatkoff, y Kerns (2006);

Tabla 4. Revisiones sistemáticas y meta-análisis en dolor crónico

Revisiones	Autores
Síndromes de dolor crónico en general	1. Morley, Eccleston, y Williams (1999). 2. Flor, Fydrich, y Turk (1992). 3. Eccleston, Yorke, Morley, Williams y Mastroyannopoulou (2002)
Dolor de cabeza	1. Holroyd, y Penzien (1990). 2. Bogaards, y ter Kuile, (1994) 3. Gauthier; Ivers,-Hans; Carrier,-Sylvie (1996). 4. Blanchard, 1992.
Fatiga crónica	1. Price y Couper (2006)
Lumbalgia crónica	1. Hoffman, Papas, Chatkoff, y Kerns, R. D. (2006). 2. Guzman, Esmail, Karjalainen, Malmivaara, Irvin, y Bombardier (2001), 3. van Tulder, Koes, y Bouter (1997). 4. Ostelo, van Tulder, Vlaeyen, Linton, Morley y Assendelft (2006). 5. van Tulder, Ostelo, Vlaeyen, Linton, Morley, y Assendelft (2001). 6. Roelofs, Boissevain, Peters, de Jong y Vlaeyen (2002). 7. Furlan, Clarke, Esmail y cols., (2001).
Artritis rematoide	1. Astin, Beckner, Soeken, Hochberg y Berman (2002). 2. McCracken (1991) 3. Parker, Iverson, Smarr, Stucky-Ropp (1993). 4. Keefe, Van Horn (1993). 5. Bradley, Alberts (1999). 6. Dixon, Keefe, Scipio, Perri, y Abernethy (2007)
Fibromialgia	1. Karjalainen y cols., (2007). 2. Rossy y cols., (1999). 3. Sim y Adams (2002) 4. Williams (2003) 5. Alarcon y Bradley (1998)

Guzman, Esmail, Karjalainen, Malmivaara, Irvin, y Bombardier, (2001); van Tulder, Koes, y Bouter (1997); Ostelo, van Tulder, Vlaeyen, Linton, Morley, y Assendelft (2006); van Tulder, Ostelo, Vlaeyen, Linton, Morley, y Assendelft (2001); Roelofs, Boissevain, Peters, de Jong, y Vlaeyen (2002) y Furlan, Clarke, Esmail y cols., (2001). En *Artritis rematoide*, seis revisiones, cuatro de TCC y tres psicoeducacionales: Astin, Beckner, Soeken, Hochberg y Berman (2002); McCracken (1991); Parker, Iverson, Smarr, Stucky-Ropp. (1993); Keefe, Van Horn (1993); Bradley y Alberts (1999) y Dixon, Keefe, Scipio, Perri, y Abernethy (2007). Cinco en Fibromialgia: Karjalainen y

cols., (2007); Rossy y cols., (1999); Sim y Adams (2002); Williams (2003) y Alarcon y Bradley (1998).

Comentaremos brevemente nuestra revisión sobre los estudios de meta-análisis que han estudiado los efectos de las estrategias cognitivo-conductuales sobre los resultados en pacientes con dolor crónico en general y en particular sobre el SFM.

Morley, Eccleston y Willians (1999) realizaron una revisión sistemática de 25 ensayos aleatorizados comparando la efectividad de tratamientos cognitivo- conductuales con las condiciones lista de espera y tratamientos alternativos de control. La comparación con tratamientos activos alternativos reveló que los tratamientos cognitivo-conductuales producen significativamente mayores cambios en los dominios de experiencia de dolor, afrontamiento adaptativo y reducción de las expresiones conductuales de dolor. Sin embargo no fueron significativas las diferencias en los siguientes dominios: afecto/humor, afrontamiento desadaptativo (p.e., catastrofización), y funcionamiento en rol social. Concluyeron que los tratamientos psicológicos activos basados en el principio de terapia cognitivo-conductual son efectivos.

Flor, Fydrich, y Turk (1992) condujeron un meta-análisis de 65 estudios que evaluó la eficacia de tratamientos multidisciplinarios (incluyendo psicofisiológicos y conductuales) para dolor crónico de espalda o para dolor heterogéneo. Los efectos de tamaño inter e intragrupo revelaron que los tratamientos multidisciplinarios para dolor crónico fueron superiores al no-tratamiento, lista de espera, y al tratamiento único tal como la terapia médica o la física. Además, los efectos parecieron ser estables en el tiempo. Los efectos beneficiosos del tratamiento multidisciplinar no estuvieron limitados a mejoras en el dolor, humor, e interferencia sino que también se extendieron a las variables conductuales tales como la vuelta al trabajo o el uso del sistema de cuidados sanitarios. Los resultados apoyan la eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor; sin embargo, estos resultados deben ser interpretados cuidadosamente ya que no tuvieron en cuenta los diseños del estudio y las descripciones del mismo.

Eccleston, Yorke, Morley, Williams y Mastroiannopoulou (2002), evaluaron la efectividad de las terapias psicológicas para tratar el dolor crónico o recurrente en los niños y adolescentes y probar la hipótesis nula de que las terapias psicológicas no son más efectivas que el placebo, el control con pacientes de las listas de espera o que la atención médica habitual. Encontró que hay pruebas muy convincentes de que las terapias psicológicas, principalmente la relajación y la TCC, son efectivas para reducir la gravedad y la frecuencia de la cefalea crónica en los niños y adolescentes. Actualmente, no hay pruebas de la efectividad de las terapias psicológicas para atenuar el dolor diferente de la cefalea, en adolescentes y hay pocas pruebas de la efectividad de las terapias psicológicas para mejorar los otros resultados diferentes al dolor.

En el trabajo de Hoffman, Papas, Chatkoff, y Kerns, (2006) del Centro para Estudios de la Salud de Connecticut, EE.UU., se analizaron los resultados obtenidos en 22 trabajos, publicados entre 1982 y 2003. Para los fines de esta investigación, se tuvieron en cuenta estudios en los que se habían empleado diversas técnicas psicológicas tales como las estrategias cognitivas y de autocontrol, la hipnosis o la relajación, entre otras. Las variables a evaluar fueron la intensidad del dolor, la interferencia en la vida diaria, la sintomatología depresiva, la utilización de servicios de atención sanitaria, la discapacidad y la calidad de vida asociada a la salud. El resultado más evidente que se extrae de este meta-análisis, es que la intervención psicológica redujo la intensidad del dolor de manera considerable, aspecto muy relevante si se tiene en cuenta que el objetivo inicial no era comprobar si los estudios mostraban una reducción del dolor crónico como tal, sino investigar si la intervención ayudaba a los pacientes a vivir con las molestias a través del uso de técnicas de afrontamiento.

Beverly, Tony y Bárbara, (2007) consideran varios factores específicos que pueden servir para aumentar y mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas de los tratamientos eficaces en el área de dolor crónico: (a) adhiriendo un conjunto regularizado de informar las normas; (b) midiendo un conjunto regularizado de variables de resultado a corto y largo plazo; (c) proporcionando la información sobre

las diferencias individuales; y (d) proporcionando y detallando, fácilmente la documentación accesible del programa del tratamiento .

#### *5.2.2.- Estudios que revisan la eficacia de la TCC en el Síndrome de Fibromialgia*

En el SFM se han llevado a cabo revisiones de estudios de efectividad de los tratamientos (Gabriel y Bombardier, 1989; y Arnold y Keck, 2000), principalmente farmacológicos. Dentro de un contexto de rehabilitación, sin embargo, los recursos disponibles para el clínico son principalmente físicos, educacionales, e intervenciones psicosociales. Con relación a esta categoría de intervenciones, una revisión sistemática de Karjalainen y cols., (2007) se ha centrado sobre aproximaciones multidisciplinarias de la rehabilitación de la fibromialgia. A su vez, White y Harth (1996) realizaron una revisión analítica de veinticuatro estudios controlados para la fibromialgia (farmacológicos y no farmacológicos). Solamente una revisión narrativa de Sim y Adams (2002) se ha centrado en un amplio rango de intervenciones no farmacológicas.

En la revisión realizada por Rossy y cols., (1999) tuvieron como objetivo evaluar y comparar la eficacia de cuarenta y nueve estudios: treinta y tres de tratamiento farmacológico y dieciséis de no farmacológico en el síndrome de fibromialgia, valorando su eficacia a partir de tres medidas de resultado: status físico, autoinforme de síntomas de fibromialgia y estado psicológico. Las intervenciones de los estudios no farmacológicos fueron clasificadas dentro de los tratamientos basados físicamente (tales como ejercicios aeróbicos y estiramiento muscular), basados psicológicamente (tales como biofeedback, relajación, terapia cognitivo-conductual), y tratamiento combinado (que comprende una combinación de las intervenciones físicas y psicológicas). Los resultados de este meta-análisis sugieren que los tratamientos no farmacológicos son particularmente de más ayuda en el manejo de los síntomas auto-informados de fibromialgia (p.e., dolor, fatiga, y rigidez en la mañana) como el funcionamiento diario, que los tratamientos farmacológicos solos. Por consiguiente, la recomendación para un tratamiento óptimo de la fibromialgia debería incluir intervenciones no farmacológicas, específicamente ejercicio y terapia cognitivo-



conductual, en adición a un adecuado manejo de la medicación según se necesitara para el sueño y síntomas de dolor.

En otro análisis, Sim y Adams (2002) llevaron a cabo una revisión sistemática desde 1980 a mayo del 2000 de ensayos controlados aleatorizados (RCT's) de intervenciones no farmacológicas para fibromialgia. La revisión alcanzó veinticinco RCT's, y las principales categorías de intervenciones probadas en los estudios fueron: terapia física, intervención educativa, terapia de relajación, terapia cognitivo-conductual, acupuntura, y formas de hidroterapia. Incorporó catorce estudios no farmacológicos no incluidos en el estudio de Rossy y cols., (1999). Más específicamente, el estudio de Sim y Adams (2002) buscó:

- Identificar RCT's existentes para intervenciones no farmacológicas para la fibromialgia.
- Evaluar la calidad metodológica de los estudios.
- Valorar el poder estadístico de los estudios.
- Identificar y evaluar los resultados utilizados dentro de los estudios.
- Evaluar la evidencia dentro de los estudios para la efectividad de tratamientos específicos no farmacológicos o combinaciones de tratamientos.

La mayoría de los estudios examinados por Sim y Adams (2002), tenían muestras pequeñas ( $n$  media para grupos de tratamiento individual después de la aleatorización = 20), y la media del poder de los estudios para detectar un efecto medio ( $d \geq 0.5$ ) fue 0.36. Dieciséis estudios tuvieron una valoración de los resultados ciega, pero los pacientes fueron aleatorizados solamente en seis estudios. La media más larga de seguimiento de la intervención fue de 16 semanas. Se informó de diferencias entre grupos estadísticamente significativas en al menos una variable de resultados, en 17 de los 24 estudios. Los autores concluyeron que las diferentes combinaciones de intervenciones estudiadas en los RCTs y el amplio rango de medidas de resultados utilizados hacen difícil formarse conclusiones a través de los estudios. No encontraron una fuerte evidencia con respecto a una sola intervención, sin embargo encontraron un moderado apoyo para los ejercicios aeróbicos. Existe la necesidad de mejorar la calidad metodológica de los RCTs en esta área.

En nuestro país, Pastor y cols., (2003), en el capítulo dedicado a tratamientos eficaces de la fibromialgia, revisan 13 estudios empíricos que han utilizado intervenciones psicosociales grupales de orientación cognitivo-comportamental en este síndrome. En la mayoría de las investigaciones se obtienen mejorías significativas tras la intervención. Además, en los trabajos que incluyen medidas de seguimiento, estos resultados positivos no sólo se mantuvieron en el tiempo sino que lo mejoraron. Sin embargo, concluyen que hasta el momento no existe un tratamiento psicológico eficaz para la fibromialgia, y que la investigación ha seguido criterios metodológicos inadecuados.

Por tanto, plantean la necesidad de consensuar y definir los objetivos terapéuticos más relevantes en el problema de la fibromialgia, elaborando un protocolo estandarizado que incluyese, al menos, variables clínicas, estado de salud (en términos de dolor, estado funcional, social y emocional), afrontamiento y lugar de control, así como de aplicar los tratamientos psicológicos adecuados al perfil psicosocial de los pacientes que más le puedan beneficiar.

En este sentido, Turk, Okifuji, Sinclair, y Starz (1998) identificaron tres perfiles psicosociales diferentes según sus puntuaciones en el Multidimensional Pain Inventory (Kerns y cols., 1985) y concluyen que la eficacia del tratamiento aplicado varía según los perfiles. El perfil que alcanza una mejoría significativamente mayor es el grupo llamado "disfuncional", caracterizado por alta percepción de intensidad de dolor, discapacidad, limitación funcional y distrés psicológico junto con bajos niveles de actividad y sentido de control.

### *5.2.3.- Ensayos clínicos aleatorizados que valoran la eficacia de la TCC.*

Kole-Snijders, Vlaeyen, Goossens, Rutten-van Mólken, Heuts, Breukelen y van Eek (1999) realizaron con 148 pacientes con dolor crónico enviados a un centro de rehabilitación, tres tipos de tratamiento cognitivo-conductual, valorando dolor, conducta de dolor, síntomas psíquicos y tolerancia a la actividad. La metodología

utilizada fue la comparación de dos grupos de intervención con un grupo en lista de espera en el que se interviene posteriormente. La terapia cognitiva conductual, sea administrada según el protocolo habitual en el centro, o en dos modalidades con mayor o menor número de componentes es efectiva para reducir los síntomas psíquicos, el dolor auto referido, la conducta ante el dolor y la tolerancia a la actividad. Estudios con buenos fundamentos metodológicos, realizados en pacientes con dolor crónico pero no específicamente diagnosticados de SFM, en un contexto especializado, evidencian los aspectos que aporta la TCC pero es difícil extrapolar a la SFM en atención primaria.

Mason, Goolkasian, McCain (1998) realizaron un programa multimodal de un mes con ejercicio, terapia cognitivo-conductual, reeducación postural y estiramientos con spray analgésico en 55 pacientes consecutivos diagnosticados de SFM en una clínica del dolor reumatológica. Valoraron intensidad de dolor percibido (con dolorímetro), síntomas psíquicos, calidad de vida y capacidad funcional. La metodología utilizada fue un ensayo clínico con grupo control formado por pacientes sin cobertura financiera por la que no se incluían en el programa. Encontraron una mejoría significativa en la calidad de vida, síntomas psicológicos y capacidad funcional evaluados con métodos subjetivos; en cambio no hubo diferencias significativas al evaluar con un dolorímetro. Las diferencias entre los grupos tienden a decrecer o desaparecen en el seguimiento a seis meses. Como en revisiones y estudios ya comentados, aunque la rehabilitación multidisciplinar parece tener efectos sobre resultados que importan al paciente, quedan dudas sobre resultados evaluados de manera objetiva y que se relacionan con el uso de servicios sanitarios, como el consumo de fármacos, uso de consultas, etc. El hecho de que no se mantengan los efectos provoca aún mayores reservas respecto a la eficiencia, ya que habría que incluir en la intervención estrategias para aumentar el cumplimiento.

Keel, Bodoky, Gerhard, Muller (1998) realizaron una intervención con TCC, relajación y ejercicios, frente a entrenamiento en relajación con 27 pacientes con SFM diagnosticados en un centro de rehabilitación. Valoraron dolor, síntomas generales, actividades de la vida diaria y síntomas psíquicos. La metodología utilizada fue un

ensayo con dos grupos de comparación con un año de seguimiento. A corto plazo hay mejoría de la mayor parte de resultados en los dos grupos, pero es mayor en el grupo de intervención compleja y además los beneficios no se pierden a largo plazo como ocurre en el grupo de relajación. Este estudio tiene una muestra pequeña en la que se evidencian beneficios para la intervención multimodal; no se puede valorar cuáles de los componentes de la intervención son los más efectivos para lograr los efectos, tampoco se valora desde un punto de vista objetivo el dolor con lo que no sabemos hasta que punto los resultados se deben al cambio de expectativas sin un efecto importante sobre el aspecto físico de la enfermedad.

Richards y Scott (2002), trataron a 132 pacientes con SFM atendidos en una clínica hospitalaria reumatológica, mediante ejercicio aeróbico frente a relajación más estiramientos. Valoraron intensidad del dolor, número de puntos, mejoría global, función e impacto, mediante un ensayo aleatorizado comparando dos grupos, con un seguimiento a un año. Encontraron que el tratamiento con ejercicio adaptado al paciente mejora los síntomas y la capacidad funcional de los pacientes con SFM de forma efectiva a largo plazo, siendo una intervención simple y barata al alcance de los pacientes. En este estudio el ejercicio físico parece superior a la relajación más estiramientos. Pese a las medidas adoptadas en el estudio, es difícil saber si esto se debe en parte a las expectativas de los pacientes, ya que no se describe que se haya valorado la credibilidad de las dos intervenciones. Además el grupo de relajación incluía mayor número de pacientes en paro o con pensión y tuvo menor cumplimiento con lo que se limitaría la efectividad de esta intervención, no se describe si los pacientes tenían un nivel similar de consumo de antidepresivos.

### **5.3.- Estudios de revisión sobre los tratamientos psicológicos basados en el procedimiento de autogestión**

El abordaje del autocontrol fue desarrollado por Lorig y Hollman en el Centro de la Artritis de Stanford a principios de los 80 y ha sido probado y refinado durante casi 20 años (Lorig, González, y Ritter, 1999). El ímpetu original de este tratamiento fue más práctico que teórico; el deseo de crear un tratamiento de bajo coste que pudiera

ser aplicado por individuos entrenados y hacerlo disponible a gran número de pacientes. El tratamiento está originalmente basado en principios psicoeducacionales. La justificación era que proporcionaba información sobre la enfermedad y enseñar técnicas para resolver problemas, comunicación y manejo de la enfermedad debería potenciar la capacidad del paciente para practicar el autocuidado. El autocontrol potenciado debería, a su vez, reducir el dolor, la discapacidad y la depresión y disminuir la utilización de servicios sanitarios. Más recientemente, sin embargo, Lorig y González, (1992) adoptaron la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986) como la base teórica de este tratamiento, y el protocolo de tratamiento fue cambiado para incorporar los principios de potenciación del autoeficacia.

La Teoría de la Autoeficacia es un componente de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986), la cual asume que los pensamientos y los comportamientos puede ser función de otros pensamientos, conductas, del ambiente físico-social que rodea al sujeto y otras características personales, influyéndose recíprocamente unos sobre otros. En otras palabras, el estado de salud de una persona puede ser función de otros pensamientos, comportamientos y del ambiente físico - social. Las expectativas de autoeficacia se refieren a las creencias de una persona en su capacidad para ejecutar un comportamiento deseado, manejar un estado emocional específico o dominar una técnica concreta. Estas estimaciones personales de eficacia se hacen con relación a una situación o un problema definido (por ejemplo, la capacidad de uno para reducir el dolor por la artritis o incrementar la actividad física). En relación con la salud, se cree que los individuos con autoeficacia más elevada son más propensos para elegir, realizar esfuerzos y persistir en comportamientos de salud, tales como el ejercicio o el cumplimiento del tratamiento. La autoeficacia más elevada se cree también que reduce la ansiedad y la depresión y previene el estrés crónico (Bandura, 1986). La aplicación de esta teoría a los programas de autocontrol conduce a la justificación de que un tratamiento que aumenta la autoeficacia para el manejo de la enfermedad debería mejorar el estado de salud con el tiempo.

Siguiendo a Lorig, González, y Ritter (1999), daremos respuesta a una serie de preguntas para ofrecer una visión general del programa:

1. ¿Cómo se desarrolló el Programa? El Centro de Programas Educativos para la Salud del Paciente en la Universidad de Stanford recibió una beca por 4 años del Instituto Nacional de Investigación en Enfermería (NINR). El propósito de la investigación era desarrollar y evaluar, a través de un estudio controlado y randomizado, un programa de manejo personal para la comunidad de habla-hispana con artritis. El programa se desarrolló basándose en la información obtenida en grupos de enfoque en español, con pacientes con artritis, donde ellos discutieron cuales áreas del contenido eran los más importantes para ellos. Además de la información obtenida de los profesionales en el campo de salud que asisten a personas con artritis. El estudio se completó en 1998.
2. ¿Cómo se evaluó el Programa? Más de trescientas personas de habla-hispana con artritis (osteoartritis, artritis reumatoide, o otros tipos de artritis) participaron en el estudio. Buscaron cambios en varias áreas: estatus de salud (incapacidad, dolor, fatiga, depresión, salud en general), utilización de servicios médicos (visitas a médicos, visitas a la sala de emergencia, y estancias en el hospital), auto-eficacia, (la confianza de llevar a cabo comportamientos de manejo-personal, confianza al manejar la enfermedad en general, confianza en sus logros), y comportamientos de manejo-personal (ejercicio, manejo cognoscitivo de los síntomas, manejo del estrés/relajación).
3. ¿Cuáles fueron los resultados? Cuando comparamos a las personas que participaron en el Programa con personas que no lo consiguieron, encontramos que las que asistieron demostraron mejoría en salud en general, menos dolor, depresión, e incapacidad y aumentaron el ejercicio. Estos resultados fueron obtenidos a través de cuestionarios completados por los participantes (Lorig, González y Ritter, 1999).
4. El Programa no es una traducción del “Arthritis Self-Management (Self-Help) Program” (el programa equivalente en inglés), sino que fue desarrollado aparte en español. Los temas revisados son similares, pero son presentados de una manera apropiada culturalmente.
5. La educación en autogestión es a menudo confundida con la educación del paciente o el apoyo en autogestión que ayuda a los pacientes a manejar su enfermedad. En contraste, el propósito de la educación en autogestión es

proporcionar a los pacientes las habilidades para vivir una vida activa y llena de significado con sus condiciones crónicas. Los programas de autogestión son contruidos sobre los problemas percibidos de los pacientes relacionados con la enfermedad y ayuda a los pacientes a resolver sus problemas y a ganar la autoeficacia o confianza para tratar con estos problemas.

6. Este programa asume los siguientes conceptos:
  - Las personas con diferentes tipos de enfermedades reumáticas tienen los mismos problemas y preocupaciones.
  - Las personas con SFM, no sólo tienen que batallar con los síntomas de su enfermedad, sino además tienen que hacer frente al impacto o efecto que ésta pueda tener en el aspecto emocional y en su vida diaria.
  - Las personas con SFM, que no tienen entrenamiento en el campo de salud, pueden enseñar en forma efectiva el curso porque son un modelo para los participantes del curso. Además, debido al escaso número de profesionales bilingües, el entrenar personas en la comunidad nos permite extender nuestros programas.
  - El proceso o la forma cómo se enseña el programa de Manejo Personal de la Artritis (ASMP) es muy importante, y tal vez aun más importante que los temas que se tratan en clase.

El ASMP ha sido diseñado para involucrar a los participantes en forma activa. Esta no es una clase en la que el participante "sólo se sienta a escuchar". El instructor es fundamentalmente el moderador del grupo. Por eso, el proceso de enseñanza es muy importante, porque enfatiza la forma cómo se puede ayudar a los participantes a aumentar la confianza en sí mismo. La persona con SFM viene manejando su enfermedad y los problemas que ésta le causa. El taller ayuda a aumentar la confianza en sí mismo de la siguiente manera:

- *Establecer metas, haciendo propósitos* (decidir hacer algo y llevarlo a cabo), compartiendo experiencias y ofreciendo sugerencias constructivas. Estas actividades son una parte importante del taller, toman del 25 al 35 por ciento

de cada sesión. Es a través de estas actividades que las personas empiezan a realizar con éxito los cambios que quieren lograr, haciendo que aumente la confianza en sus habilidades para manejar sus síntomas y problemas causados por la enfermedad. Se gana la confianza haciendo cosas. Es por eso que la creación de objetivos así como el planeamiento de la acción son una parte en todos los programas de autogestión.

Un paciente puede ser asistido para decidir una meta realista que aumente su actividad física, por ejemplo, con paseos de diez minutos tres veces en la siguiente semana. Si el paciente es capaz de cumplir esta meta, empezará a desarrollarse un sentido de control que llevará al paciente a fijarse metas mayores. La clave es que la actividad debe ser razonable a juicio del paciente. El fracaso en conseguirlo puede evitarse si el paciente se marca sus propias metas razonables. El profesional puede utilizar la estrategia de preguntar al paciente sobre la confianza que tiene para alcanzar la meta de la semana utilizando una escala del 0 al 100%. Como regla general en la práctica clínica habitual es que, al menos, debería estar seguro en un 80%. Es necesaria una serie de éxitos para el desarrollo del sentido del control. Los pacientes deberían tener la oportunidad de practicar las técnicas hasta que las dominen, utilizando éxitos cada vez mayores como retroalimentación para el esfuerzo continuado. Realizar contratos semanales con metas escritas a menudo es de utilidad.

- *Modelar*: Los participantes del curso se identifican y aprenden mejor cuando los instructores también tienen SFM. Ellos pueden apreciar que es posible manejar su enfermedad y esto les dará confianza para desarrollar sus propias habilidades. Por esta razón, se cree que es importante, que por lo menos uno de los instructores sea alguien que tenga la enfermedad. Otro ejemplo de modelar es el compartir experiencias y la resolución de problemas. Estas actividades hacen que los participantes se ayuden unos a otros a encontrar soluciones para sus problemas, expresando opiniones y haciendo preguntas. Un factor clave es que los pacientes aprendan a compararse a sí mismos frente a los modelos



apropiados —no con ellos mismos antes de enfermar o con familiares o amigos que no tienen fibromialgia u otro problema de salud—.

- *Volver a interpretar los síntomas:* Las personas actúan basados en las creencias que tienen sobre su enfermedad y síntomas. Por eso, es importante ayudarles a cambiar y extender el conocimiento sobre la causa de sus síntomas. Esto los motivará a poner en práctica nuevas técnicas que ayuden al manejo de sus síntomas y la solución de problemas. A través de este tipo de taller se trata de modificar las creencias y mitos acerca del dolor crónico y de la fibromialgia. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes piensan que los síntomas causados por la enfermedad sólo pueden ser aliviados mediante modalidades médicas tradicionales, tales como medicación o cirugía; cuando se les indica que los síntomas son a menudo causados por una falta de forma física, pobre alimentación, depresión, emergen vías alternativas de afrontar los síntomas. Los pacientes con fibromialgia típicamente interpretan estas señales como señales de vulnerabilidad o empeoramiento de su enfermedad. Esta interpretación a menudo conduce a una pérdida de la autoeficacia para gestionar los síntomas y a conductas de evitación en las que el paciente limita cualquier actividad que pudiera conducir a una sensación corporal desagradable (Crombez, Vlaeyen, Heuts y Lysens, 1999). A los pacientes se les debería enseñar cómo monitorizar estos estados corporales desde una perspectiva de resultados positivos en los cambios de conducta. La utilización de escalas de graduación numéricas que van del 0 (no tener ningún problema) a 10 (tener un problema gravísimo) puede ser de utilidad. Los pacientes deben conservar sus propios registros si son capaces de reflejar con precisión sus progresos a lo largo del tiempo. Los clínicos que utilizan esta graduación numérica a menudo utilizan como regla general que una puntuación de 4 o menos sobre una escala de cero a diez indica un buen control de los síntomas.
  
- *Persuasión social:* —convencer a los pacientes de que son capaces de alcanzar sus metas—. Al pedirle a la persona que se proponga metas, se haga propósitos y se apoyen mutuamente por teléfono, se le esta animando (persuadiendo) poco a

poco (sutilmente) a realizar nuevas actividades. Además el persuadirle ayudará a que la persona realice los cambios deseados, aumentando así la confianza en su habilidad para manejar la enfermedad. Los apoyos de los profesionales de la salud, amigos, familia, y comunidad, son fundamentales. Un buen programa de autogestión casi siempre ofrece este apoyo mutuo para permitir a los pacientes modificar sus roles sociales e intentar nuevas conductas cuando es necesario.

Otros factores también influyen en el programa de autogestión. Es más probable que los pacientes cuyos médicos creen que la fibromialgia es un diagnóstico legítimo, entablen una relación terapéutica más fácilmente y sean capaces de intentar nuevas estrategias.

**Tabla 5. Resumen de las estrategias de autocontrol en los procedimientos de GP**

<b>Estrategia</b>	<b>Objetivo del tratamiento</b>
<i>Provisión de la información.</i> Naturaleza y tipos de enfermedades reumáticas Protección articular. Nutrición	Potenciar el conocimiento de la enfermedad.  Promover comportamientos de autocontrol
<i>Información del tratamiento</i> Medicamentos de las enfermedades reumáticas Evaluar tratamientos no tradicionales. Comunicación paciente-médico	Facilitar actividad del paciente, participando en el plan de tratamiento
<i>Resolución de problemas</i> <i>Representación y retroalimentación</i> Contratos de comportamiento Entrenamiento en relajación Practica de ejercicio Moldeamiento	Potenciar técnicas de superación Promover comportamientos de autocontrol.  Facilitar el adiestramiento  Potenciar la autoeficacia
Líderes de grupos con papel de modelos Miembros del grupo comparten estrategias de superación Revaloración cognitiva	  Promover valoraciones más positivas de artritis

Además de las estrategias para aumentar la confianza, el taller utiliza otros métodos para facilitar la participación activa del grupo. Esto incluye charlas breves para ofrecer conceptos básicos de los temas, con discusiones o intercambio de opiniones, lluvia de ideas, resolución de problemas, práctica y demostración.

*5.3.1.- Estudios clínicos del programa de autogestión en pacientes con enfermedades reumatológicas.*

Los abordajes terapéuticos TCC y psicoeducacionales (ASMP) comparten muchas similitudes importantes en su filosofía de base y en el abordaje del manejo. Ambas estrategias enfatizan el papel del aprendizaje en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, particularmente en referencia al desarrollo de técnicas de superación efectivas que son integradas en el funcionamiento cotidiano. Se adhieren al principio de que los pacientes deben enrolarse activamente en su propio tratamiento y ser resolutivos eficaces de problemas en el manejo del dolor y otros obstáculos resultantes de la enfermedad. Los tratamientos TCC y psicoeducacionales incorporan muchas de las mismas estrategias de comportamiento en sus programas de intervención. Sin embargo, el énfasis en el aumento del control y la superación efectiva se ve como el elemento clave en la conducción hacia evoluciones de salud favorables. Aunque ocupando papeles singulares en los servicios de administración de cuidados sanitarios, ambos abordajes se ven también como potenciadores de la eficacia del tratamiento biomédico estándar y otras intervenciones de salud añadidas para los pacientes con artritis.

Las diferencias entre estos abordajes son también bien apreciadas, ya que ilustran funciones algo divergentes en el cuidado de las enfermedades reumáticas. Las intervenciones psicoeducacionales han tendido a centrarse más en la comunidad y orientadas en grupo y a poseer una orientación de promoción de la salud mayor. Los coordinadores del grupo sirven como modelos de rol efectivos para los pacientes, y se encuentra en esta forma de tratamiento un énfasis algo mayor en el poder y capacidad de decisión del paciente. Por el contrario, los métodos TCC presentan un enfoque más clínico y han sido más específicamente dirigidos al manejo de dificultades centrales, tales como el dolor y el estrés. Las intervenciones TCC han sido más frecuentemente administradas por psicólogos que están adiestrados en reconocer diferencias individuales en problemas de adaptación en pacientes con enfermedad crónica. Como tales, estos métodos han sido adecuados a las necesidades individuales del paciente.

Los efectos de las intervenciones de autogestión se han examinado tanto en estudios clínicos controlados, randomizados como en participantes de grupos de tratamiento no controlados, con largo seguimiento. La mayoría de los estudios clínicos han empleado voluntarios de la comunidad con artritis (principalmente artrosis).

El ASMP original fue probado primero en un estudio clínico controlado, randomizado, de cuatro meses, que incluía a 190 participantes con artritis (Lorig y Holman, 1993). El curso se daba en seis sesiones semanalmente y los participantes eran asignados al azar a recibir tratamiento inmediatamente o tras cuatro meses (esperando la lista control). El ASMP condujo a incrementar el conocimiento y los comportamientos de autocontrol y disminuyó el dolor a cuatro meses en relación con los controles. No hubo efectos significativos sobre la discapacidad o las visitas al médico.

El ASMP difería del formato de intervención tradicional en que utilizaba la situación más que los coordinadores del curso profesional. La cuestión de si los grupos enseñados por profesionales serían incluso más efectivos se confirmó por Lorig y colaboradores (Lorig, Feigenbaum, Regan, Ung, Holman, 1986 ) y por otros investigadores (Cohen y cols., 1986 ). En ambos estudios los pacientes con artritis mixta fueron randomizados asignándoles a grupos de situación-enseñada o grupos instruidos profesionalmente o al grupo de la lista de espera control. Los grupos enseñados por disposición en ambos estudios utilizaron el contenido y formato estándar ASMP. Aunque los grupos instruidos profesionalmente en ambos estudios se centraron en áreas de contenido ASMP, sólo un estudio (Lorig y cols., 1986) utilizó el protocolo ASMP estándar. En el otro estudio (Cohen y cols., 1986) las charlas y demostraciones fueron los mejores métodos de enseñanza. En ambos estudios la mayoría de los participantes tenía artrosis. Globalmente, pocas diferencias se encontraron entre los grupos enseñados por disposición y los formados profesionalmente. Ambos estudios demostraron efectos beneficiosos del tratamiento sobre el conocimiento y ejercicio, y en un estudio (Lorig y cols., 1986) el grupo enseñado por situación también aumentó su práctica de relajación, en relación con

los controles. Al contrario del estudio más precoz, no se encontraron efectos beneficiosos sobre el dolor u otros seguimientos sanitarios.

En un estudio randomizado, (Lorig y González, 1992) tres versiones potenciadoras de la autoeficacia del ASMP se compararon con una situación control. Los tres tratamientos enfatizaban el ejercicio, manejo cognitivo del dolor y una combinación de los dos, respectivamente. A los cuatro meses de seguimiento no se encontraron diferencias entre las tres intervenciones, ya que éstas condujeron a disminuciones significativas del dolor en relación con la situación control.

Lorig y Holman (1993), publicaron comparaciones entre- grupos a 4 meses para todos los participantes randomizados tomando el ASMP original (n = 707). Los participantes tenían diagnóstico confirmado por el médico de artritis y la mayoría padecía artrosis. Los resultados fueron similares a aquellos de Lorig y cols., (1985) e indicaban mejorías significativas en el ejercicio y relajación y disminuciones en dolor para los participantes del grupo de tratamiento en relación con los controles. En el grupo de intervención, el ejercicio y la relajación aumentaron hasta el 80% y el dolor disminuyó hasta un 12%. No hubo efectos del tratamiento en la discapacidad o depresión.

Buckelew y cols., (1996) estudiaron 109 pacientes con fibromialgia antes y después de una intervención de adiestramiento de seis semanas. Descubrieron que las puntuaciones pre tratamiento de autoeficacia de los pacientes con fibromialgia eran similares a las de los pacientes con otras enfermedades reumáticas. También descubrieron que los valores más altos de autoeficacia antes del tratamiento predecían significativamente mejor el resultado sobre la actividad física y, aún más, que los cambios en la autoeficacia predecían significativamente mejor los resultados sobre los puntos sensibles, la gravedad de la enfermedad, la actividad física y el dolor (Buckelew y cols., 1996). Por tanto, las estrategias de tratamiento diseñadas específicamente para mejorar la autoeficacia podrían favorecer más los resultados del tratamiento en los pacientes con fibromialgia que aquéllos que se centran en la adherencia a conductas o regímenes específicos nuevos.

*5.3.2.- Ensayos clínicos aleatorizados que valoran la efectividad del tratamiento de la autogestión en el Síndrome de Fibromialgia*

Cedraschi y cols., (2004), en un ensayo aleatorizado con 164 pacientes con SFM, mediante un programa de automanejo de seis semanas, valoraron dolor, función, calidad de vida y satisfacción con el tratamiento y seis meses de seguimiento. Encontró que un programa multidisciplinar consigue mejorar de forma significativa y mantenida a los seis meses la satisfacción, la calidad de vida, y la capacidad funcional de los pacientes con SFM, en cambio no consigue diferencias significativas en síntomas como el dolor. Sin embargo el estudio se ha realizado en ámbito hospitalario por lo que es difícil de extender a atención primaria. Se utiliza como control la lista de espera y después de los seis primeros meses se cruzan los grupos, no se especifica si se ha evaluado la credibilidad de la intervención en los grupos por lo que se desconoce cómo han influido las expectativas de los pacientes en los resultados.

Burckhardt, Mannerkorpi, Hedenberg, Bjelle (1994) realizaron una intervención de seis semanas con 99 mujeres diagnosticadas de SFM de educación sola o combinada con ejercicio, valorando dolor, calidad de vida y autoeficacia. Utilizaron tres grupos de comparación, el control pacientes en lista de espera, diseño antes después, seguimiento de seis semanas. La educación y el ejercicio mejoraron la calidad de vida, el dolor autoreferido y la autoeficacia de los pacientes con SFM. Pese a ser un estudio clásico en el área de intervención multimodal, su calidad metodológica es baja y el seguimiento es a corto plazo, por lo que no permite alcanzar conclusiones definitivas.

De acuerdo con Sandstrom y Keefe (1998) ha habido un interés creciente en el uso de los programas de entrenamiento del automanejo formal para personas con SFM. En estos programas, los profesionales sanitarios sirven como entrenadores y proporcionan educación acerca de la SFM e instrucción guiada en estrategias específicas de automanejo. Una revisión de la literatura sobre programas de entrenamiento en automanejo formal para el SFM sugiere que pueden ser divididos en los grupos: 1) aquellos que enfatizan el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (p.e., relajación, actividad pautada, y técnicas de solución de

problemas); y 2) aquellos que enfatizan el entrenamiento en el ejercicio físico (p.e., mejora cardiovascular, endurecimiento y entrenamiento de resistencia). En este artículo, los autores revisan estudios que han probado la eficacia de ambos programas. Además, identifican variables individuales y contextuales claves que se relacionan con los resultados y subrayan futuras direcciones en la investigación y desarrollo de los programas de automanejo.

Burckhardt, Mannerkorpi, Hedenberg, y Bjelle (1994) determinaron la eficacia de la educación en automanejo y el entrenamiento físico para reducir los síntomas de SFM y mejorar el bienestar físico y psicológico. Utilizaron un diseño de grupo de control pretest-postest en 99 mujeres con SFM asignados aleatoriamente a tres grupos. El único grupo de educación recibió un curso de auto manejo de seis semanas. El grupo de educación más el entrenamiento físico recibió el curso y seis horas de entrenamiento diseñado para ayudarles a ejercitarse independientemente. El grupo de control obtuvo tratamiento después de tres meses. Los programas experimentales tuvieron un impacto significativo sobre la calidad de vida y la autoeficacia. La indefensión, el número de días sintiéndose mal, la disfunción física, y el dolor en sus “puntos gatillo” se redujo significativamente en uno o ambos grupos tratado cuando se hizo el retest seis semanas después del final del programa. El seguimiento a largo plazo de 67 sujetos tratados mostró cambios positivos significativos sobre el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia primariamente en el grupo de entrenamiento físico. Entre todos los sujetos, el 87% hizo ejercicio al menos 3 veces por semana durante 20 minutos o más; el 46% dijo que habían incrementado el nivel de ejercicio desde que participó en el programa; el 70% estuvo practicando estrategias de relajación cuando las necesitaron; el 46% estuvo trabajando al menos a media jornada en contraposición al 37% en el pretest. Los autores concluyeron que la autoeficacia de los grupos tratados se mejoró significativamente con el programa. Otros cambios fueron menores y más tardíos de los que se había esperado. Las recomendaciones para futuros RCT's incluyen un programa de educación más largo, un entrenamiento físico más vigoroso, y seguimiento a más largo plazo

*5.3.3.- Valoración de la preparación de los pacientes para adoptar una aproximación de automanejo en las condiciones de dolor crónico.*

Los tratamientos psicológicos para dolor crónico que enfatizan la adopción de la aproximación de autogestión se han vuelto alternativas disponibles habituales para intervenciones médicas más tradicionales. Tales tratamientos se han demostrado repetidamente que son efectivos para reducir la experiencia de dolor lo que anima a su utilidad y disponibilidad.

Desafortunadamente, el fracaso para captar (comprometer) a una proporción sustancial de individuos que experimentan dolor crónico en nuestros tratamientos es una limitación significativa. El alto abandono y los índices de recaída son también descorazonadores. Los esfuerzos para identificar individuos previamente a estos resultados negativos y los esfuerzos asociados para modificar los tratamientos que promuevan un mayor compromiso, adherencia, y mantenimiento de las ganancias del tratamiento, son importantes vías para la investigación clínica. Es importante evaluar para qué tipo de personas es eficaz cada tratamiento y ver cuáles son las variables predictivas de cada uno de ellos. Al determinar para qué personas es válido cada tratamiento es posible ajustar mejor la intervención a cada sujeto y así ahorrar costes.

La efectividad de los tratamientos dirigidos a ayudar a los pacientes a adquirir habilidades de automanejo para afrontar el dolor, se piensa que depende parcialmente del deseo del paciente de adoptar esta aproximación. Algunos pacientes pueden no creer que el automanejo les será de ayuda mientras que otros han decidido adoptarlo y otros aplican ya el automanejo en su vida diaria y no participaron en el tratamiento.

Numerosas variables han sido identificadas en la investigación anterior como predictores potencialmente importantes del fracaso de una participación exitosa en programas de tratamiento que enfatizan la autogestión y rehabilitación del dolor. Estas variables incluyen litigio de la compensación por discapacidad, la depresión comorbida y/o el abuso de sustancias, entre otros. La inconsistencia y falta de fiabilidad estos resultados otro de los estudios, sin embargo, son notables. La



confianza en estas observaciones se compromete posteriormente en la mayoría de estos estudios desde el momento en que las decisiones sobre qué variables examinar no están basadas teóricamente o incluso racionalmente, y fueron empleadas aproximaciones analíticas de datos exploratorios. Finalmente, estas observaciones han tenido una limitada influencia para modificar las intervenciones para mejorar el acceso y la participación total en el tratamiento. Teniendo en cuenta estos resultados, se ha considerado el modelo teórico de estadios de cambio (Kerns y cols., 2000) para identificar en los sujetos que experimentan dolor crónico su disponibilidad para adoptar una aproximación de autogestión en su problema de su dolor.

De acuerdo con este modelo,

1. Algunos individuos mantienen creencias firmemente establecidas de que su problema de dolor es médico y que requiere atención médica y que la autogestión del dolor es irrelevante, si no imposible.
2. Otros puedan desarrollar creencias de que hay probablemente límites en la eficacia de las intervenciones médicas y que el desarrollo de habilidades de automanejo puede ser beneficioso, si no necesario.
3. Todavía otros pueden sugerir que ellos se han comprometido activamente en el aprendizaje de las estrategias de autocuidado para afrontar el dolor crónico.
4. Finalmente, otro grupo de individuos puede percibirse como ajustados a un estilo de vida que incorpora una amplitud de estrategias de manejo del dolor.

Se piensa que cualquiera de los cuatro estadios de cambio puede caracterizar la disponibilidad de los individuos de dolor crónico para adoptar comportamientos relacionados con su salud y sus preocupaciones sobre el dolor.

Basado en este modelo, Kerns y cols., (1997) han desarrollado un el cuestionario de cambio de los estadios del dolor (PSOCQ) que incluye cuatro escalas desarrolladas para medir los estadios de cambio ya descritos. Un apoyo sustancial de la fiabilidad y estabilidad de las cuatro escalas, Las escalas se denominan: precontemplación, contemplación, acción, y mantenimiento y describen el grado de preparación para

adoptar y aceptar una aproximación de autogestión. Se ha proporcionado un apoyo sustancial para la fiabilidad y estabilidad de las cuatro escalas, y para sus criterios relacionados y validez discriminativa. Jensen, Nielson, Turner, Romano, y Hill, (2003) demostraron que las escalas del PSOCQ están asociadas con estrategias de afrontamiento para manejar el dolor.

Dijkstra, Vlaeyen, Rijnen, y Nielson, (2001) exploraron el concepto de “preparación para el cambio” en una población de 321 pacientes holandeses con SFM utilizando el PSOCQ. El factor de análisis reveló tres escalas, cada una valorando la característica de un estadio de preparación para el cambio, la Precontemplación, Contemplación y Acción. Las fiabilidades de estas escalas fueron 0.61, 0.86 y 0.61, respectivamente, y sólo las últimas dos escalas correlacionan significativamente ( $r=0.14$ ). Sin embargo los datos sugieren que se necesitan mejoras en las operacionalizaciones de las dimensiones de Precontemplación y Acción de preparación al cambio, y que la fundamentación teórica de la preparación al cambio necesita de un mayor desarrollo.

Kerns y Rosenberg, (2000) valoraron la habilidad del PSOCQ antes y después para predecir la participación en automanejo y los resultados, por 109 pacientes de dolor crónico. El análisis de los perfiles reveló que los que completaron el tratamiento y los que no lo hicieron diferían significativamente en las cuatro escalas del PSOCQ. Los marcadores de Precontemplación y Contemplación discriminaron estos grupos. Análisis separados revelaron que los marcadores de Acción y Mantenimiento se incrementaron durante el curso del tratamiento, y que los cambios en las escalas del PSOCQ estuvieron asociadas con mejores resultados. Estos resultados sugirieron que un compromiso incrementado hacia la aproximación de automanejo al dolor crónico puede servir como mediador o moderador de un tratamiento exitoso. Este estudio apoya la validez predictiva y utilidad del PSOCQ, a la vez que la relevancia del modelo de los estadios de cambio para el automanejo del dolor crónico. Teniendo en cuenta, el desarrollo y proyección de mejoras en el desarrollo de programas de tratamiento Merayo, Cano y Rodríguez (2008), realizaron una réplica de este estudio con pacientes de SFM incrementando el apoyo para la validez predictiva y utilidad del cuestionario de estadios de cambio del dolor PSOCQ y para

la relevancia del modelo en asuntos relacionados con la autogestión del dolor crónico.

#### **5.4.- Eficacia de las intervenciones psicológicas**

De los estudios aquí revisados se pueden extraer las siguientes conclusiones generales:

- Los programas de tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales pueden ser considerados actualmente como herramientas eficaces para ayudar a aliviar el dolor crónico (Chambles y cols., 1998). Desgraciadamente, no podemos hablar de curación, sino de afrontamiento o adaptación y convivencia con él (Vallejo, 2005).
- La participación de los pacientes como monitores en programas de automanejo puede tener efectos positivos para las personas con dolor crónico, ya que pueden afectar a la frecuencia de aparición de comportamientos problemáticos asociados (Cedraschi y cols., 2004), cuando las condiciones psicosociales que los desencadenan o agravan se reducen (Vallejo, 2005).
- En la mayoría de las investigaciones con fibromialgia se obtienen mejorías significativas, aunque no podamos hablar de un tratamiento psicológico eficaz debido a las dificultades metodológicas encontradas (Pastor y col, 2003).

Además de la evidencia disponible a través de diferentes meta-análisis recientes (Morley, Eccleston y Willians (1999), las intervenciones dirigidas al reducir el malestar asociado al dolor han sido declaradas dentro del grupo de tratamientos psicológicos validados o con apoyo empírico (Vallejo, 2005; Pastor y cols., 2003) de acuerdo con los criterios promulgados por la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (Chambless y cols., 1998; ver Tabla 6).

**Tabla 6. Criterios para las intervenciones empíricamente validadas**

---

*Intervenciones bien establecidas*

---

I. Por lo menos dos estudios de comparaciones entre grupos han demostrado la eficacia en una o más de las siguientes maneras

- A. Superior (estadísticamente significativo) a tratamientos farmacológicos, psicológicamente placebo u otros.
- B. Equivalente a un tratamiento ya establecido en investigaciones con tamaños muestrales adecuados.

*O bien*

II. Una amplia serie de estudios de diseño de caso único ( $n > 9$ ) que hayan demostrado ser eficaces. Estas intervenciones deben:

- A. Utilizar buenos diseños experimentales.
- B. Superior (estadísticamente significativo) a tratamientos farmacológicos, psicológicamente placebo u otros.

---

Otros criterios para I y II

III. Los estudios deben ser dirigidos a través de manuales de intervención.

IV. Las características de las muestras deben ser claramente especificadas.

V. Los efectos deben de haberse demostrado por al menos dos investigadores diferentes o equipos de investigación diferentes.

---

*Intervenciones probablemente eficaces*

---

I. Dos estudios deben demostrar que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control en formato lista de espera.

*O bien*

II. Uno o más diseños que cumplan los criterios IA, IB, III y IV, pero no V para ser denominados Tratamientos Bien Establecidos

*O bien*

III. Una serie de estudios de diseño de caso único escasa ( $n \geq 3$ ) y que, además, cumplan los criterios para ser denominados Tratamientos Bien Establecidos.

---

A pesar de los resultados y de las ventajas que este tipo de intervenciones presentan, actualmente es un hecho aceptado que su éxito ha sido limitado. En algunos casos en los que se dispone de evaluaciones de seguimiento se observa que los efectos de la intervención se atenúan o incluso desaparecen (Lorig y Gonzalez, 1992). Así el tamaño del efecto de las intervenciones psicológicas es, aunque significativo, pequeño o moderado (Morley y Williams 2006).

En gran parte, el éxito limitado de las intervenciones con personas con dolor crónico pueda ser debido a la naturaleza multidimensional y compleja de la enfermedad y

que, dentro de una misma situación de enfermedad, puedan producirse muchas variaciones a lo largo del tiempo (ver capítulo cuatro).

De acuerdo con Pastor y cols., (2003) las principales limitaciones de los programas de intervención en el SFM hacen referencia, en términos generales a aspectos metodológicos.

### **5.5.- Factores que limitan la eficacia de las intervenciones psicológicas**

Por lo tanto, las intervenciones realizadas hasta este momento demuestran que pueden funcionar, pero es necesario examinar cómo mejorar el impacto de éstas sobre el malestar de las personas con dolor crónico y en particular sobre la fibromialgia.

Según Morley y Williams (2006) futuros estudios tendrán que mejorar la calidad de los ensayos para estar al mismo nivel que otras intervenciones psicológicas (p.e., trastornos de ansiedad). Este autor, plantea los desarrollos y desafíos metodológicos de los ensayos clínicos aleatorizados controlados, para tenerlos en cuenta en futuros estudios de intervenciones psicológicas en dolor crónico. Cada uno de los puntos ilustra características deseables que han de tenerse en cuenta para mejorar la calidad de los ensayos:

1. *Tratamientos complejos, coherentes y breves.* El problema de condensar un tratamiento complejo en unas pocas sesiones que sean aceptables para los pacientes, con un énfasis particular en la relajación. Pero la brevedad trae el riesgo de realizar un tratamiento de poca potencia, que puede no ser efectivo en otros contextos. Sin embargo, ¿podemos esperar necesariamente que con unas pocas sesiones se vayan a producir cambios conductuales mayores cuando tenemos tan poco control sobre formas de conducta bien establecidas que pueden no ser muy maleables?
2. *Diseño: “amplio, simple” y aleatorizado.* Reunir el mayor número posible de sujetos situados en cada uno de los grupos que se comparan, asegurando un

buen poder estadístico. La asignación aleatoria e impredecible de los sujetos participantes en el ensayo, junto con un adecuado ocultamiento de la secuencia de randomización hasta el momento en que la asignación se complete. El enmascaramiento o ciego de uno, de varios o de todos los participantes del ensayo clínico (sujetos que reciben la intervención, clínicos tratantes, quienes evalúan el resultado y/o analistas de datos).

3. *Seguimiento a largo plazo.* El correcto informe de las pérdidas y abandonos en cada grupo del ensayo durante el seguimiento, junto con sus causas. Doce meses se consideran un buen periodo de seguimiento, para ver la evolución del tratamiento.
4. *Características simples.* Descripción detallada de los criterios de inclusión, características de la intervención aplicada, características basales de los sujetos participantes, cálculo de tamaño muestral y potencia del estudio. Sin embargo, ¿está el diagnóstico relacionado con variaciones psicológicas relevantes? No hay a priori ninguna razón para sugerir que debería estarlo. Por otra parte, el amplio número de rechazos al reclutamiento observados en diferentes estudios (Morley y cols., 1999) debido principalmente al desplazamiento y a demandas laborales puede estar también influenciado por dimensiones sociales y psicológicas no representadas por el grado de dolor crónico o interferencia en la actividad.
5. *Control.* El diseño de un tratamiento de control está siempre cargado de tensión, entre una intervención altamente similar que en la mayoría de los casos no es clínicamente viable, y una elección pragmática basada en la realidad clínica pero diferente en muchos aspectos de contenido y proceso. En el estudio de Turner y cols., (2006) llevaron a cabo un inteligente compromiso, en que el automanejo (aunque probablemente con menos ayuda profesional) es una alternativa probable para muchos pacientes que puede ser derivados para tratamiento, dirigiendo éste a la compatibilidad en tiempo, atención, proceso de medida y contenido educacional. Esto parece proporcionar un control excelente para el problema de no-equivalencia estructural encontrado en muchos ensayos (Baskin y cols., 2003).

Sin embargo, si diferentes terapeutas llevan a cabo los tratamientos experimental y control, como p. ej., hicieron en estudio de Turner y cols., (2006), no hay manera de extraer al terapeuta de la varianza del tratamiento. La lealtad y adherencia a los protocolos de los terapeutas son además unos contribuyentes plausibles a la diferencia de resultados. La importancia del efecto del terapeuta en dolor crónico ha sido desdeñada generalmente, pero existe una poderosa y significativa influencia en los tratamientos psicológicos (Wampold y Brown, 2005). Valorar la actividad de los terapeutas proporciona datos que pueden ser examinados con esta hipótesis en mente.

6. *Credibilidad.* Utilizar los análisis de credibilidad para conocer la confianza a la asignación al tratamiento ayuda a esclarecer mejor los resultados. Pero la medida utilizada tiene 30 años, y los análisis teóricos de significación que se conocen (Moerman, 2002) y los trabajos sobre las expectativas como mecanismo placebo (Vase y cols., 2004), continúan utilizando la misma medida y debería haber sido actualizada. En estos estudios, los análisis de la credibilidad fue solamente moderada. Morley y Williams (2006) sugiere que esto es atribuible a fallos en tratamientos previos en esos pacientes. Alternativamente, el proceso de reclutamiento de los sujetos a un ensayo clínico aleatorizado donde se les advierte sobre los tratamientos puede reducir la credibilidad.
7. *Análisis.* En el análisis de los datos, el método conocido como intención de tratar, los sujetos son analizados en el grupo al que fueron inicialmente asignados, independientemente de si recibieron de forma completa o no la intervención que le toco en suerte. Este análisis tiene dos ventajas fundamentales:
  - Es la única estrategia que conserva las ventajas que se adquieren mediante la asignación aleatoria de los participantes. La ventaja esencial es que los grupos son comparables en su composición en todas las variables (edad, sexo, severidad de la clínica...) excepto en el factor de intervención que es objetivo del estudio. La asignación aleatoria consigue que muchas variables que son potenciales factores de confusión, conocidos o no, se

distribuyan de manera equilibrada entre ambos grupos. De este modo, su efecto de confusión queda anulado.

- La estrategia de análisis por intención de tratar se aproxima a la realidad de la práctica clínica diaria; ya que muchos pacientes no cumplen de manera íntegra el tratamiento que les ha sido prescrito, o bien simplemente lo rechazan. En un ensayo clínico, las condiciones de administración de una intervención determinada son demasiado artificiales, recurriéndose generalmente a pacientes buenos cumplidores, que han de cumplir unos criterios de inclusión rigurosos y los controles de seguimiento de los participantes son muy estrictos. Esto no suele suceder así en el contexto de la consulta médica diaria. El análisis por intención de tratar, que incluye a los pacientes no cumplidores en los que, sin embargo, se ha podido medir la variable de respuesta, permite un acercamiento a la realidad cotidiana de la práctica biomédica y psicológica.
8. *Medida.* Como ocurre en otras áreas de intervención, las conclusiones sobre el impacto de los programas de intervención en dolor crónico y/o fibromialgia están basados en la significación estadística o en el tamaño del efecto con respecto a la eficacia de una intervención para la reducción de niveles de malestar como, por ejemplo, la depresión. Sin embargo, estas medidas no reflejan la relevancia clínica de los resultados o el grado en el que el tratamiento produce un cambio suficiente para la persona o para la sociedad (Jacobson y Truax, 1999).

En el marco de la discusión sobre las terapias empíricamente validadas (ver tabla 6), Chambless y Hollon (1998) señalan que no es un argumento suficiente para considerar un tratamiento útil la referencia a si los efectos del mismo son estadísticamente significativos. Deben ser, además, clínicamente significativos. La significación clínica hace referencia al valor práctico o aplicado o a la importancia del efecto de la intervención - esto es, si la



intervención provoca una diferencia real en la vida diaria de los participantes, en la intervención o en otras personas con las que los participantes interactúan (Kazdin, 1999). Planteado como interrogantes, la significación clínica responde a las siguientes preguntas: ¿Ya no están las personas afectadas por los trastornos iniciales?, y, ¿se distingue a estas personas de una muestra normativa de personas en las medidas relevantes? (Kendall, Marrs-Gracia, Nath y Sheldrick, 1999). Así, por ejemplo, (Kaplan y cols., 1993). aplicando este criterio, un 70 por 100 de las personas con fibromialgia que recibieron el tratamiento mejoraron significativamente, resultado que no se confirmaba estadísticamente.

Sin embargo, en ocasiones pueden considerarse criterios adicionales, en función del problema bajo estudio. Así, un cambio clínicamente significativo puede ocurrir cuando hay un gran cambio en la sintomatología, un cambio medio en la sintomatología o ningún cambio en la sintomatología, dependiendo de la situación. Por ejemplo, cuando se trata de un problema que se caracteriza por una sintomatología en deterioro, un resultado clínicamente significativo consistiría en frenar o posponer el deterioro (Kazdin, 1999). En casos como este, el objetivo de una intervención puede consistir en enseñar a las personas a enfrentarse en mejores condiciones a los síntomas y mejorar su calidad de vida (Gladis y cols., 1999).

Por último Pastor (2003) en una revisión sobre los tratamientos en fibromialgia, señala la importancia de controlar el estado previo (emocional, físico y clínico) de los pacientes que van a recibir un tratamiento, mediante la valoración previa y la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de la muestra. Si tenemos en cuenta la heterogeneidad de las personas con fibromialgia respecto a características psicosociales y de adaptación (Okifuji y Turk, 1999; Kerns, Turk y Rudy, 1985), debemos conocer si dichas características están influyendo en la eficacia de los tratamientos empleados. Por otro lado, según esta autora la diversidad de medidas para valorar los resultados de tratamiento, dificulta poder realizar comparaciones

directas de los estudios para valorar la eficacia de las intervenciones existentes entre los mismos en las medidas de resultados utilizadas.

Teniendo en cuenta aspectos similares, Yates, Morley, Eccleston y Willians, (2005) ofrecieron criterios para valorar la calidad metodológica de los ensayos psicológicos para el dolor. La escala final se compuso de dos secciones con cinco ítems en la sección de calidad del tratamiento (Tabla 7), y 8 ítems en la sección de calidad de diseño y método (Tabla 8). De acuerdo con estos criterios, la puntuación media de calidad de las intervenciones fue de 17,94 sobre 35 (con un rango de 8,5-25) y media del tamaño del efecto de 0,5. La calidad de los ensayos variaba según el año de publicación.

**Tabla 7. Escala de valoración de la calidad de ensayos clínicos en dolor crónico**

Ítem #	Pregunta	Ítem	Respuesta
1	¿Se ha dado una explicación razonable para el tratamiento y una adecuada descripción de su contenido?	Contenido del tratamiento/ Composición	0 1 2
2	¿Se ha informado de la duración total del tratamiento? Si es así: N° sesiones..... Duración..... Total horas.....	Duración del tratamiento	0 1
3	(2 partes) ¿Hay un manual de tratamiento que describa los componentes activos del tratamiento?	Manualización	0 1 2
		Adherencia al Manual	0 1
4	¿Ha sido el terapeuta apropiadamente entrenado en los procedimientos relevantes para este ensayo?	Entrenamiento del terapeuta	0 1 2
5	¿Hay evidencia de que los pacientes se han comprometido activamente en el tratamiento?	Compromiso del paciente	0 1

**Tabla 8. Escala de calidad del diseño y metodología de ensayos clínicos en dolor crónico**

Ítem #	Pregunta	Ítem	Respuesta
1 (2 partes)	¿Están los criterios de inclusión/exclusión claramente especificados?	Criterios simples	0 1
		Reunida evidencia de criterios	0 1
2 (2 partes)	¿Hay evidencia de que se ha seguido la guía CONSORT (Moher, 1998) para informar del desgaste?	Desgaste	0 1 2
		Índice de desgaste	0 1
3 (2 partes)	¿Hay una buena descripción de la muestra en el ensayo?	Características de la muestra	0 1
		Equivalencia de grupo	0 1
4 (4 partes)	¿Han sido dados los pasos adecuados para eliminar los sesgos?	Aleatorización	0 1 2
		Distribución de los sesgos	0 1
		Medida de los sesgos	0 1
		Expectativas del tratamiento	0 1
5 (3partes)	¿Están los resultados que han sido escogidos justificados, son válidos y fiables?	Justificación de resultados	0 1 2
		Validez de resultados para el contexto	0 1 2
		Fiabilidad y sensibilidad para el cambio	0 1 2
6	¿Ha habido una medida por cada posibilidad sostenible entre el tratamiento y los grupos de control?	Seguimiento	0 1
7 (5partes)	¿Son los análisis estadísticos adecuados para el ensayo?	Poder de cálculo (Power calculation)	0 1
		Tamaño de la muestra suficiente	0 1
		Análisis planificado de datos	0 1
		Informe estadístico	0 1
		Análisis de la Intención-de-tratar	0 1
		Grupo de Control	0 1 2
8	¿Se ha utilizado un grupo con un tratamiento alternativo comparable?		

Según Yates y cols., (2005), a partir de este tipo de criterios se puede organizar una taxonomía que puede ser utilizada como una herramienta a través de la cuál se pueden clasificar las intervenciones en función de si se ajustan a los criterios de

calidad y metodológicos y/o identificar áreas en las que se necesitan esfuerzos o intervenciones adicionales. Por lo tanto, atendiendo a estas dimensiones, que pueden ser ortogonales entre sí, se puede generar un espacio cuyos múltiples niveles permitirán valorar si una intervención será más o menos eficaz. Por ejemplo, de acuerdo con estos criterios, se podría concluir que cuanto más intensa y personalizada se diseñe una intervención, más efectiva será. De la misma forma, cuanto más estandarizadas, infrecuentes y grupales sean las intervenciones, menos efectivas serán (Pastor y cols., 2003). Un análisis de las intervenciones basado en estos criterios, y en el grado en el que estos se han cumplido adecuadamente permitirá complementar el análisis de los resultados obtenidos a partir de procedimientos tradicionales, pudiéndose de esta forma obtener un análisis más completo sobre la eficacia de la intervención (Morley y Williams 2006; Yates y cols., 2005).

En resumen, los abordajes de TCC y psicoeducacionales han asumido un papel importante en el manejo del dolor crónico. Este papel continuará evolucionando conforme nuevos hallazgos científicos, de acuerdo a su eficacia clínica, emerjan desde estudios clínicos controlados. Mientras tanto, estos abordajes están proporcionando mejores oportunidades para el cuidado clínico efectivo, creando mayores esperanzas y optimismo en los pacientes y configurando el desarrollo de modelos interdisciplinarios de administración de servicios para el manejo de otras enfermedades médicas crónicas.

---

**SEGUNDA PARTE:**

**TRABAJO DE**

**INVESTIGACIÓN**

---



# Capítulo 6

---

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

---





**Esquema:**

**6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.**

**6.1.- OBJETIVOS GENERALES.**

*6.1.1.- Principales.*

*6.1.2.- Específicos.*

**6.2.- HIPÓTESIS.**



## **6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **6.1.- Objetivos generales**

Esta segunda parte de la presente tesis doctoral comprende al trabajo de investigación con los siguientes objetivos.

#### **6.1.1.- Principal**

Determinar la eficacia comparada entre la terapia cognitivo conductual (TCC) y la gestión personal (GP) con el tratamiento farmacológico (GC) en la mejoría de los síntomas, en pacientes con fibromialgia (SFM) en atención especializada (AE).

#### **6.1.2.- Específicos**

Determinar la eficacia comparada entre la TCC con respecto al GC y GP, **para reducir el impacto de la fibromialgia en los síntomas sensoriales (intensidad de dolor)**, en aquellos sujetos con mayor malestar emocional, para un punto de corte de 6/7 (6 no caso / 7 caso) en el GHQ-28.

Determinar la eficacia comparada de la **GP, realizado por una paciente de fibromialgia entrenada**, para reducir la puntuación de la intensidad de dolor, con respecto al GC y la TCC, en aquellos sujetos con mayor malestar emocional, con los mismos criterios del anterior objetivo.



## 6.2.- Hipótesis

1. Los tres tratamientos producirán mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, en el posttest, tres y seis meses.
  - a. La TCC producirá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, en el posttest.
  - b. La TCC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los tres meses.
  - c. La TCC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los seis meses.
  - d. El programa GP producirá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, en el posttest.
  - e. El programa GP mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los tres meses.
  - f. El programa GP mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los seis meses.
  - g. El GC producirá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, en el posttest.
  - h. El GC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los tres meses.
  - i. El GC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los seis meses.
2. Si el programa de tratamiento aplicado es la TCC, entonces los participantes presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, en el posttest, tres y seis meses.

- a. Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, en el postest.
  - b. Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los tres meses.
  - c. Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los seis meses.
3. Si el programa de tratamiento aplicado es de GP, entonces los participantes del programa presentarán menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, en el postest, tres y seis meses.
- a. Los participantes del grupo GP presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, en el postest.
  - b. Los participantes del grupo GP presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los tres meses.
  - c. Los participantes del grupo GP presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los seis meses.
4. Los participantes del programa de tratamiento de TCC, presentarán menor intensidad del dolor estadísticamente significativa, que los que participan del programa de GP, en el postest, tres y seis meses.
- a. Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GP, en el postest.

- b. Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GP, a los tres meses.
- c. Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GP, a los seis meses.





# Capítulo 7

---

## **METODOLOGÍA**

---



## **Esquema:**

### **7. METODOLOGÍA.**

#### **7.1.- SUJETOS.**

*7.1.1.- Criterios de inclusión / exclusión.*

*7.1.2.- Análisis descriptivo de la muestra.*

*7.1.2.1.- Análisis de las variables socio-demográficas.*

*7.1.2.2.- Descripción de variables de historia clínica.*

*7.1.3.1.- Respecto a las variables socio-demográficas y de historia clínica.*

*7.1.3.2.- Respecto a los valores de las variables objeto de estudio.*

#### **7.2.- DISEÑO.**

#### **7.3.- VARIABLES.**

*A.- Independientes (el grupo de tratamiento utilizado): variable cualitativa.*

*B.- Dependientes (medidas de resultados).*

#### **7.4.- MATERIAL.**

#### **7.5.- PROCEDIMIENTO.**

*7.5.1.- Reclutamiento y aplicación de instrumentos.*

*7.5.2.- Análisis estadístico de datos.*



## 7. METODOLOGÍA

### 7.1.- Sujetos

El estudio se llevó a cabo en pacientes procedentes de las consultas externas del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (HUVVM).

En el estudio se seleccionaron de forma consecutiva 72 pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena, y que cumplieron los criterios de inclusión.

Se estimó un error tipo  $\alpha = 0.05$ , dos colas; un error  $\beta = 1-0.8$  y una delta  $\delta = 20\%$ , respecto al grupo control en la variable dependiente principal, entre las medias de cada grupo. Por lo tanto, con estas previsiones, el tamaño estimado de cada grupo fue de 24 casos, admitiendo un 20 % de pérdidas por seguimiento.

#### 7.1.1.- Criterios de inclusión / exclusión

##### Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados de SFM (según los criterios del American College of Rheumatology, 1990):

1. Dolor generalizado o difuso que persiste más de 3 meses, y por tanto el dolor debe estar presente a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y en el esqueleto axial (columna cervical, torácica o lumbar, o cara anterior del tórax).
2. Dolor a la presión digital en 11 de los 18 puntos dolorosos (ver ilustración pág. 72 y 73):

- Occipitales: inserciones de los músculos suboccipitales.
  - Cervicales bajos: en la cara anterior de los espacios intertransversos C5 a C7.
  - Trapecios: punto medio de sus bordes superiores.
  - Supraespinosos: en el nacimiento del músculo, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde interno.
  - Segunda costilla: lateral a la segunda articulación condrocostal.
  - Epicondíleos: 2 cm distal a los epicóndilos.
  - Glúteos: cuadrante superior y externo de las nalgas.
  - Trocánteres: posterior a los trocánteres mayores.
  - Rodillas: en la bolsa grasa medial, proximal a la interlínea.
3. Pacientes que aceptan participar y firman el formulario de consentimiento informado.
  4. Dolor basal de al menos 50 mm en la escala análoga visual (EVA).

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con patología reumática concomitante (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, lupus eritematoso sistémico, artropatías microcristalinas o artrosis)
- Enfermedad sistémica (cardio-pulmonar, neurológica, renal, febril,) que contraindique la aplicación de TCC, o bien que dicha patología necesite tratamiento inmediato.
- Enfermedad grave que pueda impedir el desarrollo del estudio o evaluación de los resultados.
- Pacientes con psicopatología grave (esquizofrenia, riesgo de autolisis) y con dependencia de sustancias psico-activas.
- Pacientes en litigio por reclamación de invalidez, etc., relacionado o no con la enfermedad.
- Pacientes que no puedan acudir a las visitas necesarias para llevar a cabo el estudio.

- Pacientes que por otra circunstancia tengan dolor crónico diferente a la fibromialgia y requieran uso de analgesia.
- Aquellos que se nieguen a participar o a firmar el consentimiento informado.

### **7.1.2.- Análisis descriptivo de la muestra**

El análisis estadístico de la muestra nos permite obtener el perfil demográfico y socio-laboral de las pacientes con síndrome de fibromialgia que han participado en nuestro estudio. Aporta datos descriptivos muestrales en cada una de las variables, que serán tratadas pormenorizadamente en los resultados.

#### **7.1.2.1.- Análisis de las variables socio-demográficas**

En este epígrafe presentamos las distribuciones de frecuencias y porcentuales de las variables categóricas: Sexo, Estado civil, Situación laboral, Nivel educativo y de la variable cuantitativa edad.

La muestra general la componen un total de 72 individuos, procedentes de Sevilla y/o poblaciones limítrofes, los cuales están subdivididos en los siguientes grupos aleatorizados:

- a) 24 sujetos del Grupo experimental 1 (TCC)
- b) 24 sujetos del Grupo experimental 2 (GP)
- c) 24 sujetos del Grupo de control (GC)

Se observa en la Tabla 9, (pág. 232) que la muestra está compuesta con un predominio del sexo femenino (97,21%). La edad de los pacientes de la muestra oscila entre 33 y 68 años, presentando una edad media de 49,24 años y una desviación típica de 7,78. El 59 % de la muestra corresponde a pacientes con edades comprendidas entre los 44 y 58 años.

En cuanto al *estado civil* observamos que más del 69 % del conjunto de pacientes de fibromialgia que participaron en nuestro estudio están casados.

La variable situación laboral la hemos categorizado: activo, paro, jubilación, baja y sus labores. Se advierte que la mayor proporción corresponde a la categoría activo (36,11 %) y la menor, con muchos menos sujetos a la de jubilación (5,56 %).

	GRUPO DE TRATAMIENTO con asignación aleatoria							
	GRUPO EXP. 1 (n = 24)		GRUPO EXP. 2 (n = 24)		CONTROL (n = 24)		TOTAL (n = 72)	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
<b>SEXO</b>								
Mujer	91,7	(22)	100	(24)	100	(24)	<b>97,22</b>	<b>(70)</b>
Hombre	8,3	(2)					2,77	(2)
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Soltero	8,3	(2)			20,8	(5)	9,72	(7)
Casado	79,2	(19)	62,6	(15)	66,7	(16)	<b>69,44</b>	<b>(50)</b>
Viudo	8,3	(2)	12,5	(3)	4,2	(1)	8,33	(6)
Separado / Divorciado@	4,2	(1)	25,0	(6)	8,3	(2)	12,5	(9)
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>								
Activo	45,8	(11)	37,5	(9)	25	(6)	<b>36,11</b>	<b>(26)</b>
Paro	8,3	(2)			25	(6)	11,11	(8)
Jubilación	8,3	(2)	4,2	(1)	4,2	(1)	5,55	(4)
Baja	29,2	(7)	25	(6)	12,5	(3)	22,22	(16)
Nunca trabajo / sus labores	8,3	(2)	33,3	(8)	33,3	(8)	25	(18)
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>								
Analfabeto	8,3	(2)	37,5	(9)	20,8	(5)	22,22	(16)
Estudios primarios	37,5	(9)	16,7	(4)	58,3	(14)	<b>37,5</b>	<b>(27)</b>
Educación 1ª / F.P.	29,2	(7)	45,8	(11)	20,8	(5)	31,94	(23)
Universitario	25	(6)					8,33	(6)
<b>EDAD</b>								
	<b>Media ± DT</b> <b>(rango)</b>		<b>Media ± DT</b> <b>(rango)</b>		<b>Media ± DT</b> <b>(rango)</b>		<b>Media ± DT</b> <b>(rango)</b>	
	48,71 ± 8,610 (33 – 60)		49,67 ± 7,007 (39 – 62)		49,71 ± 7,69 (37 – 68)		<b>49,36 ± 7,703</b> (33-68)	

Tabla 9. Descripción de la muestra



La categoría más representativa en cuanto al nivel educativo corresponde a estudios primarios (37,5 %). No obstante existe un pequeño porcentaje con estudios universitarios (8,3 %).

En resumen, en relación con los datos sociodemográficos, cabe destacar, que el paciente tipo corresponde a una mujer (97,22%), de mediana edad (49 años), casada (69,44%), con estudios primarios (37.5%) y que trabaja fuera de casa (36,11%).

### **7.1.2.2- Descripción de variables de historia clínica**

En esta sección aparecen las distribuciones de frecuencias, porcentuales, medias y desviaciones típicas de variables de historia clínica: tiempo de padecimiento del problema de dolor; antecedentes patológicos; localización de los puntos dolorosos; dolor predominante; consumo de medicación y hábitos de salud reflejados en las variables de tabaco, alcohol y realización de ejercicio físico (Tabla 6).

En cuanto al tiempo de padecimiento del problema del dolor crónico, cabe destacar que la media es de 11,25 años, distribuyéndose en un rango de 1 a 30 años, con una desviación típica de 7,69.

Como puede apreciarse en la Tabla 10 (pág. 235), más de la mitad de la muestra corresponde a personas con una gran experiencia de enfermedad.

En relación con los pacientes, el 80,06 % de la muestra padecen otras patologías, además del síndrome de fibromialgia.

A la vista de los datos se muestra que 68,06% de los pacientes refieren y localizan su dolor en el cuadrante superior, distribuyéndose a lo largo de las cervicales (41,67 %), cabeza (4,17 %) y hombro (15,28 %). Los niveles más bajos los refieren al cuadrante inferior del cuerpo.

Distinguimos un notable consumo de medicamentos, observándose una mayor utilización de los antiinflamatorios (35,95%), antidepresivos (24,18 %) y ansiolíticos (20,92 %).

Por lo que respecta a la práctica de ejercicio físico, los hábitos no se muestran consolidados, en cuanto que el 50 % de la muestra no tiene costumbre de realizar ninguna práctica de ejercicio. El 37,5 % corresponde a los pacientes con síndrome de fibromialgia que muestran hábitos de realizar ejercicio más de dos días a la semana.

En cuanto al consumo de tabaco observamos que el 50% del conjunto de pacientes con fibromialgia que colaboraron en nuestro ensayo clínico fuma y un 9,72 % es consumidor de alcohol. La frecuencia de asociación de estas dos variables es del 8%.

Por lo tanto, respecto a la **historia actual de enfermedad**, los pacientes de la muestra total presentan una media de padecimiento del problema de dolor de 11,25 años y en su gran mayoría padecen además otras patologías (80,6%). La localización de los puntos dolorosos se corresponde con las áreas del cuadrante superior (68,06%), en su mayoría en las cervicales (41,67%). La medicación que toma es: antiinflamatorios (35,95%), antidepresivos (24,18 %) y ansiolíticos (20,92 %). fuma (50%), no bebe alcohol (91%) y que no suelen realizar ejercicio con regularidad (51,5%).

GRUPO DE TRATAMIENTO con asignación aleatoria								
	GRUPO EXP. 1		GRUPO EXP. 2		CONTROL		TOTAL	
	(n = 24)		(n = 24)		(n = 24)		(n = 72)	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
<b>HÁBITOS DE SALUD</b>								
<b>Tabaco</b>								
SI	37,5	(9)	58,3	(14)	54,2	(13)	<b>50,5</b>	<b>(36)</b>
NO	62,5	(15)	41,7	(10)	45,8	(11)	50,5	(36)
<b>Alcohol</b>								
SI			4,2	(1)	25	(6)	9,72	(7)
NO	100	(24)	95,8	(23)	75	(18)	<b>90,27</b>	<b>(65)</b>
<b>Ejercicio</b>								
Ninguno	45,8	(11)	54,2	(13)	45,8	(11)	<b>48,61</b>	<b>(35)</b>
Ocasional	8,3	(2)	16,7	(4)	16,7	(4)	<b>13,88</b>	<b>(10)</b>
Regular	45,8	(11)	29,2	(7)	37,5	(9)	37,5	(27)
<b>Localización dolor</b>								
Derecha	4,2	(1)					1,38	(1)
Izquierda	4,2	(1)	4,2	(1)			2,77	(2)
Arriba	62,5	(15)	62,5	(15)	79,2	(19)	<b>68,05</b>	<b>(49)</b>
Abajo	29,2	(7)	33,3	(8)	20,8	(5)	27,77	(20)
<b>Dolor predominante</b>								
Cervical	45,8	(11)	29,2	(7)	50	(12)	<b>41,66</b>	<b>(30)</b>
Lumbar	16,7	(4)	20,8	(5)	12,5	(3)	<b>16,66</b>	<b>(12)</b>
Cabeza	4,2	(1)	4,2	(1)	4,2	(1)	4,16	(3)
Hombro	8,3	(2)	20,8	(5)	16,7	(4)	15,27	(11)
Rodilla	4,2	(1)			12,5	(3)	5,55	(4)
Cadera	4,2	(1)	12,5	(3)	4,2	(1)	6,94	(5)
Todo	16,7	(4)	12,5	(3)			9,72	(7)
<b>Antecedentes Patológicos.</b>								
SI	87,5	(21)	70,8	(17)	83,3	(20)	<b>80,55</b>	<b>(58)</b>
NO	12,5	(3)	29,2	(7)	16,7	(4)	19,44	(14)
<b>MEDICACIÓN</b>								
Aines	83,3	(20)	79,2	(19)	66,7	(16)	<b>35,95</b>	<b>(55)</b>
Antidepresivos	58,3	(14)	58,3	(14)	37,5	(9)	<b>24,18</b>	<b>(37)</b>
Ansiolíticos	54,2	(13)	33,3	(8)	45,8	(11)	<b>20,92</b>	<b>(32)</b>
Relajantes	16,7	(4)	33,3	(8)	37,5	(9)	13,73	(21)
Hipnóticos	16,7	(4)	8,3	(2)	4,2	(1)	4,58	(7)
Otros	4,2	(1)					0,6	(1)
<hr/>								
	<b>Media ± DT</b>		<b>Media ± DT</b>		<b>Media ± DT</b>		<b>Media ± DT</b>	
	<b>(rango)</b>		<b>(rango)</b>		<b>(rango)</b>		<b>(rango)</b>	
<b>TIEMPO SÍNTOMAS</b>	11,00 ± 7,108		11,83 ± 9,412		10,92 ± 6,756		<b>11,25 ± 7,696</b>	
<b>(en años)</b>	(2-30)		(1-30)		(2-30)		(1-30)	

Tabla 10. Variables de historia clínica

### 7.1.3.- Homogeneidad de los grupos.

En este epígrafe, procedimos a analizar si los tres grupos eran homogéneos respecto a las variables socio-demográficas, historia clínica de la enfermedad y respecto a las variables objeto de estudio.

#### 7.1.3.1.- Respecto a las variables socio-demográficas y de historia clínica.

Con el fin de comprobar si nuestros grupos eran homogéneos respecto a las variables sociodemográficas (*sexo, estado civil, situación laboral y nivel de educación*) y de historia clínica (*hábitos de salud, antecedentes patológicos, distribución del dolor, focalización del dolor y uso de medicamentos*), escogimos el estadístico de contraste  $\chi^2$ , mediante el procedimiento de tablas de contingencia, para analizar la hipótesis de su independencia respecto al grupo de tratamiento (variable independiente). Para las variables *edad y antigüedad de síntomas* realizamos un procedimiento Anova de un factor, para contrastar la hipótesis de que sus medias son iguales en los diferentes grupos de tratamiento.

Los resultados de dichos análisis revelaron que las diferencias en la composición de los grupos respecto a las variables sociodemográficas: *sexo, estado civil y situación laboral*, así como de historia clínica: *Hábitos de salud: (consumo de alcohol y tabaco, realización de ejercicio), antecedentes patológicos, distribución del dolor, focalización del dolor y uso de medicamentos (antiinflamatorios, antidepresivos, ansiolíticos, relajantes, hipnóticos y otros opiáceos)*, no fueron significativas ( $p > 0,05$ ), y que por lo tanto, los grupos eran homogéneos en cuanto a estas variables. Solo encontramos diferencias significativas en la variable **nivel de educación** ( $\chi^2 = 24,615$ ,  $p = 0,001$ ), indicando una relación con un mayor número de sujetos con esta condición en un grupo de tratamiento y en **consumo de alcohol** ( $\chi^2 = 9,811$ ,  $p = 0,007$ ), indicando una relación entre las dos variables. (Véanse la Tablas 11 y 12).

**Tabla 11. Análisis de las variables: Grupo de Tratamiento\*nivel de educación**

GRUPO	Terapia	Cognitivo Conductual	nivel de educación				Total	Valor	gl	Sig. (bi)
			Analf.	Est. 1°	Educ. 2°/ F.P.	Univ.				
			2	9	7	6	24			
		Gestión Personal	9	4	11	0	24			
		Control	5	14	5	0	24			
		Total	16	27	23	6	72			
							Chi-cuadrado de Pearson	24,615(a)	6	<b>,001</b>
							Razón de verosimilitud	26,311	6	,001
							Asociación lineal por lineal	7,372	1	,007
							N de casos válidos	72		

a 3 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,00.

**Tabla 12. Análisis de las variables: Grupo de tratamiento\*alcohol**

GRUPO	Terapia	Cognitivo Conductual	Alcohol		Total	Valor	gl	Sig. (bi)	
			SI	NO					
			0	24	24				
		Gestión Personal	1	23	24				
		Control	6	18	24				
		Total	7	65	72				
						Chi-cuadrado de Pearson	9,811(a)	2	<b>,007</b>
						Razón de verosimilitud	10,621	2	,005
						Asociación lineal por lineal	8,426	1	,004
						N de casos válidos	72		

Así, dentro del grupo de tratamiento cognitivo conductual encontramos sujetos que poseían un nivel académico mayor que los sujetos de los otros grupos y en el grupo de control a seis sujetos que indicaban que consumían alcohol.

Para conocer si estas variables podrían tener relevancia significativa en los resultados de la investigación utilizamos para su análisis en primer lugar la correlación de Pearson como paso previo al posterior ANOVA en las variables dependientes para el nivel educativo y consumo de alcohol, en el caso de encontrar asociación significativa. Como ya sabemos la correlación de Pearson es el método más frecuente utilizado para describir la relación lineal entre dos medidas (cuantitativas). No encontramos correlaciones significativas ( $p < 0,05$ ) entre el nivel educativo y las

variables dependientes en las medidas *postest* en las que se diferenciaban los grupos de tratamiento. Es decir, no hay una asociación entre un nivel cultural elevado y el beneficio terapéutico. De todos modos utilizamos el ANOVA para comprobar si los datos revelaban la importancia del nivel educativo y el consumo de alcohol en los resultados y tampoco encontramos diferencias significativas por lo que no fue necesario establecer procedimientos de control (análisis de covarianza), para esta variable.

Respecto al análisis de la variable *edad y antigüedad de los síntomas*, categorizadas en una escala de intervalo, realizamos una comparación de medias (ANOVA), respecto a la variable independiente, encontrando que no hay diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0,05$ ) y por consiguiente los grupos eran homogéneos también en estas variables.

#### **7.1.3.2.- Respecto a los valores de las variables objeto de estudio.**

En este epígrafe procedimos a examinar si los tres grupos de tratamiento eran homogéneos o equiparables respecto a las variables dependientes antes del inicio del tratamiento. Solo bajo estas condiciones podríamos, en el caso de producirse diferencias significativas entre los grupos experimental y control al finalizar el programa, atribuir éstas al mismo.

Además se realizó un Análisis de la Homogeneidad entre el grupo que completó el tratamiento y el que abandonó el tratamiento, con el objetivo de comprobar si el abandono de algunos sujetos alteró las características de la muestra que se sometió a análisis.

Un paso previo anterior a la realización de este análisis fue comprobar la distribución de la muestra en las variables objeto de estudio, para comprobar si las puntuaciones estaban normalmente distribuidas, para usar en su análisis pruebas paramétricas o no paramétricas. Se aplicaron la prueba Kolmogorov-Smirnoff y el estadístico de Shapiro-Wilk a las variables relativas a *sumatorio de la intensidad de los puntos dolorosos*

(TPD), número de puntos dolorosos (NPD), intensidad de dolor percibida, las dimensiones del cuestionario Goldberg mediante la puntuación CGHQ (*somático, ansiedad, disfunción social, depresión y puntuación total*), impacto de la fibromialgia medido a través del cuestionario FIQ (*total función física, sentirse bien, ausencia laboral, trabajo, dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez, ansiedad, depresión y puntuación total FIQ*), calidad de vida general medido a través del EUROQOL-5D (*Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, salud general*), las *expectativas generales y específicas de mejoría global por tratamiento que recibirá*.

Dicha prueba resultó significativa, con una probabilidad ( $p > 0,05$ ) para las dimensiones *sumatorio de la intensidad de los puntos dolorosos (TPD), intensidad de dolor percibida, puntuación total Goldberg (malestar emocional)* y por consiguiente estos datos asumen la normalidad. El resto de las variables ( $p < 0,05$ ) difiere significativamente de una distribución normal (ver Tabla 13) y han de usarse procedimientos no paramétricos en sus cálculos.

**Tabla 13. Pruebas de normalidad variables dependientes (punt. pre-tratamiento)**

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
NPD	,325	55	,001	,695	55	,001
<b>TPD</b>	,081	55	,200(*)	,976	55	<b>,337</b>
<b>INTENSIDAD DOLOR</b>	,098	55	,200(*)	,976	55	<b>,321</b>
SOMATICO (CGHQ)	,233	55	,001	,812	55	,001
ANSIEDAD (CGHQ)	,221	55	,001	,812	55	,001
DISFUNCION SOCIAL (CGHQ)	,157	55	,002	,939	55	,008
DEPRESION (CGHQ)	,186	55	,001	,843	55	,001
<b>MALESTAR EMOCIONAL (CGHQ)</b>	,084	55	,200(*)	,979	55	<b>,436</b>
TOTAL FUNCIÓN FÍSICA (FIQ)	,167	55	,001	,903	55	,001
Sentirse bien (FIQ)	,336	55	,001	,692	55	,001
Ausencia laboral (FIQ)	,487	55	,001	,435	55	,001
Trabajo (FIQ)	,166	55	,001	,875	55	,001
Dolor (FIQ)	,217	55	,001	,844	55	,001
Fatiga (FIQ)	,249	55	,001	,726	55	,001
Cansancio matutino (FIQ)	,283	55	,001	,786	55	,001
Rigidez (FIQ)	,244	55	,001	,726	55	,001
Ansiedad (FIQ)	,200	55	,001	,793	55	,001
Depresión (FIQ)	,184	55	,001	,838	55	,001
PUNTUACION TOTAL FIQ	,122	55	,041	,946	55	,015

\* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PUNTUACION TOTAL (EUROQOL-5D)	,122	55	,041	,946	55	,015
Movilidad (EUROQOL-5D)	,455	55	,001	,557	55	,001
Cuidado personal (EUROQOL-5D)	,363	55	,001	,634	55	,001
Actividades cotidianas (EUROQOL-5D)	,458	55	,001	,563	55	,001
Dolor / Malestar (EUROQOL-5D)	,400	55	,001	,616	55	,001
Ansiedad / Depresión (EUROQOL-5D)	,243	55	,001	,804	55	,001
salud general (EUROQOL-5D)	,359	55	,001	,712	55	,001
salud hoy (EUROQOL-5D)	,154	55	,002	,905	55	,001
CONFIANZA TRATAMIENTOS PSI. GRAL.	,193	55	,001	,882	55	,001
EXPECTATIVAS DE MEJORÍA GLOBAL POR TRATAMIENTO QUE RECIBIRA	,256	55	,001	,782	55	,001
EXP. ESPECÍFICA. mejora dolor	,156	55	,002	,923	55	,002
EXP. ESPECÍFICA. mejora cansancio	,170	55	,001	,922	55	,002
EXP. ESPECÍFICA. mejora depresión	,252	55	,001	,793	55	,001
EXP. ESPECÍFICA. mejora insomnio	,141	55	,008	,913	55	,001
EXP. ESPECÍFICA. mejora irritabilidad	,197	55	,001	,905	55	,001
EXP. ESPECÍFICA. mejora ansiedad	,205	55	,001	,828	55	,001

Por lo tanto elegimos realizar pruebas ANOVA para las variables dependientes que siguen una distribución normal (*sumatorio de la intensidad de los puntos dolorosos (TPD), intensidad de dolor percibida, y malestar emocional en el cuestionario Goldberg*). El ANOVA se basa en el cumplimiento de dos supuestos fundamentales: normalidad y homogeneidad. El primero ya lo hemos justificado, y para la comprobación del segundo, homogeneidad de varianzas, utilizamos la prueba de Levene (ver Tabla 14) así como el posterior método de comparaciones múltiples de Scheffé, para comprobar en qué dirección se producían las diferencias entre los distintos grupos, es decir para conocer si algún grupo partía en desventaja o ventaja respecto a la sintomatología evaluada.

**Tabla 14. Prueba de homogeneidad de las varianzas (punt. pre-tratamiento)**

	Estadístico Levene	de gl1	gl2	Sig.
TPD	1,226	2	69	,300
INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR	,249	2	69	,780
MALESTAR EMOCIONAL	,234	2	69	,792



Para cumplir el supuesto de homogeneidad, el valor crítico asociado al estadístico de Levene ha de ser mayor de 0,05. De las variables que hemos analizados lo cumplen todas. Es por ello que sólo con estas variables podemos realizar el correspondiente ANOVA de un factor (Tabla 15).

En este caso, la prueba no ofrece resultados significativos, lo que demuestra que existe una homogeneidad en las puntuaciones medias de los valores de la variable dependiente. Dicho de otro modo, al menos uno de los grupos es similar a otro en los valores de la variable dependiente.

**Tabla 15. Prueba Anova para las variables dependientes (puntuaciones pre-tratamiento)**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TPD	Inter- grupos	686,778	2	343,389	2,660	,077
	Intra- grupos	8907,167	69	129,089		
	Total	9593,944	71			
INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR	Inter- grupos	,150	2	,075	,026	,974
	Intra- grupos	196,819	69	2,852		
	Total	196,969	71			
MALESTAR EMOCIONAL	Inter- grupos	3,002	2	1,501	,662	,519
	Intra- grupos	156,536	69	2,269		
	Total	159,538	71			

En el análisis realizado en la Tabla 15 observamos que la significación de las diferencias, no permiten precisar entre que grupos en concreto se encuentran las diferencias detectadas. Para saber qué media difiere de otra se debe utilizar un tipo particular de contraste denominado comparaciones múltiples *post hoc* o comparaciones a posteriori, concretamente, utilizaremos el método de Scheffé asumiendo varianzas iguales (Tabla 16). Esta prueba realiza comparaciones múltiples de las variables estudiadas sobre los distintos tipos de tratamientos. En la prueba se compara cada grupo de tratamiento con todos los demás (Tablas, 17 a 19)

**Tabla 16. Comparaciones múltiples Scheffé para la variables dependientes pre-tratamiento**

Variable dependiente	(I) GRUPO DE TRATAMIENTO	(J) GRUPO DE TRATAMIENTO	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
TPD	Terapia Cognitivo Conductual	Gestión Personal	6,333	3,280	,163	-1,87	14,54
		Control	6,750	3,280	,128	-1,46	14,96
	Gestión Personal	Terapia Cognitivo Conductual	-6,333	3,280	,163	-14,54	1,87
		Control	,417	3,280	,992	-7,79	8,62
	Control	Terapia Cognitivo Conductual	-6,750	3,280	,128	-14,96	1,46
		Gestión Personal	-,417	3,280	,992	-8,62	7,79
INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR	Terapia Cognitivo Conductual	Gestión Personal	-,096	,488	,981	-1,32	1,12
		Control	,002	,488	1,000	-1,22	1,22
	Gestión Personal	Terapia Cognitivo Conductual	,096	,488	,981	-1,12	1,32
		Control	,098	,488	,980	-1,12	1,32
	Control	Terapia Cognitivo Conductual	-,002	,488	1,000	-1,22	1,22
		Gestión Personal	-,098	,488	,980	-1,32	1,12
MALESTAR EMOCIONAL	Terapia Cognitivo Conductual	Gestión Personal	,031	,435	,997	-1,06	1,12
		Control	,448	,435	,591	-,64	1,54
	Gestión Personal	Terapia Cognitivo Conductual	-,031	,435	,997	-1,12	1,06
		Control	,417	,435	,634	-,67	1,50
	Control	Terapia Cognitivo Conductual	-,448	,435	,591	-1,54	,64
		Gestión Personal	-,417	,435	,634	-1,50	,67

En este caso, no se encuentran diferencias significativas, lo que indica que aunque los sujetos en los diferentes tratamientos forman un grupo “homogéneo”, sin embargo se puede apreciar, la diferencia en el sumatorio de la intensidad de los puntos dolorosos (TPD), mostrando los datos puntuaciones superiores (de 6,75 puntos en una escala con una media de 39,33) en los sujetos del grupo experimental uno (Terapia Cognitivo Conductual) que el resto de los grupos.

**Tabla 17. Prueba Scheffé. Intensidad puntos dolor (TPD) pre-tratamiento.**

Subconjunto para alfa = ,05		
GRUPO DE TRATAMIENTO	N	1
Control	24	32,58
Gestión Personal	24	33,00
Terapia Cognitivo Conductual	24	39,33
Sig.		,128

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,000.

**Tabla 18. Prueba Scheffé. Intensidad percibida dolor pre-tratamiento**

Subconjunto para alfa = ,05		
GRUPO DE TRATAMIENTO	N	1
Control	24	6,65
Terapia Cognitivo Conductual	24	6,66
Gestión Personal	24	6,75
Sig.		,980

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,000.

**Tabla 19. Prueba Scheffé. Puntuación total Goldberg (malestar emocional) pre-tratamiento.**

Subconjunto para alfa = ,05		
GRUPO DE TRATAMIENTO	N	1
Control	24	4,55
Gestión Personal	24	4,97
Terapia Cognitivo Conductual	24	5,00
Sig.		,591

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,000.

Mediante el procedimiento Kruskal-Wallis comparamos los tres grupos de casos respecto a las variables dependientes que necesitan para el análisis de pruebas no paramétricas. A partir del análisis de varianza de un factor de Kruskal-Wallis, comprobamos si en los tres grupos existían diferencias significativas.

Como podemos observar (Tabla 20) para las dimensiones del cuestionario GHQ-28 , mediante la puntuación CGHQ (*somático, ansiedad, disfunción social, depresión y puntuación total*), impacto de la fibromialgia medido a través del cuestionario FIQ (*total función física, sentirse bien, ausencia laboral, trabajo, dolor, rigidez, ansiedad, depresión y puntuación total FIQ*), calidad de vida general medido a través del EUROQOL-5D (*Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, salud general*), las *expectativas generales y específicas de mejoría global por tratamiento que recibirá*, no existieron diferencias estadísticamente significativas en la medida *pre* entre cada grupo experimental y el control (en ningún caso la probabilidad ( $p < 0,05$ )).

**Tabla 20. Prueba Kruskal-Wallis. Grupos Experimentales y Control, punt. pre-tratamiento**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
SOMATICO (CGHQ)	,342	2	,843
ANSIEDAD (CGHQ)	3,096	2	,213
DISFUNCION SOCIAL (CGHQ)	,653	2	,721
DEPRESION (CGHQ)	1,996	2	,369
PUNTUACIÓN TOTAL GOLDBERG (CGHQ)	1,327	2	,515
TOTAL FUNCION FISICA (FIQ)	2,791	2	,248
Punt. ajustada sentirse bien (FIQ)	,226	2	,893
Punt. ajustada ausencia laboral (FIQ)	1,165	2	,558
Trabajo (FIQ)	4,874	2	,087
Dolor (FIQ)	2,983	2	,225
<b>Fatiga (FIQ)</b>	9,992	2	<b>,007</b>
<b>Cansancio matutino (FIQ)</b>	7,461	2	<b>,024</b>
Rigidez (FIQ)	3,982	2	,137
Ansiedad (FIQ)	4,122	2	,127
Depresión (FIQ)	1,192	2	,551
PUNTUACION TOTAL FIQ	4,561	2	,102
Movilidad (EUROQOL-5D)	1,063	2	,588
Cuidado personal (EUROQOL-5D)	1,425	2	,490
Actividades cotidianas (EUROQOL-5D)	1,451	2	,484
Dolor / Malestar (EUROQOL-5D)	,370	2	,831
Ansiedad / Depresión (EUROQOL-5D)	1,187	2	,552
salud general (EUROQOL-5D)	,894	2	,640
<b>salud hoy (EUROQOL-5D)</b>	6,442	2	<b>,040</b>
CONFIANZA EFICACIA TRATAMIENTOS PSI. GENERAL	3,195	2	,202
EXPECTATIVAS DE MEJORÍA GLOBAL POR TRATAMIENTO QUE RECIBIRA	4,975	2	,083
EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora dolor	1,280	2	,527
EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora cansancio	1,366	2	,505
EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora depresión	3,756	2	,153
EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora insomnio	3,639	2	,162
<b>EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora irritabilidad</b>	6,404	2	<b>,041</b>
EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora ansiedad	4,282	2	,118

Al partir de grupos similares, si observamos diferencias una vez finalizado el programa, en alguna de estas variables podemos atribuir las a la acción del programa en sí, y no a otro agente externo fuera de nuestro control. Sólo encontramos diferencias significativas en las variables *fatiga*, ( $\chi^2= 9,992$ ;  $p= 0,007$ ), *cansancio matutino*, ( $\chi^2= 24,615$ ,  $p= 0,001$ ), *salud hoy* ( $\chi^2= 7,461$ ;  $p= 0,024$ ), y *expectativas específicas de mejoría en la irritabilidad por el tratamiento recibido* ( $\chi^2= 6,404$ ;  $p= 0,041$ ), indicando una relación con un mayor número de sujetos con estas condiciones en alguno de los grupos.

Para determinar entre qué grupos existen diferencias en estas variables, realizamos la prueba U de Mann-Whitney, (Tablas 21 y 22), encontrando que existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos de Terapia Cognitivo Conductual y Control para las variables cansancio y mejoría de la irritabilidad y entre el grupo de Gestión Personal y el Grupo de Control para las variables fatiga, cansancio, salud e irritabilidad, indicando que los grupos de tratamiento parten de condiciones peores que el Grupo de Control en estas variables.

**Tabla 21. Prueba U de Mann-Whitney intergrupos (TCC y GC). Punt. pre-tratamiento**

	GRUPO DE TRATAMIENTO	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<b>Fatiga (FIQ)</b>	Terapia Cognitivo Conductual	24	27,67	664,00	212,000	512,000	-1,60	<b>,108</b>
	Control	24	21,33	512,00				
	Total	48						
Cansancio matutino (FIQ)	Terapia Cognitivo Conductual	24	28,48	683,50	192,500	492,500	-2,05	,040
	Control	24	20,52	492,50				
	Total	48						
<b>Salud hoy (EUROQOL-5D)</b>	Terapia Cognitivo Conductual	24	21,65	519,50	219,500	519,500	-1,42	<b>,154</b>
	Control	24	27,35	656,50				
	Total	48						
EXPECTATIVA ESPECÍFICA mejora irritabilidad	Terapia Cognitivo Conductual	24	28,75	690,00	186,000	486,000	-2,14	,032
	Control	24	20,25	486,00				
	Total	48						

**Tabla 22. Prueba U de Mann Whitney intergrupos (GP y GC). Puntuaciones pre-tratamiento**

	GRUPO DE TRATAMIENTO	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Fatiga (FIQ)	Gestión Personal	24	30,33	728,00				
	Control	24	18,67	448,00	148,000	448,000	-3,02	,003
	Total	48						
Cansancio matutino (FIQ)	Gestión Personal	24	29,29	703,00				
	Control	24	19,71	473,00	173,000	473,000	-2,50	,012
	Total	48						
Salud hoy (EUROQOL-5D)	Gestión Personal	24	19,35	464,50				
	Control	24	29,65	711,50	164,500	464,500	-2,59	,010
	Total	48						
EXPECTATIVA ESPECÍFICA. mejora irritabilidad	Gestión Personal	24	28,94	694,50				
	Control	24	20,06	481,50	181,500	481,500	-2,22	,026
	Total	48						

Por tanto, podemos afirmar que globalmente antes del inicio del tratamiento los grupos eran homogéneos en relación a nuestras variables dependientes objeto de estudio.

## 7.2.- Diseño

Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, con tres grupos paralelos de tratamiento, dos de intervención y uno de control, de nueve meses de seguimiento, tras el tratamiento.

Con esta metodología se aporta la mejor evidencia en cuanto al efecto de una determinada intervención sanitaria. El ensayo clínico aleatorizado (ECA) permite mediante la asignación aleatoria de la intervención controlar el potencial sesgo de selección y permite crear grupos comparables en cuanto a las variables pronosticas determinantes de la respuesta a la intervención, sean éstas conocidas o desconocidas.

Las características fundamentales en el diseño de un ECA son (Moher, 1998):

- Descripción detallada de los criterios de inclusión, características de la intervención aplicada, características basales de los sujetos participantes, cálculo de tamaño muestral y potencia del estudio.
- La asignación aleatoria e impredecible de los sujetos participantes en el ensayo, junto con un adecuado ocultamiento de la secuencia de aleatorización hasta el momento en que la asignación se complete.
- El enmascaramiento o ciego de uno, de varios o de todos los participantes del ECA (sujetos que reciben la intervención, psicoterapeutas, quienes evalúan el resultado y/o analistas de datos).

Tanto en el caso de la Terapia Cognitiva Conductual, como en los programas de Gestión Personal no existe en la actualidad un placebo inerte que se pueda aplicar en un grupo de control, tampoco es posible enmascarar a los pacientes ni a los profesionales que aplican las intervenciones. Una de las medidas para controlar este aspecto es utilizar una escala de credibilidad que nos permita comparar las expectativas de los pacientes y la credibilidad de las intervenciones entre los grupos después del periodo de tratamiento.

- El correcto informe de las pérdidas y abandonos en cada grupo del ensayo durante el seguimiento, junto con sus causas.
- El análisis de intención de tratar, en el cual los sujetos son analizados en el grupo al que fueron inicialmente asignados, independiente si completaron o no la intervención.

Con este diseño, un paciente participó si cumplía ciertos criterios de inclusión especificados anteriormente. Una vez verificado que los cumplía, fue asignado aleatoriamente a uno de los tres grupos de tratamiento. La aleatorización fue basada en la tabla de números aleatorios de Moses y Oakford (Moher, 1998), mediante sobres cerrados opacos, en la secretaría del Servicio de Reumatología del Hospital

Virgen Macarena (Sevilla). Se aleatorizaron los pacientes a los grupos control y experimental. Un tiempo después, y sin que los evaluadores supiesen qué tratamiento recibió cada paciente (simple ciego o enmascaramiento), se recogió en todos los pacientes la variables de resultado.

### **7.3.- Variables**

Con respecto a las variables que contemplamos en la investigación podríamos hablar de tres grandes grupos: las variables sociodemográficas, que sirven para caracterizar las muestras; las variables “resultado”, que sirven para describir los cambios en los pacientes, utilizándose como variables dependientes; y las variables relacionadas con el tipo de tratamiento, que hemos utilizado como independientes.

A continuación detallamos todas las variables utilizadas.

A.- Independientes (el grupo de tratamiento utilizado<sup>1</sup>): variable cualitativa

1. Grupo experimental de Terapia Cognitivo Conductual (TCC).
2. Grupo experimental de Gestión personal (GP).
3. Grupo de Control (GC).

B.- Dependientes (medidas de resultados).

Variable principal:

1. Intensidad del dolor: variable cuantitativa.
2. Número de puntos dolorosos (NPD): variable cuantitativa.

Variables secundarias:

3. Calidad de vida genérica (EQ-5D): variable numérica.
4. Calidad de vida específica (FIQ): variable numérica.
5. Distrés psicológico (GHQ-28): variable numérica.

---

<sup>1</sup> Ver en anexo protocolos de tratamientos utilizados.



6. Valoración global del cambio: variable numérica.
7. Satisfacción con el tratamiento: variable numérica.

Las variables principales y secundarias se medirán al inicio y al final de las 4 intervenciones y durante el seguimiento, es decir medida basal antes de iniciar las intervenciones, a los 3 meses (fin de la intervención), a los 6 meses de la medición basal y a los 9 meses.

Variables socio-demográficas:

1. Edad (escala nominal).
2. Sexo (escala nominal).
3. Medicación (escala cuantitativa).
4. Patología crónica (escala nominal).
5. Nivel de estudios (escala ordinal).
6. Situación laboral (escala ordinal).
7. Tiempo de evolución de los síntomas (escala cuantitativa)

#### **7.4.- Material**

Todos los pacientes fueron evaluados antes y después de la aplicación del protocolo de tratamiento con los siguientes **instrumentos** (Anexos, pág. 403):

##### **1. Cuestionario de datos sociodemográficos**

Elaborado al efecto, consta de 13 preguntas. Diez de identificación de naturaleza sociolaboral y tres de respuesta cerrada sobre hábitos de salud.

##### **2. Puntos sensibles al dolor o puntos de dolor fibromiálgico.**

El método de contabilización se rige por las normas de exploración de Wolfe, Smythe, Yunus y cols., (1990), consensuadas y asumidas por el American College of Rheumatology. El evaluador tiene que ejercer una fuerza de cuatro kilos con los dedos sobre cada uno de los 18 puntos de dolor fibromiálgico y contabiliza

aquellos en los que se da respuesta franca de dolor. Cuantos más puntos se contabilizan, mayor extensión ocupa la SFM. Cada uno de ellos se cuantificó de la siguiente forma: (0) sin dolor, (1) el paciente refiere molestias pero no dolor, (2) el paciente refiere dolor, (3) la exploración del punto doloroso da lugar a dolor que se acompaña de gesto de dolor, (4) el paciente relata dolor y realiza retirada del miembro.

Se obtuvo el número de puntos dolorosos (NPD), siendo igual a la suma de aquellos puntos sensibles a la presión, cuya intensidad de dolor a la exploración fue igual o mayor a 2, y a la puntuación total de los puntos sensibles a la presión (TPD) que se definió como la suma de las puntuaciones en cada uno de los 18 puntos explorados.

### **3. Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)**

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems referidos a síntomas subjetivos de distrés psicológico, agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos); subescala B (ansiedad e insomnio); subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se refiera a las últimas semanas. El GHQ se ha convertido en el estándar de referencia para los cuestionarios de cribaje psicopatológico en la población general y en pacientes no psiquiátricos. El punto de corte óptimo se estableció en 6/7 obteniéndose una sensibilidad de 76,9% y una especificidad del 90,2%. Los autores (Lobo y cols., 1986) también consideran el punto de corte 5/6 que da lugar a una mayor sensibilidad (84,6%) a costa de reducir ligeramente la especificidad (82 %).

En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 ( $r = 0.90$ ). Para determinar la puntuación del GHQ-28 se pueden utilizar 3 métodos alternativos:

- “Puntuación Likert”, que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d).

- “Puntuación GHQ”, su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.
- “Puntuación CGHQ” divide los ítems en dos apartados: los positivos —hacen referencia a la salud— (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos —hacen referencia a la enfermedad— (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1.

Optamos por esta puntuación. La ventaja de este frente al anterior, consiste una mayor sensibilidad y en evitar pasar por alto los trastornos de larga duración, dado que en presencia de dicha situación, es probable, que los pacientes contesten “No más que lo habitual” y por tanto puntuarían 0 con el método GHQ (Goodchild y Duncan-Jones, 1985).

#### **4. Cuestionario EuroQol- 5D**

El EuroQuol-5D (EQ-5D) es un instrumento genérico de medida multidimensional de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), que puede expresarse como un perfil del estado de salud o como un valor índice para ser usado en los estudios de coste/efectividad (Badía y cols., 1990). Consta de dos partes. La primera de ellas es una valoración del estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de estas dimensiones tiene tres ítems que definen tres niveles de gravedad. En la segunda parte el individuo puntúa su estado de salud en una escala visual analógica milimetrada (EVA) de 20 mm cuyos extremos son 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable). La fiabilidad test-retest de la versión original oscila entre 0,69 y 0,94. Posee una buena correlación con el SF-36.

#### **5. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)**

El FIQ es un cuestionario específico y sensible para la fibromialgia. Mide seis dimensiones (dolor, sueño, fatiga, ansiedad, depresión, y capacidad funcional) y consta de 16 preguntas. El Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) es el

instrumento de medida de la salud más utilizado en pacientes con fibromialgia. Se desarrolló en Estados Unidos y en España se han adaptado y comparado cuatro versiones distintas. De acuerdo con Esteve y cols., (2006) consideramos que la versión española del FIQ desarrollada por Rivera y González (2004) es la que presenta un mayor nivel de desarrollo, mientras que la versión de Monterde y cols., (2004) es más equivalente semánticamente al FIQ original pero a costa de un proceso de adaptación cultural más pobre, en el que ha primado especialmente la aplicación del cuestionario a un grupo piloto de pacientes. Está compuesto por 10 ítems que evalúan el grado de incapacitación o de disfunción que los síntomas de dolor fibromiálgico han producido durante la última semana. Consta de 10 áreas o escalas, cada una de las cuales puntúa entre 0 y 10. La escala 1 “Capacidad funcional” mide la frecuencia con la que la persona ha podido realizar 10 actividades habituales durante la semana anterior, según si ha podido realizarlas todas las veces (0), casi todas (1), pocas veces (2) o ninguna vez (3). La media de estas puntuaciones multiplicada por el valor 3.3 ofrece la puntuación transformada de esta escala. La escala 2 “Sentirse bien” mide la cantidad de días durante la última semana en que la persona se sintió bien y su puntuación se obtiene multiplicando la cifra dada por el evaluado por 1.4 y restando el producto resultante de 10. La escala 3 “Días de absentismo laboral” recoge la cantidad de días en que la persona no fue a trabajar, multiplicado por 2. Las escalas 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 son siete escalas visuales analógicas de 10 puntos cada una y miden “Dificultades en el trabajo”, “Dolor”, “Fatiga”, “Alteraciones del sueño”, “Rigidez”, “Ansiedad” y “Depresión”, en las que el valor dado por el sujeto es la puntuación en la escala. El índice global de impacto o afectación se obtiene sumando las puntuaciones transformadas en las diez escalas descritas y fluctúa entre los valores de 0 a 100, siendo 100 la máxima disfunción que el trastorno puede causar.

El FIQ ha demostrado buenas propiedades psicométricas ( $r = 0,82$ ), a la vez que se elige como una medida sensible al cambio clínico en respuesta a los tratamientos en sujetos con SFM.

## **6. Escala de expectativas y valoración global del cambio**

Elaborada al efecto, y está basada en el cuestionario de expectativas de cambio (Echeburúa y Corral, 1987). Consta de de una escala de 8 preguntas, seis sobre la confianza de la mejoría de conductas específicas sobre el tratamiento que se va a recibir, una general sobre la confianza en los tratamientos psicológicos y otra global sobre la confianza en tratamiento que se va a recibir, en una escala de 0 a 10, desde “nada” a muchísimo”. Valora la motivación del paciente ante en tratamiento y el grado en que el usuario considera que mejorará como consecuencia del programa de tratamiento.

La valoración global del cambio, está recogida en otra escala que consta de 8 preguntas sobre lo que ha mejorado en general, global y específicamente como consecuencia del tratamiento que se ha recibido, en las variables objeto de estudio.

## **7. Intensidad del dolor**

Se trata de una escala numérica basada en el cuestionario: Brief Pain Inventory. (Badía y cols, 2003). Consta de 4 preguntas de 0 a 10, que tienden a reflejar la ausencia de dolor y otro de presencia máxima, desde la última semana, el peor y el menor dolor posible. La valoración total se calculó a partir de la suma de todas la puntuaciones dividida por cuatro. La fiabilidad test-retest de la versión original oscila entre 0,53 y 0,77.

### **7.5.- Procedimiento**

#### **7.5.1.- Reclutamiento y aplicación de instrumentos.**

Los médicos de consultas externas de Reumatología del Hospital Virgen Macarena fueron informados del inicio del estudio, de sus objetivos y de los criterios para la selección de los pacientes, para lo cual se hizo una presentación a cargo de uno de los

investigadores del estudio, en la que se explicaron los objetivos, los criterios de selección y el procedimiento para remitir los pacientes.

Dichos profesionales captaron en su consulta de forma consecutiva los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión / exclusión y los enviaron a uno de los investigadores, explicándoles el protocolo, dándoles la hoja de informe donde se le explicaba al paciente el estudio y pidiéndoles su consentimiento por escrito. A continuación se realizó la entrevista, tomando nota de su dirección y número de teléfono para comunicarle la fecha y hora en que deben acudir a la visita donde se comenzó el tratamiento en cuanto se reunió a 12 pacientes para cada grupo.

La asignación a cada grupo, se realizó por un investigador diferente al evaluador que les citó para la intervención. Para asegurar que no se conociera el grupo al que fue asignado, este investigador no participó en los grupos de tratamiento y desconoció los grupos de asignación al estar los cuestionarios de la visita inicial cerrados en un sobre mediante un código correspondiente al grupo de tratamiento.

Los pacientes asignados a los grupos de tratamiento psicológico continuaron recibiendo su tratamiento farmacológico.

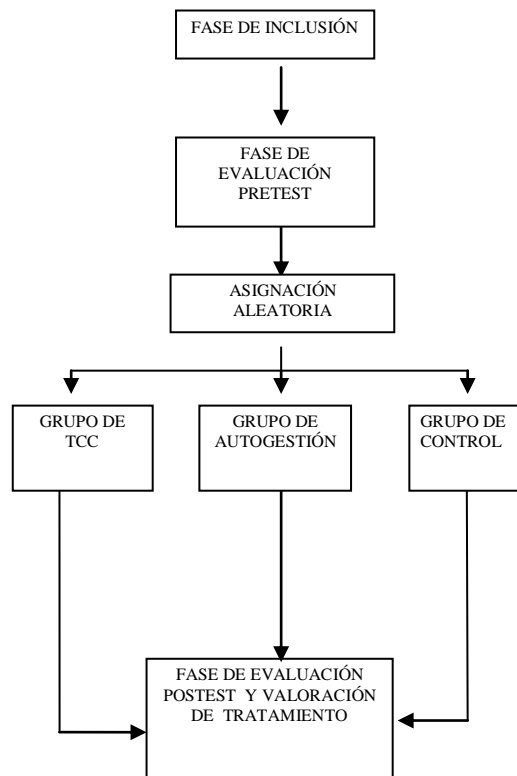
La recogida de datos la realizó otro investigador diferente antes de comenzar el estudio, después de los 3 primeros meses, a los 6 y 9 meses de cada una de las intervenciones administradas a cada paciente, incluyendo características sociodemográficas, laborales, clínicas y escalas.

En todos los casos se realizaron las siguientes operaciones durante las tres fases del estudio:

- Fase de inclusión y línea base.
- Fase de tratamiento.
- Fase de seguimiento (3, 6 y 9 meses)

El procedimiento se esquematiza, en la Ilustración 13. En la fase de inclusión y línea base se efectuaron las siguientes operaciones:

- ✓ Información oral y escrita de los objetivos del estudio , enfatizando su importancia para el servicio público y los pacientes, ventajas e inconvenientes
- ✓ Comprobar criterios de inclusión / exclusión
- ✓ Medición de puntos dolorosos
- ✓ Firma del consentimiento informado
- ✓ Recogida de datos sociodemográficos y de contacto
- ✓ Cumplimentación de las escalas: EVA, FIQ, GHQ-28, Calidad de vida (EQ-5D), Expectativas de Cambio y Valoración Global.
- ✓ Citar para la próxima visita de tratamiento o de evaluación.



**Ilustración 13. Esquema general del estudio**

En las visitas de seguimiento, se realizaron las siguientes operaciones:

- ✓ Medición de puntos dolorosos
- ✓ Cumplimentación de las escalas: EVA, FIQ, GHQ-28, Expectativas de Cambio y Valoración Global (sólo en el tercer mes).

### 7.5.2.- Análisis estadístico de datos.

Con respecto al análisis de los datos presentamos un esquema de los procedimientos estadísticos utilizados, en la Tabla 23, estableciendo para todos ellos un nivel de significación mínimo de 0,05.

**Tabla 23. Secuencia de procedimientos estadísticos utilizados.**

OBJETIVOS	TÉCNICA ESTADÍSTICA	JUSTIFICACIÓN
DESCRIBIR LA MUESTRA	MEDIA ARITMÉTICA DESVIACIÓN TÍPICA PORCENTAJES	Obtener el perfil demográfico y sociolaboral de los grupos
COMPROBAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO	PRUEBA KOLGOMOGOROV- SMIRNOFF Y EL ESTADÍSTICO DE SHAPIRO-WILK,	Verificar si las puntuaciones estaban normalmente distribuidas, para usar en su análisis pruebas paramétricas o no paramétricas.
DETERMINAR LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS	TABULACIONES CRUZADAS MEDIANTE EL ESTADÍSTICO X <sup>2</sup> Y EN SU CASO EL ANOVA	Analizar si los tres grupos de tratamiento eran homogéneos respecto a las variables sociodemográficas, laborales y de historia clínica de la enfermedad y las variables dependientes antes del inicio del tratamiento
DETERMINAR LA MAGNITUD DEL EFECTO	WILCOXON d de COHEN g de Hedges ÍNDICE DE CAMBIO CONFIABLE (ICC)	Analizar la magnitud del efecto del tratamiento y su significación clínica, así como la evolución de la sintomatología pretest/postest/ seguimiento, en los grupos.
COMPARAR LOS GRUPOS (INTER E INTRAGRUPA)	KRUSKAL-WALLIS Y LA U DE MANN-WHITNEY	Analizar las diferencias intragrupo e intergrupo en las medidas de seguimiento de los grupos experimentales.



- **Análisis estadístico de la muestra.**

Utilizamos los estadísticos habituales para describir la muestra: media aritmética (tendencia central), desviación típica (dispersión) y porcentajes (variables cualitativas).

- **Análisis de la distribución de los datos.**

Para comprobar la distribución de la muestra en las variables objeto de estudio, con el objeto de conocer si las puntuaciones estaban normalmente distribuidas, para usar en su análisis pruebas paramétricas o no paramétricas, se aplicó la prueba Kolgomogorov-Smirnoff y el estadístico de Shapiro-Wilk, a las variables principales y secundarias.

- **Análisis de la homogeneidad de los grupos**

En función de la naturaleza de las variables a tratar y de las características de los grupos, se efectuaron diferentes tabulaciones cruzadas (pág., 236) mediante el estadístico  $\chi^2$  y en su caso el Análisis de la Varianza de un factor (procedimiento ANOVA de un factor), cuando los valores de la variable de factor sean enteros y la variable dependiente cuantitativa (nivel de medida de intervalo).

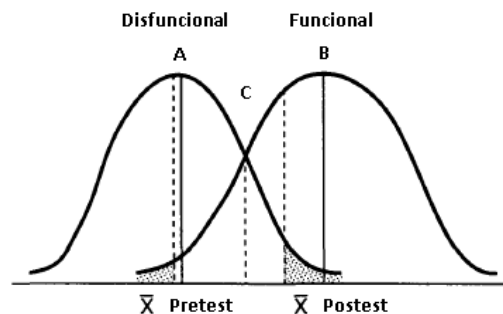
- **Magnitud del efecto.**

Para analizar la magnitud del efecto del tratamiento y su significación estadística, así como la evolución de la sintomatología pretest/postest/ seguimiento, en el grupo experimental para cada una de las variables de resultado principal y para las variables dependientes secundarias se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon que utiliza Z como estadístico de contraste, ya que se trata de dos muestras relacionadas. Este procedimiento calcula las diferencias para cada par de datos, teniendo en cuenta su signo ordenando las diferencias de menor a mayor, prescindiendo de los signos, sumando los rangos de las diferencias positivas y por otro lado el de las negativas para probar si son iguales. El análisis de la sintomatología una vez concluido el programa de tratamiento (medidas postest) nos permitirá un análisis de los efectos directos del mismo.

Por otra parte, se analizó como medida complementaria, el tamaño del efecto para comparar nuestros resultados con otros estudios. Esta medida se define como la diferencia de medias dividida por la desviación estándar de las puntuaciones iniciales. Un tamaño del efecto menor o igual a 0,2 indica poco cambio clínico, entre 0,2 y 0,8 indica cambio clínico moderado y superior o igual a 0,8 indica cambio clínico amplio. No obstante, en la investigación es recomendable que la interpretación de la importancia teórica o práctica del tamaño del efecto se analice en cada caso en el contexto del tema investigado y en relación a la literatura previa existente

El análisis de la significación clínica de los resultados se realizó de acuerdo con el procedimiento de Jacobson y cols., (1999), a través del cual se obtiene una puntuación (índice de cambio fiable) que, en el caso de ser mayor que 1.96, indica que se ha producido un cambio positivo clínicamente significativo en la puntuación, mientras que si es menor que -1.96 indica que se ha producido un cambio negativo clínicamente significativo en la puntuación. Puntuaciones entre -1.96 y 1.96 señalan que no se ha producido un cambio significativo con motivo de la intervención.

La ilustración 14 muestra la distribución teórica de los datos de una población disfuncional de otra funcional después de una intervención, con la sugerencia del punto de corte (c), para los cambios clínicamente significativos (a, b y c)



**Ilustración 14. Aproximación teórica de la determinación de los puntos que sugieren cambios clínicamente significativos (a, b y c)**

El punto de corte PC es el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional. El índice de cambio fiable (ICC) es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento que indica que el cambio es estadísticamente significativo, esto es, que excede el error muestral de medición. El cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo cuando el puntaje final está bajo el PC y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor al ICC. Para la determinación de estas puntuaciones se utiliza las mismas formulas utilizadas por Jacobson y cols., (1999) (Tabla 24).

**Tabla 24. Índice de Cambio Fiable para evaluar el cambio terapéutico**

Fórmulas para obtener el ICC	Símbolo	Definición
$ICC = \frac{X_2 - X_1}{S_{diff}}$	$X_1$	Puntuación previa en la variable de un sujeto
	$X_2$	Puntuación posterior en la variable de un sujeto
$S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$	$S_{diff}$	Error típico de la diferencia entre las puntuaciones de dos test
	$S_E$	Error típico de la medida
$S_E = s_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$	$S_1$	Desviación típica del grupo control población normal y grupos experimentales
	$r_{xx}$	Fiabilidad test-retest de la medida

- **Comparación de los grupos**

Para analizar y comparar las diferencias intragrupo e intergrupo en las medidas de seguimiento de los grupos experimentales (Terapia cognitivo Conductual y Gestión Personal), respecto al grupo Control, empleamos la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney, apropiada para grupos no relacionados que emplea Z como estadístico de contraste. El análisis de varianza de Kruskal-Wallis es una prueba “omnibus” no paramétrica (alternativa al ANOVA) para variables numéricas que puedan ser ordenables, que no asume que la población siga una distribución normal. Nuestro objetivo es determinar si existen diferencias globales entre los distintos grupos en las principales variables de resultado y en segundo lugar, para determinar entre qué grupos existen, realizamos la prueba U de Mann-Whitney, siendo Z el estadístico de contraste.

Para analizar la evolución de la sintomatología intragrupo en las medidas pre, post y seguimiento optamos por la prueba no paramétrica de Friedman, que utiliza chi-cuadrado como estadístico de contraste, ya que el análisis de la distribución de los datos difería de forma significativa de la normalidad. Consideramos relevante realizar tres tipos de análisis intragrupo y uno intergrupo.

Análisis intragrupo:

1. Comparaciones entre las medidas *pretest/postest* en el grupo de *Terapia Cognitivo Conductual*. Este tipo de análisis permitirá analizar la evolución de la sintomatología en el grupo experimental uno. Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.1.1. (página 269).
2. Comparaciones entre las medidas *postest y seguimiento* en el grupo de *Terapia Cognitivo Conductual*. Este tipo de análisis permitirá analizar los efectos del periodo de seguimiento en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual tomando como base los efectos directos del programa (medida *post*). Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.1.4 (página 278).
3. Comparaciones entre las medidas *pretest y seguimiento* en el grupo de *Terapia Cognitivo Conductual*. Este tipo de análisis permitirá evaluar la acción global del programa (programa + seguimiento) en relación a la sintomatología experimentada al inicio del mismo. Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.1.7 (página 289).
4. Comparaciones entre las medidas *pretest/postest* en el grupo de *Gestión Personal*. Este tipo de análisis permitirá analizar la evolución de la sintomatología en el segundo grupo experimental. Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.1.2. (página 273).
5. Comparaciones entre las medidas *postest y seguimiento* en el grupo de *Gestión Personal*. Este tipo de análisis, reflejados en el apartado 8.1.5., nos permitirá analizar los efectos de seguimiento también en el segundo

- grupo experimental. Los resultados relativos al análisis se especifican en la página 307.
6. Comparaciones entre las medidas *pretest y seguimiento* en el grupo de *Gestión Personal*. Este tipo de análisis reflejado en el apartado 8.1.8 nos permitirá evaluar la acción global del programa en relación a la sintomatología experimentada al inicio del mismo. Los resultados relativos al análisis se especifican en la página 292.
  7. Comparaciones y medida *pretest/postest* en el grupo *Control*. Mediante este análisis observaremos si los efectos producidos en el grupo experimental se producen de igual modo en el grupo control y por lo tanto no pueden ser atribuidos a la acción de nuestro programa. Los resultados relativos está análisis se especifican en el apartado 8.1.3. (página 276 ).
  8. Comparaciones y medida *postest y seguimiento* en el grupo *Control*. Mediante este análisis observaremos si los efectos producidos en el grupo experimental se producen durante el seguimiento en el grupo control y por lo tanto la existencia de posibles causas ajenas al programa. Los resultados relativos está análisis se especifican en el apartado 8.1.6. (página 285).
  9. Comparaciones y medida *pretest y seguimiento* en el grupo *Control*. Mediante esta comparación pretendemos analizar si los cambios producidos en los grupos experimentales ocurren igualmente en los sujetos del grupo control, y consiguientemente la relativa eficacia del programa al objetivo que pretende (disminución de la sintomatología funcional). Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.1.9 (página 295).
  10. Comparación de las puntuaciones en las medidas *pre, post y seguimiento* de la sintomatología global. Mediante este análisis observaremos gráficamente la evolución de los grupos experimentales (Terapia Cognitiva y Gestión Personal) y Control respecto a la sintomatología. Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.1.10 (página 297).

Análisis intergrupo:

1. Comparaciones en la medida *postest* entre todos los grupos (experimentales y control). Esa medida nos permitirá conocer la evolución comparativa de los tres grupos ya que, como se recordará no existían entre ellos diferencias indicativas a medida *pretest*, excepto en el nivel educativo y consumo de alcohol, por lo cual realizaremos los análisis para conocer su poder explicativo en los resultados del tratamiento. Los resultados relativos a este análisis se especifican en el apartado 8.2.
2. Comparaciones en la medidas de *seguimiento* entre todos los grupos (experimentales y control). Esa medida nos permitirá conocer qué grupo ha experimentado mayores cambios después del periodo de seguimiento. Los resultados relativos a este análisis se especifican en las tablas 46 y 47.

Los diferentes análisis fueron realizados para cada variable dependiente.

- **Análisis por intención de tratar**

Este análisis se realizó para evitar sesgos de selección, incluyendo a los pacientes que aceptaron participar, independientemente de los incumplimientos y / o abandonos. El ignorar a todos aquellos que se retiren del estudio producirá un sesgo del resultado (sesgo de análisis), usualmente a favor de la intervención analizada (porque como se indicó aquellos con efectos adversos o mal resultado con mayor frecuencia se retiran del estudio). Por eso la mejora de la calidad de los ensayos clínicos, pasa por analizar los resultados de estudios comparativos según "intención de tratar" (Morley y Williams, 2006). Esto significa que todos los datos de los pacientes randomizados a una rama del estudio deben ser utilizados para el análisis, es decir todo paciente que se selecciona debe considerarse en aquel grupo en que fue elegido. Esto incluye a aquellos quienes dejaron el estudio antes de ser terminado, aquellos que no participaron de la intervención, o incluso aquellos que posteriormente recibieron la intervención control por cualquier

motivo. Los resultados relativos al análisis se especifican en el apartado 8.5. (Página 312).

Los análisis se llevaron a cabo con el paquete software "SPSS" (Statistics Package for Social Scientists) para Windows versión 14.0., realizándose de forma independiente y ciega, a cargo de un médico especialista en estadística epidemiológica, que no participó en el estudio para el análisis de los datos.





# Capítulo 8

---

## **RESULTADOS**

---



## Esquema:

### 8.- RESULTADOS.

#### 8.1.- CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA PRE-POSTEST INTRAGRUPPO.

8.1.1.- *Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual.*

8.1.2.- *Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Gestión Personal.*

8.1.3.- *Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Control.*

8.1.4.- *Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo TCC.*

8.1.5.- *Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo de GP.*

8.1.6.- *Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo Control.*

8.1.7.- *Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de TCC.*

8.1.8.- *Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de GP.*

8.1.9.- *Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de Control.*

8.1.10.- *Evolución de la sintomatología (pre, post y seguimiento).*

#### 8.2.- ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA INTERGRUPPO.

8.2.1.- *Diferencias entre los grupos en la medida postest.*

8.2.2.- *Diferencias entre los grupos en las medidas de seguimiento.*

#### 8.3.- DIFERENCIAS EN TAMAÑO DEL EFECTO.

#### 8.4.- SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.

#### 8.5.- ANÁLISIS POR INTENCIÓN DE TRATAR.



## 8.- RESULTADOS

### 8.1.- Cambios en la sintomatología pre-postest intragrupo.

El análisis de la sintomatología una vez concluido el programa de tratamiento (*medidas postest*) nos permitirá un análisis de los efectos directos del mismo. Exponemos a continuación los resultados obtenidos.

#### 8.1.1.- Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual.

Se analizó la evolución de la sintomatología *pretest/postest*, en el grupo experimental para cada una de las variables de resultado principal (*Intensidad de dolor, sumatorio de puntos dolorosos*) y para las variables dependientes secundarias (*consumo de medicación, calidad de vida específica, distrés psicológico, expectativas globales de mejoría y valoración global del cambio*).

En la Tabla 25, podemos observar que se producen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) para el grupo de terapia cognitivo conductual disminuyendo el nivel postest respecto al pretest, en la **intensidad de dolor percibida** ( $Z = -3,670$ ;  $p. = 0,001$ ), en **malestar emocional** ( $Z = -2,897$ ;  $p. = 0,004$ ) (medida en la puntuación global del Goldberg, mediante la puntuación CGHQ), en **calidad de vida general** ( $Z = -3,100$ ;  $p. = 0,001$ ) ( $t = 3,921$ ;  $p = 0,001$ ) (mediante el EQ-5D), en **puntuación final FIQ** ( $Z = -3,182$ ;  $p. = 0,002$ ) y una tendencia a la significación en **número de puntos dolorosos** ( $Z = -1,892$ ;  $p. = 0,059$ ). En este grupo hay dos abandonos antes de terminar el tratamiento.

En las ilustraciones 15 a 18 se aprecia mejor esta diferencia para las variables que han resultado significativas.

El porcentaje de pacientes que presentó menor número de puntos dolorosos (NPD) en la línea base ( $17,21 \pm 2,167$ ), y después del tratamiento ( $15,82 \pm 3,361$ ), fue del 36,36 %.

El porcentaje de pacientes que presentó un alivio en la suma de la intensidad de dolor de los puntos dolorosos (TPD) en la línea basal ( $39,33 \pm 11,27$ ), y después del tratamiento ( $39,33 \pm 11,27$ ), fue del 68,18 %.

**Tabla 25. Sintomatología global pretest / postest en el grupo TCC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<b>NPD (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	8(a)	5,75	46,00	-1,892(a)	,059
	Rangos positivos	2(b)	4,50	9,00		
	Empates	12(c)				
	Total	22				
<b>TPD (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	15(d)	10,33	155,00	-1,374(a)	,170
	Rangos positivos	6(e)	12,67	76,00		
	Empates	1(f)				
	Total	22				
<b>INTENSIDAD DOLOR (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	19(g)	11,63	221,00	-3,670(a)	,000
	Rangos positivos	2(h)	5,00	10,00		
	Empates	1(i)				
	Total	22				
<b>FIQ (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	17(j)	11,06	188,00	-3,100(a)	,002
	Rangos positivos	3(k)	7,33	22,00		
	Empates	2(l)				
	Total	22				
<b>MALESTAR EMOCIONAL (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	17(m)	10,74	182,50	-2,897(a)	,004
	Rangos positivos	3(n)	9,17	27,50		
	Empates	2(o)				
	Total	22				
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	19(p)	11,82	224,50	-3,182(a)	,001
	Rangos positivos	3(q)	9,50	28,50		
	Empates	0(r)				
	Total	22				

a NPD postest < NPD pretest

b NPD postest > NPD pretest

c NPD postest = NPD pretest

d TPD postest < TPD pretest

e TPD postest > TPD pretest

f TPD postest = TPD pretest

g INTENSIDAD DOLOR postest < INTENSIDAD DOLOR pretest

h INTENSIDAD DOLOR postest > INTENSIDAD DOLOR pretest

i INTENSIDAD DOLOR postest= INTENSIDAD DOLOR pretest

j FIQ postest < FIQ pretest

k FIQ postest > FIQ pretest

l FIQ postest = FIQ pretest

m MALESTAR EMOCIONAL postest < MALESTAR EMOCIONAL pretest

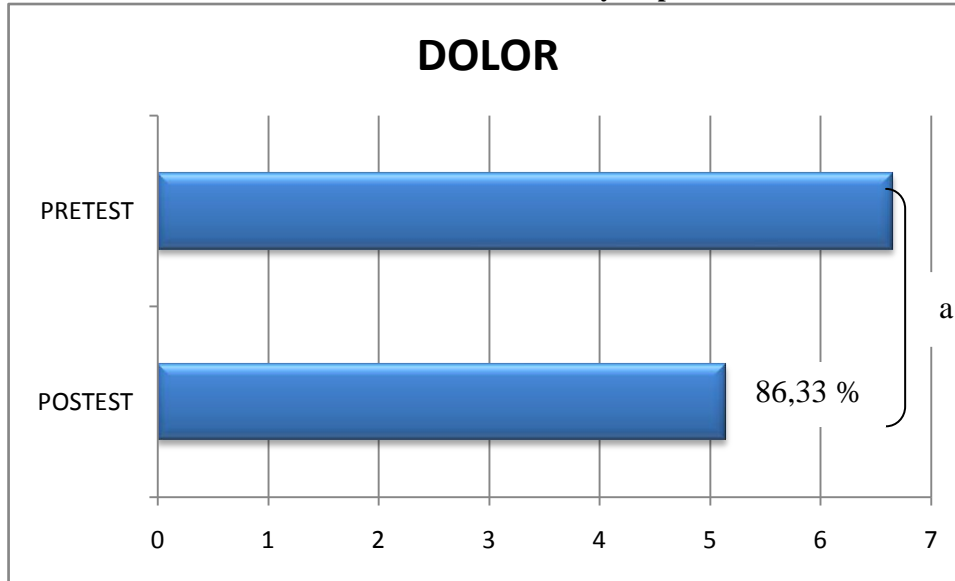
n MALESTAR EMOCIONAL postest > MALESTAR EMOCIONAL pretest

o MALESTAR EMOCIONAL postest = MALESTAR EMOCIONAL pretest

p CALIDAD DE VIDA GENERAL postest < CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

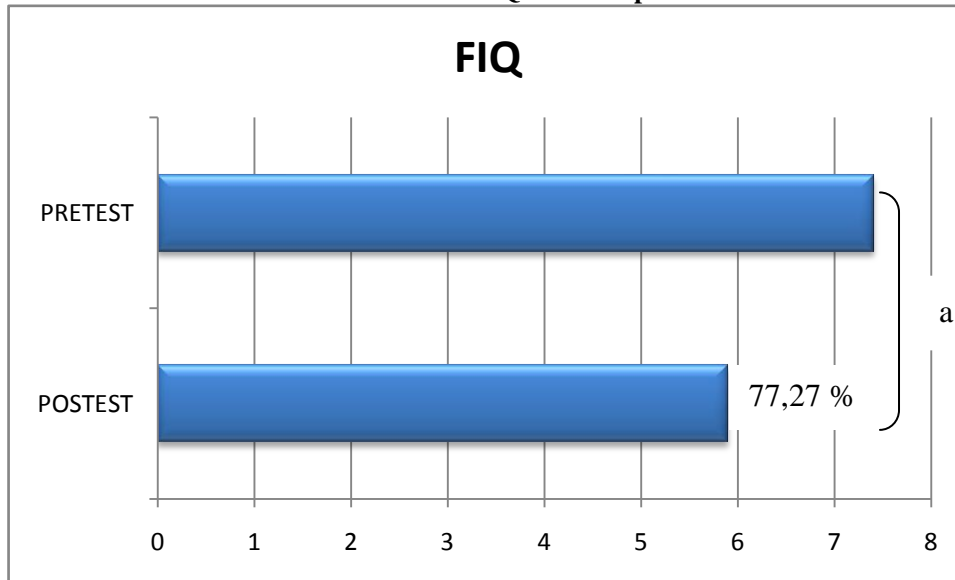
q CALIDAD DE VIDA GENERAL postest > CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

r CALIDAD DE VIDA GENERAL postest = CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

**Ilustración 15. Intensidad el dolor antes y después de la TCC**

a: Diferencia significativa ( $p = 0,001$ ) intragrupo después de la intervención.

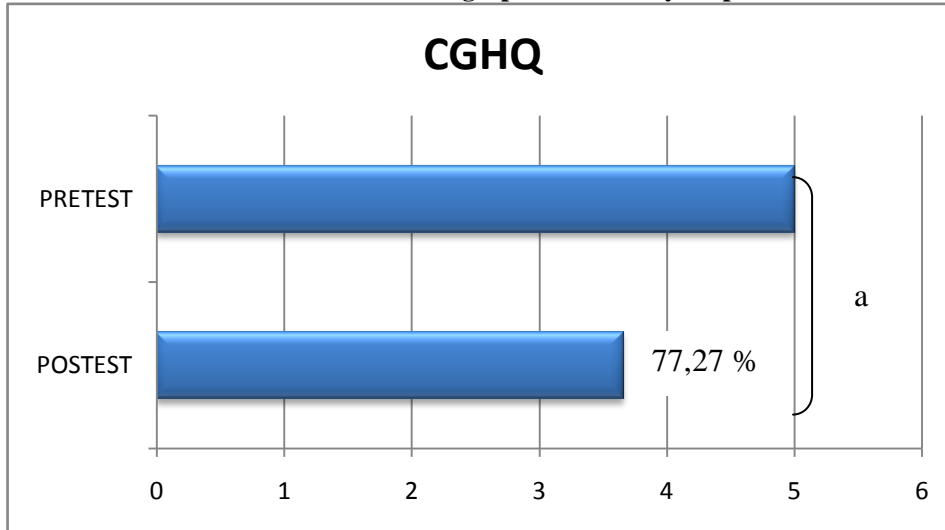
En la ilustración 15, podemos observar que la proporción de pacientes que presentaron un alivio en la suma de la intensidad de dolor percibido (EVA) en la línea basal ( $6,66 \pm 1,470$ ), y después del tratamiento ( $5,14 \pm 1,654$ ), fue del 86,33 %.

**Ilustración 16. Puntuación FIQ antes-después de la TCC**

a: Diferencia significativa ( $p = 0,002$ ) intragrupo después de la intervención.

En la ilustración 16, podemos observar que el porcentaje de pacientes que presentaron un alivio en impacto de la enfermedad (FIQ) en la línea basal ( $7,41 \pm 1,342$ ), y después del tratamiento ( $5,9 \pm 1,689$ ), fue del 77,27 %.

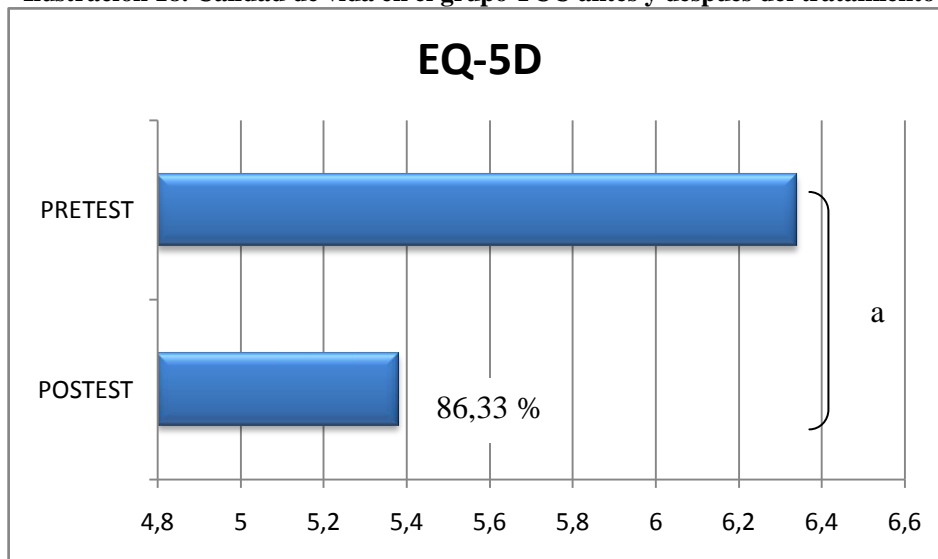
**Ilustración 17. Malestar emocional en el grupo TCC antes y después del Tratamiento**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,004$ ) intragrupo después de la intervención.

En la ilustración 17, podemos observar que el porcentaje de pacientes que presentaron un alivio en malestar emocional (puntuación CGHQ) en la línea basal ( $5 \pm 1,588$ ), y después del tratamiento ( $3,66 \pm 1,614$ ), fue del 86,33 %.

**Ilustración 18. Calidad de vida en el grupo TCC antes y después del tratamiento**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,001$ ) intragrupo después de la intervención.

En la ilustración 18, podemos observar que el porcentaje de pacientes que presentaron una mejoría de su calidad de vida (EQ-5D) en la línea basal ( $6,34 \pm 0,887$ ), y después del tratamiento ( $5,38 \pm 0,871$ ), fue del 86,33 %.



### 8.1.2.- Cambios en las variables dependientes (pretest/posttest) en el grupo de Gestión Personal.

De igual modo que en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual, las variables dependientes fueron analizadas a un nivel global.

En la Tabla 26, aparecen los cambios significativos ( $p. < 0,05$ ), observados en trastornos específicos, de la medida *pretest* respecto a la medida *posttest* en el grupo de Gestión Personal. Asimismo se refleja el estadístico de contraste y su probabilidad asociada.

**Tabla 26. Sintomatología global pretest/posttest en el grupo de GP**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<b>NPD (posttest-pretest)</b>	Rangos negativos	9(a)	6,83	61,50	-1,124(a)	,261
	Rangos positivos	4(b)	7,38	29,50		
	Empates	7(c)				
	Total	20				
<b>TPD (posttest-pretest)</b>	Rangos negativos	12(d)	8,79	105,50	-,019(a)	,985
	Rangos positivos	8(e)	13,06	104,50		
	Empates	0(f)				
	Total	20				
<b>INTENSIDAD DOLOR (posttest-pretest)</b>	Rangos negativos	13(g)	10,31	134,00	-1,570(a)	,116
	Rangos positivos	6(h)	9,33	56,00		
	Empates	1(i)				
	Total	20				
<b>FIQ (posttest-pretest)</b>	Rangos negativos	14(j)	9,36	131,00	-3,274(a)	<b>,001</b>
	Rangos positivos	2(k)	2,50	5,00		
	Empates	4(l)				
	Total	20				
<b>MALESTAR EMOCIONAL (posttest-pretest)</b>	Rangos negativos	11(m)	11,59	127,50	-1,832(a)	,067
	Rangos positivos	7(n)	6,21	43,50		
	Empates	2(o)				
	Total	20				
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (posttest-pretest)</b>	Rangos negativos	15(p)	10,23	153,50	-2,355(a)	<b>,019</b>
	Rangos positivos	4(q)	9,13	36,50		
	Empates	1(r)				
	Total	20				

a NPD posttest < NPD pretest

b NPD posttest > NPD pretest

c NPD posttest = NPD pretest

d TPD posttest < TPD pretest

e TPD posttest > TPD pretest

f TPD posttest = TPD pretest

g INTENSIDAD DOLOR posttest < INTENSIDAD DOLOR pretest

h INTENSIDAD DOLOR posttest > INTENSIDAD DOLOR pretest

i INTENSIDAD DOLOR posttest = INTENSIDAD DOLOR pretest

j FIQ posttest < FIQ pretest

k FIQ posttest > FIQ pretest

l FIQ posttest = FIQ pretest

m MALESTAR EMOCIONAL posttest < MALESTAR EMOCIONAL pretest

n MALESTAR EMOCIONAL posttest > MALESTAR EMOCIONAL pretest

o MALESTAR EMOCIONAL posttest = MALESTAR EMOCIONAL pretest

p CALIDAD DE VIDA GENERAL posttest < CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

q CALIDAD DE VIDA GENERAL posttest > CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

r CALIDAD DE VIDA GENERAL posttest = CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

Como podemos observar sólo se producen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), disminuyendo las puntuaciones en el nivel *postest* respecto al *pretest* tanto en la **calidad de vida general** ( $Z = -2,355$ ;  $p = 0,019$ ) y en **impacto de la fibromialgia** ( $Z = 4,007$ ;  $p = 0,001$ ), aunque sí descensos en toda la sintomatología global, respecto a la puntuación *pretest*. Al finalizar el tratamiento hubo cuatro abandonos en este grupo.

El porcentaje de pacientes que presentó menor número de los puntos dolorosos (NPD) en la medida *pretest* ( $15,83 \pm 2,899$ ), y después del tratamiento ( $15 \pm 3,893$ ), fue del 45 %.

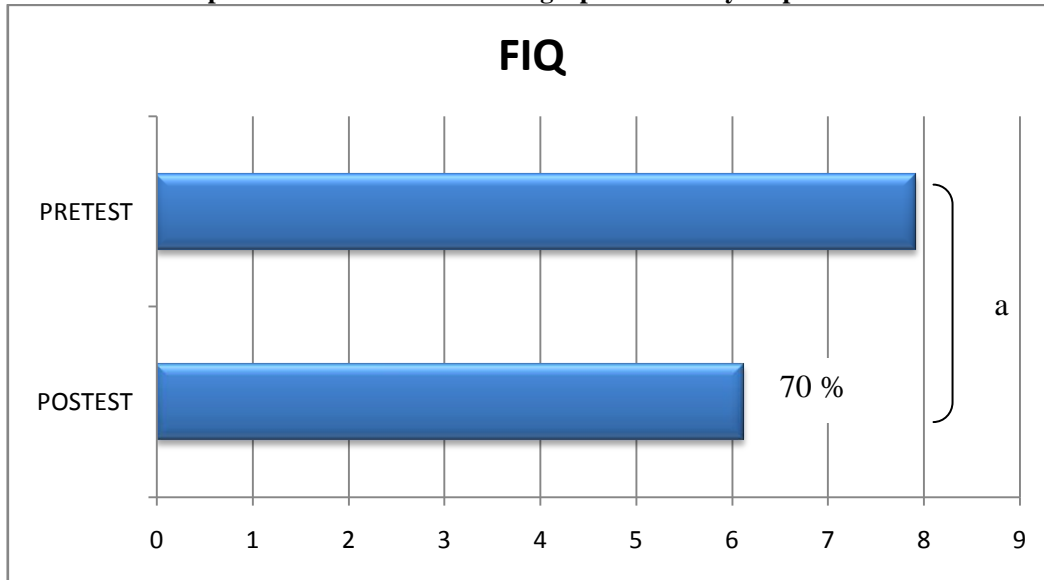
El porcentaje de pacientes que presentó un alivio en la suma de la intensidad de dolor de los puntos dolorosos (TPS) en la medida *pretest* ( $33 \pm 9,864$ ), y después del tratamiento ( $33,7 \pm 14,474$ ), fue del 60 %.

El porcentaje de pacientes que presentó un alivio en la suma de la intensidad de dolor percibido (EVA) en la medida *pretest* ( $6,75 \pm 1,830$ ), y después del tratamiento ( $6,26 \pm 1,942$ ), fue del 60 %.

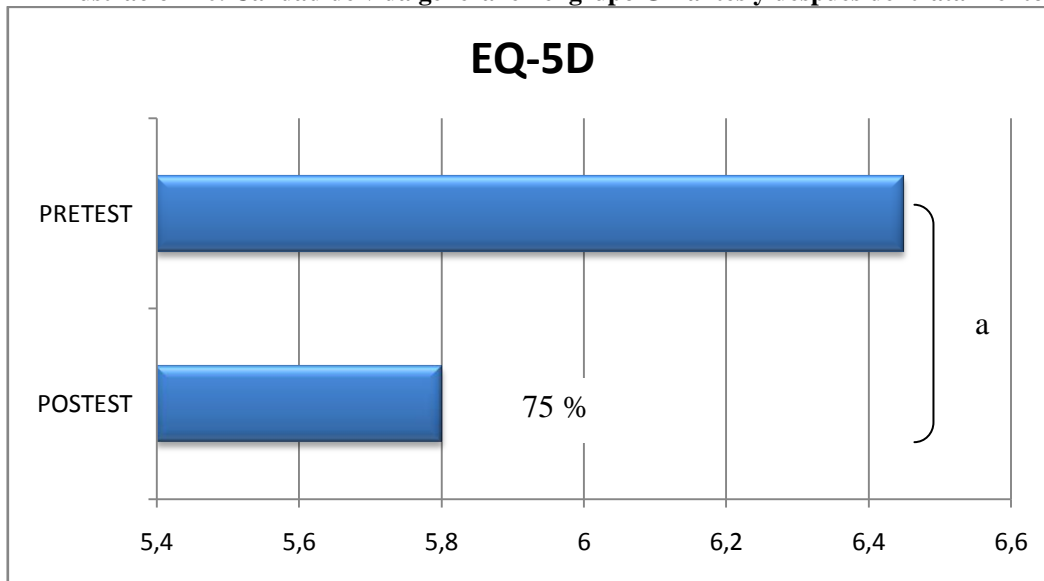
El porcentaje de pacientes que presentó un alivio en malestar emocional (puntuación CGHQ) en la medida *pretest* ( $4,97 \pm 1,342$ ), y después del tratamiento ( $3,84 \pm 1,761$ ), fue del 55 %.

En la ilustraciones 19 a 20 se aprecia mejor esta diferencia para las variables que han resultado significativas.

En la ilustración 19, podemos observar que el porcentaje de pacientes que presentó un alivio en impacto de la enfermedad (FIQ) en la medida *pretest* ( $7,92 \pm 0,992$ ), y después del tratamiento ( $6,12 \pm 2,05$ ), fue del 70 %.

**Ilustración 19. Impacto de la enfermedad en el grupo GP antes y después del tratamiento**

a: Diferencia significativa ( $p = 0,001$ ) intragrupo después de la intervención.

**Ilustración 20. Calidad de vida general en el grupo GP antes y después del tratamiento**

a: Diferencia significativa ( $p = 0,019$ ) intragrupo después de la intervención.

En la ilustración 20, podemos observar que el porcentaje de pacientes que presentaron una mejoría de su calidad de vida (EQ-5D) en la medida pretest ( $6,45 \pm 0,631$ ), y después del tratamiento ( $5,80 \pm 0,941$ ), fue del 75 %.

### 8.1.3.- Cambios en las variables dependientes (pretest/postest) en el grupo de Control.

Con el mismo proceder que el grupo de Terapia Cognitivo Conductual y Grupo de Gestión Personal, para analizar los cambios antes y después de la intervención empleamos la prueba no paramétrica Wilcoxon para muestras relacionadas.

En la tabla 27 aparecen los cambios significativos observados en la sintomatología global. Aparecen reflejados los rangos de las diferencias positivas y por otro lado el de las negativas para probar si son distintas.

**Tabla 27. Sintomatología global pretest/postest en el grupo de Control**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<b>NPD (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	11(a)	9,09	100,00	-1,128(a)	,260
	Rangos positivos	6(b)	8,83	53,00		
	Empates	7(c)				
	Total	24				
<b>TPD (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	12(d)	10,71	128,50	-,453(a)	,651
	Rangos positivos	9(e)	11,39	102,50		
	Empates	3(f)				
	Total	24				
<b>INTENSIDAD DOLOR (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	8(g)	10,63	85,00	-,403(b)	,687
	Rangos positivos	11(h)	9,55	105,00		
	Empates	5(i)				
	Total	24				
<b>FIQ (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	6(j)	9,00	54,00	<b>-2,141(b)</b>	<b>,032</b>
	Rangos positivos	15(k)	11,80	177,00		
	Empates	3(l)				
	Total	24				
<b>MALESTAR EMOCIONAL (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	8(m)	8,75	70,00	-1,310(b)	,190
	Rangos positivos	12(n)	11,67	140,00		
	Empates	4(o)				
	Total	24				
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (postest-pretest)</b>	Rangos negativos	10(p)	12,65	126,50	-,350(b)	,726
	Rangos positivos	13(q)	11,50	149,50		
	Empates	1(r)				
	Total	24				

a NPD postest < NPD pretest

b NPD postest > NPD pretest

c NPD postest = NPD pretest

d TPD postest < TPD pretest

e TPD postest > TPD pretest

f TPD postest = TPD pretest

g INTENSIDAD DOLOR postest < INTENSIDAD DOLOR pretest

h INTENSIDAD DOLOR postest > INTENSIDAD DOLOR pretest

i INTENSIDAD DOLOR postest= INTENSIDAD DOLOR pretest

j FIQ postest < FIQ pretest

k FIQ postest > FIQ pretest

l FIQ postest = FIQ pretest

m MALESTAR EMOCIONAL postest < MALESTAR EMOCIONAL pretest

n MALESTAR EMOCIONAL postest > MALESTAR EMOCIONAL pretest

o MALESTAR EMOCIONAL postest = MALESTAR EMOCIONAL pretest

p CALIDAD DE VIDA GENERAL postest < CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

q CALIDAD DE VIDA GENERAL postest > CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

r CALIDAD DE VIDA GENERAL postest = CALIDAD DE VIDA GENERAL pretest

De igual modo se refleja el valor de  $Z$  y la probabilidad estadística asociada. Como podemos observar sólo se producen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), aumentando el nivel *postest* respecto al *pretest*, en **el impacto de la fibromialgia** ( $Z = - 2,141$ ;  $p = 0,032$ ). Si observamos los rangos medios, son mayores en la medida *postest*, excepto para el número de puntos dolorosos y la suma de la intensidad de dolor de los puntos dolorosos.

Se detectó un porcentaje de pacientes que presentó menor número de los puntos dolorosos (NPD) en la medida *pretest* ( $15,21 \pm 2,978$ ), y después del tratamiento ( $14,63 \pm 3,876$ ), fue del 45,8 %, que no obtuvo una significación estadística.

El porcentaje de pacientes que presentó un alivio en la suma de la intensidad de dolor de los puntos dolorosos (TPS) en la medida *pretest* ( $32,58 \pm 12,765$ ), y después del tratamiento ( $31,63 \pm 11,305$ ), fue del 50 %, que no obtuvo una significación estadística.

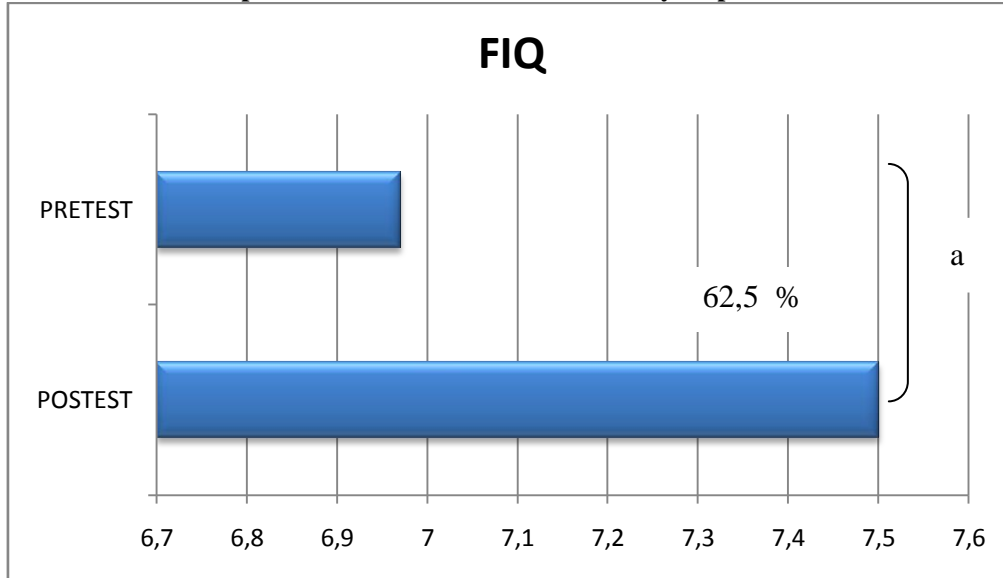
El porcentaje de pacientes que presentó un empeoramiento en la intensidad de dolor percibido (EVA) en la medida *pretest* ( $6,65 \pm 1,745$ ), y después del tratamiento ( $6,90 \pm 1,813$ ), fue del 45,83 %, que no obtuvo una significación estadística.

El porcentaje de pacientes que presentó un empeoramiento en malestar emocional (CGHQ) en la medida *pretest* ( $4,55 \pm 1,576$ ), y después del tratamiento ( $4,94 \pm 1,069$ ), fue del 50 %, que no obtuvo una significación estadística.

El porcentaje de pacientes que presentó un empeoramiento de su calidad de vida (EQ-5D) en la medida *pretest* ( $6,23 \pm 1,036$ ), y después del tratamiento ( $6,27 \pm 0,89$ ), fue del 54 %, que no obtuvo una significación estadística.

En la ilustración 21, se aprecia mejor esta diferencia para la variable que ha resultado significativa. Podemos observar que el porcentaje de pacientes que presentó un empeoramiento en el impacto de la enfermedad (FIQ) en la medida *pretest* ( $6,97 \pm 1,620$ ), respecto a la medida *postest* ( $7,50 \pm 1,034$ ), fue del 62,5 %.

**Ilustración 21. Impacto de la enfermedad en GC antes y después de la intervención**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,032$ ) intragrupo después de la intervención.

#### 8.1.4.- Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo TCC

Una vez analizados los efectos directos del programa (*medida post*), procedimos a examinar los efectos un vez concluido el periodo de seguimiento. Conviene recordar que en el periodo de seguimiento los sujetos participantes en el programa debían generalizar las técnicas aprendidas durante el mismo. No obstante, contrariamente a lo que venía ocurriendo durante la ejecución del programa, esta generalización va a realizarse sin ninguna tutorización. En este sentido, ciertas variables como el grado de ejecución durante este periodo o el grado de creencia en los efectos de las técnicas aprendidas son aspectos fundamentales a tener en cuenta.

Como en el apartado anterior, estos análisis se realizaron para cada uno de las medidas de resultado principales y secundarias. Analizando las posibles variaciones en los diferentes síntomas entre la medida de *seguimiento* de la visita tercera (v3) y la medida *post*, no encontramos diferencias significativas en la intensidad de puntos dolorosos, la intensidad percibida de dolor y el malestar emocional, aunque se observa un ligero aumento de las puntuaciones medias tomadas al finalizar el programa. Se encontraron diferencias significativas, es decir un incremento significativo respecto a la medida postest, en **número de puntos dolorosos** ( $Z = -2,176$ ;  $p = 0,030$ ), **impacto de la enfermedad** ( $Z = -2,134$ ;  $p = 0,033$ ) y **calidad de vida general** ( $Z = -2,557$ ;  $p = 0,011$ ).

En la tabla 28 y 29 se especifican el valor de Z y la probabilidad asociada para el análisis de los niveles de sintomatología asociada en la visita tercera y cuarta (v4) respectivamente en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual.

**Tabla 28. Prueba de los rangos entre la visita 3 (v3) y la medida postest en TCC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD (v3 – postest)	Rangos negativos	9(a)	7,39	66,50	<b>-2,176(a)</b>	<b>,030</b>
	Rangos positivos	3(b)	3,83	11,50		
	Empates	10(c)				
	Total	22				
TPD (v3 – postest)	Rangos negativos	12(d)	10,04	120,50	-,580(a)	,562
	Rangos positivos	8(e)	11,19	89,50		
	Empates	2(f)				
	Total	22				
INTENSIDAD DOLOR (v3 – postest)	Rangos negativos	7(g)	7,93	55,50	-1,591(b)	,112
	Rangos positivos	12(h)	11,21	134,50		
	Empates	3(i)				
	Total	22				
MALESTAR EMOCIONAL (v3 – postest)	Rangos negativos	4(j)	6,75	27,00	-1,704(b)	,088
	Rangos positivos	14(k)	10,29	144,00		
	Empates	4(l)				
	Total	22				
FIQ (v3 – postest)	Rangos negativos	8(m)	9,25	74,00	<b>-2,134(b)</b>	<b>,033</b>
	Rangos positivos	14(n)	12,79	179,00		
	Empates	0(o)				
	Total	22				
CALIDAD DE VIDA GENERAL (v3 – postest)	Rangos negativos	3(p)	14,00	42,00	<b>-2,557(b)</b>	<b>,011</b>
	Rangos positivos	16(q)	9,25	148,00		
	Empates	3(r)				
	Total	22				

a NPD-v3 < NPD-postest

b NPD-v3 > NPD-postest

c NPD-v3 = NPD-postest

d TPD-v3 < TPD-postest

e TPD-v3 > TPD-postest

f TPD-v3 = TPD-postest

g INTENSIDAD DOLOR-v3 < INTENSIDAD DOLOR\_postest

h INTENSIDAD DOLOR-v3 > INTENSIDAD DOLOR\_postest

i INTENSIDAD DOLOR-v3 = INTENSIDAD DOLOR\_postest

j MALESTAR EMOCIONAL-v3 < MALESTAR EMOCIONAL-postest

k MALESTAR EMOCIONAL-v3 > MALESTAR EMOCIONAL-postest

l MALESTAR EMOCIONAL-v3 = MALESTAR EMOCIONAL-postest

m PUNTUACION TOTAL FIQ-v3 < PUNTUACION TOTAL FIQ-postest

n PUNTUACION TOTAL FIQ-v3 > PUNTUACION TOTAL FIQ-postest

o PUNTUACION TOTAL FIQ-v3 = PUNTUACION TOTAL FIQ-postest

p CALIDAD DE VIDA GENERAL-v3 < CALIDAD DE VIDA GENERAL postest

q CALIDAD DE VIDA GENERAL-v3 > CALIDAD DE VIDA GENERAL postest

r CALIDAD DE VIDA GENERAL-v3 = CALIDAD DE VIDA GENERAL postest

**Tabla 29. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita 4ª (v4) y postest en TCC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD (v4 – postest)	Rangos negativos	4(a)	7,50	30,00	-,257(a)	,797
	Rangos positivos	6(b)	4,17	25,00		
	Empates	8(c)				
	Total	18				
TPD (v4 – postest)	Rangos negativos	11(d)	9,32	102,50	-,741(a)	,459
	Rangos positivos	7(e)	9,79	68,50		
	Empates	0(f)				
	Total	18				
INTENSIDAD DOLOR (v4 – postest)	Rangos negativos	2(g)	9,50	19,00	<b>-2,723(b)</b>	<b>,006</b>
	Rangos positivos	15(h)	8,93	134,00		
	Empates	1(i)				
	Total	18				
MALESTAR EMOCIONAL (v4 – postest)	Rangos negativos	3(j)	8,50	25,50	<b>-1,964(b)</b>	<b>,050</b>
	Rangos positivos	12(k)	7,88	94,50		
	Empates	3(l)				
	Total	18				
FIQ (v4 – postest)	Rangos negativos	3(m)	9,67	29,00	<b>-2,461(b)</b>	<b>,014</b>
	Rangos positivos	15(n)	9,47	142,00		
	Empates	0(o)				
	Total	18				
CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 - postest	Rangos negativos	3(p)	5,00	15,00	<b>-2,913(b)</b>	<b>,004</b>
	Rangos positivos	14(q)	9,86	138,00		
	Empates	1(r)				
	Total	18				

a NPD v4 < NPD\_v2

b NPD v4 > NPD\_v2

c NPD v4 = NPD\_v2

d TPD v4 < TPD\_v2

e TPD v4 > TPD\_v2

f TPD v4 = TPD\_v2

g INTENSIDAD DOLOR v4 < INTENSIDAD DOLOR\_v2

h INTENSIDAD DOLOR v4 > INTENSIDAD DOLOR\_v2

i INTENSIDAD DOLOR4 = INTENSIDAD DOLOR\_v2

j MALESTAR EMOCIONAL-v4 < MALESTAR EMOCIONAL-v2

k MALESTAR EMOCIONAL-v4 > MALESTAR EMOCIONAL-v2

l MALESTAR EMOCIONAL-v4= MALESTAR EMOCIONAL-v2

m PUNTUACION TOTAL FIQ-v4 < PUNTUACION TOTAL FIQ-v2

n PUNTUACION TOTAL FIQ-v4 > PUNTUACION TOTAL FIQ-v2

o PUNTUACION TOTAL FIQ-v4 = PUNTUACION TOTAL FIQ-v2

p CALIDAD DE VIDA GENERAL-v4 < CALIDAD DE VIDA GENERAL-v2

q CALIDAD DE VIDA GENERAL-v4 > CALIDAD DE VIDA GENERAL-v2

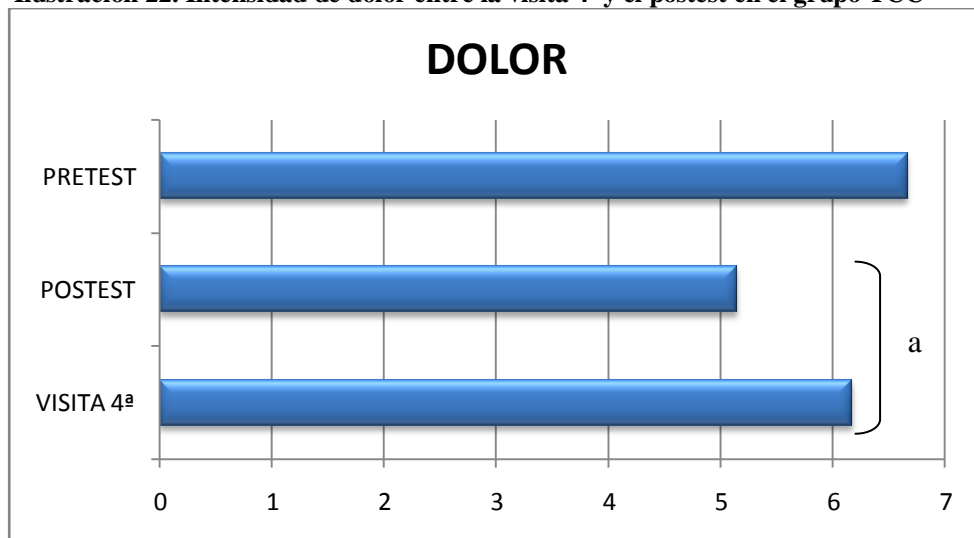
r CALIDAD DE VIDA GENERAL-v4 = CALIDAD DE VIDA GENERAL-v2



Comparando la sintomatología global entre las medidas *post y seguimiento* de la visita cuarta (y última) no observamos diferencias significativas en número de puntos dolorosos intensidad de puntos dolorosos, mientras que este grupo experimenta un incremento significativo en ***intensidad de dolor percibida*** ( $Z = -2,723$ ;  $p = 0,006$ ), ***distrés emocional*** ( $Z = -1,964$ ;  $p = 0,050$ ), ***impacto de la enfermedad*** ( $Z = -2,461$ ;  $p = 0,014$ ) y ***calidad de vida general*** ( $Z = -2,913$ ;  $p = 0,004$ ).

En la ilustraciones 22 a 25 se aprecia mejor esta diferencia para las variables que se han incrementado de forma estadísticamente significativa hasta el final del estudio para este grupo.

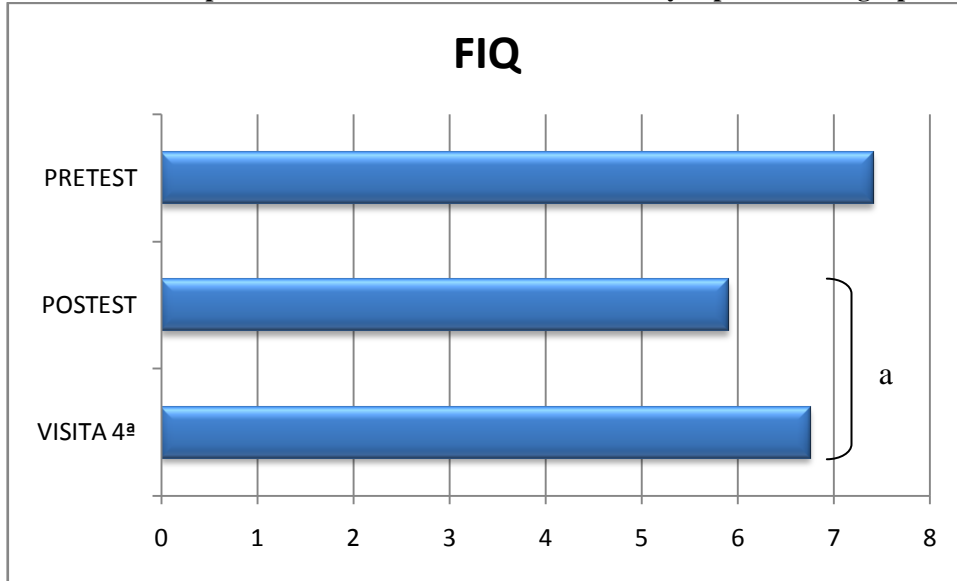
**Ilustración 22. Intensidad de dolor entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,006$ ) intragrupo después del postest.

La puntuación en la intensidad de dolor ha variado de  $5,14 \pm 1,654$  a  $6,17 \pm 2,210$ , en una escala de 0 a 10. La puntuación en el pretest fue de  $6,66 \pm 1,470$ .

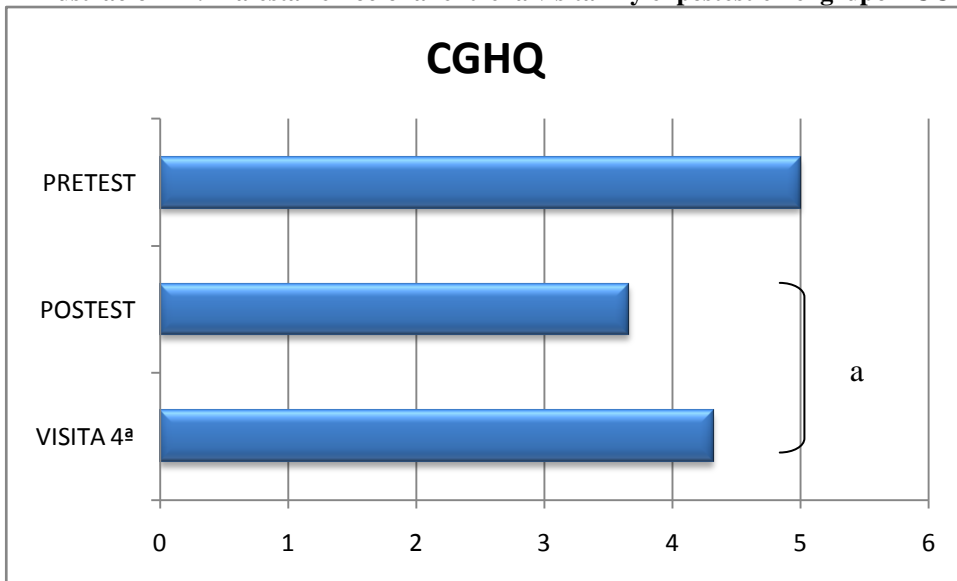
**Ilustración 23. Impacto de la enfermedad entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,05$ ) intragrupo después del postest.

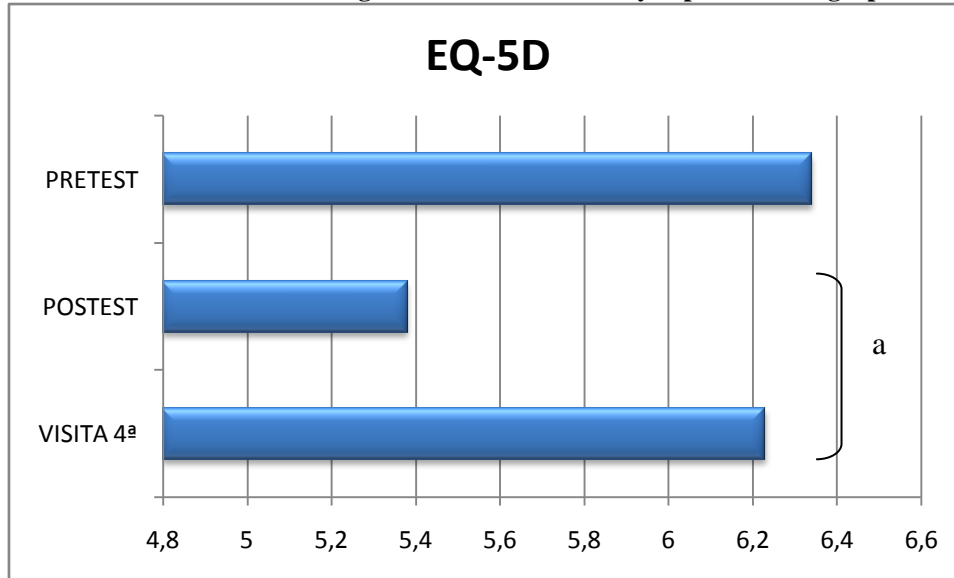
La puntuación en el impacto de la enfermedad ha variado de  $5,90 \pm 1,689$  a  $6,75 \pm 2,169$ , en una un escala de 0 – 10. La puntuación en el pretest fue de  $7,41 \pm 1,342$ .

**Ilustración 24. Malestar emocional entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,014$ ) intragrupo después del postest.

La puntuación en el cuestionario de Goldberg ha variado de  $3,66 \pm 1,614$  a  $4,32 \pm 1,821$ , en una un escala de 0 – 10. La puntuación en el pretest fue de  $5,00 \pm 1,588$ .

**Ilustración 25. Calidad de vida general entre la visita 4ª y el postest en el grupo TCC**

a: Diferencia significativa ( $p = 0,004$ ) intragrupo después del postest.

La puntuación en el cuestionario calidad de vida relacionada con la salud ha variado de  $5,38 \pm ,871$  a  $6,23 \pm 1,021$ , en una un escala de 0 – 10. La puntuación en el pretest fue de  $6,34 \pm ,887$ .

### 8.1.5.- Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo de GP

En la tabla 30, figuran los rangos medios de la medida *post* (v2) y *seguimiento* de la visita tercera (v3) en el grupo de Gestión Personal, así como el valor de Z y su probabilidad asociada, tres síntomas globales sufrieron variaciones en el grupo de Gestión Personal en su medida de seguimiento en la visita tercera, respecto a su medida *post*.

Como podemos observar en la tabla 30, no encontramos diferencias significativas en la puntuación post respecto a la visita de seguimiento tercera, en número de puntos dolorosos, intensidad de puntos dolorosos e intensidad percibida, aunque se observa un aumento de las puntuaciones. Se encontró que este grupo experimenta un incremento significativo en **malestar emocional** ( $Z = -2,300$ ;  $p = .021$ ), **impacto de la enfermedad** ( $Z = -2,455$ ;  $p = 0,014$ ) y **calidad de vida general** ( $Z = -2,015$ ;  $p = 0,044$ ).

**Tabla 30. Prueba de Wilcoxon en la visita posttest (v2) y la tercera visita (v3) en el Grupo GP.**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD v3 – NPD v2	Rangos negativos	4(a)	8,13	32,50	-,515(b)	,607
	Rangos positivos	8(b)	5,69	45,50		
	Empates	7(c)				
	Total	19				
TPD v3 – TPD v2	Rangos negativos	12(d)	9,08	109,00	-1,541(a)	,123
	Rangos positivos	5(e)	8,80	44,00		
	Empates	2(f)				
	Total	19				
INTENSIDAD DOLOR v3 - INTENSIDAD DOLOR v2	Rangos negativos	6(g)	9,25	55,50	-,647(b)	,518
	Rangos positivos	10(h)	8,05	80,50		
	Empates	3(i)				
	Total	19				
MALESTAR EMOCIONAL v3 - MALESTAR EMOCIONAL v2	Rangos negativos	4(j)	4,00	16,00	-2,300(b)	,021
	Rangos positivos	10(k)	8,90	89,00		
	Empates	5(l)				
	Total	19				
FIQ v3 – FIQ v2	Rangos negativos	5(m)	6,80	34,00	-2,455(b)	,014
	Rangos positivos	14(n)	11,14	156,00		
	Empates	0(o)				
	Total	19				
CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 - CALIDAD DE VIDA GENERAL v2	Rangos negativos	5(p)	9,00	45,00	-2,015(b)	,044
	Rangos positivos	14(q)	10,36	145,00		
	Empates	0(r)				
	Total	19				

a NPD\_v3 &lt; NPD\_v2

b NPD\_v3 &gt; NPD\_v2

c NPD\_v3 = NPD\_v2

d TPD-v3 &lt; TPD\_v2

e TPD-v3 &gt; TPD\_v2

f TPD-v3 = TPD\_v2

g INTENSIDAD DOLOR\_v3 &lt; INTENSIDAD DOLOR\_v2

h INTENSIDAD DOLOR\_v3 &gt; INTENSIDAD DOLOR\_v2

i INTENSIDAD DOLOR\_v3 = INTENSIDAD DOLOR\_v2

j MALESTAR EMOCIONAL-v3 &lt; MALESTAR EMOCIONAL-v2

k MALESTAR EMOCIONAL-v3 &gt; MALESTAR EMOCIONAL-v2

l MALESTAR EMOCIONAL-v3 = MALESTAR EMOCIONAL-v2

m PUNTUACION TOTAL FIQ v3 &lt; PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

n PUNTUACION TOTAL FIQ v3 &gt; PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

o PUNTUACION TOTAL FIQ v3 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 &lt; CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 &gt; CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

De igual modo que en el análisis de la medida *post* (v2) y el seguimiento de la visita tercera, procedimos con las medidas de seguimiento de la visita cuarta (v4). Como podemos observar en la tabla31, no encontramos diferencias significativas en la

puntuación *post* respecto a la de la visita de seguimiento cuarta, aunque se observa un aumento de las puntuaciones.

**Tabla 31. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita 4ª (v4) y postest (v2) en GP**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<b>NPD v4 -v2</b>	Rangos negativos	5(a)	6,60	33,00	-,565(a)	,572
	Rangos positivos	5(b)	4,40	22,00		
	Empates	9(c)				
	Total	19				
<b>TPD v4 -v2</b>	Rangos negativos	12(d)	9,08	109,00	-1,541(a)	,123
	Rangos positivos	5(e)	8,80	44,00		
	Empates	2(f)				
	Total	19				
<b>INTENSIDAD DOLOR v4 -v2</b>	Rangos negativos	11(g)	8,59	94,50	-,020(b)	,984
	Rangos positivos	8(h)	11,94	95,50		
	Empates	0(i)				
	Total	19				
<b>MALESTAR EMOCIONAL v4 -v2</b>	Rangos negativos	9(j)	6,28	56,50	-1,564(b)	,118
	Rangos positivos	10(k)	13,35	133,50		
	Empates	0(l)				
	Total	19				
<b>FIQ v4 -v2</b>	Rangos negativos	7(m)	7,50	52,50	-1,710(b)	,087
	Rangos positivos	12(n)	11,46	137,50		
	Empates	0(o)				
	Total	19				
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 -v2</b>	Rangos negativos	5(p)	8,00	40,00	-1,448(b)	,148
	Rangos positivos	11(q)	8,73	96,00		
	Empates	3(r)				
	Total	19				

a NPD4 < NPD\_v2

b NPD4 > NPD\_v2

c NPD4 = NPD\_v2

d TPD4 < TPD\_v2

e TPD4 > TPD\_v2

f TPD4 = TPD\_v2

g INTENSIDAD DOLOR4 < INTENSIDAD DOLOR\_v2

h INTENSIDAD DOLOR4 > INTENSIDAD DOLOR\_v2

i INTENSIDAD DOLOR4 = INTENSIDAD DOLOR\_v2

j MALESTAR EMOCIONAL v4 < MALESTAR EMOCIONAL v2

k MALESTAR EMOCIONAL v4 > MALESTAR EMOCIONAL v2

l MALESTAR EMOCIONAL v4 = MALESTAR EMOCIONAL v2

m PUNTUACION TOTAL FIQ v4 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

n PUNTUACION TOTAL FIQ v4 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

o PUNTUACION TOTAL FIQ v4 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

### 8.1.6.- Cambios en sintomatología (post/seguimiento) en el Grupo Control

En la tabla 32 se observan los rangos medios de la medida postest (v2) y seguimiento de la visita tercera (v3) en el grupo de Control, así como el valor de Z y su probabilidad asociada. Como podemos observar en la tabla, no encontramos diferencias significativas

en la puntuación post respecto a la de la visita de seguimiento tercera en ninguna de las variables.

**Tabla 32. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita postest y tercera visita en GC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD_v3 - NPD_v2	Rangos negativos	9(a)	9,61	86,50	-,477(a)	,633
	Rangos positivos	8(b)	8,31	66,50		
	Empates	5(c)				
	Total	22				
TPD_v3 - TPD_v2	Rangos negativos	8(d)	10,50	84,00	-,443(b)	,658
	Rangos positivos	11(e)	9,64	106,00		
	Empates	3(f)				
	Total	22				
INTENSIDAD DOLOR_v3 - INTENSIDAD DOLOR_v2	Rangos negativos	11(g)	11,00	121,00	-1,047(a)	,295
	Rangos positivos	8(h)	8,63	69,00		
	Empates	3(i)				
	Total	22				
MALESTAR EMOCIONAL_v3 - MALESTAR EMOCIONAL_v2	Rangos negativos	9(j)	10,00	90,00	-,562(b)	,574
	Rangos positivos	11(k)	10,91	120,00		
	Empates	2(l)				
	Total	22				
FIQ_v3 - TOTAL FIQ_v2	Rangos negativos	12(m)	12,42	149,00	-,730(a)	,465
	Rangos positivos	10(n)	10,40	104,00		
	Empates	0(o)				
	Total	22				
CALIDAD DE VIDA GENERAL_v3 - CALIDAD DE VIDA GENERAL_v2	Rangos negativos	12(p)	9,21	110,50	-,520(b)	,603
	Rangos positivos	10(q)	14,25	142,50		
	Empates	0(r)				
	Total	22				

a NPD v3 < NPD\_v2

b NPD v3 > NPD\_v2

c NPD v3 = NPD\_v2

d TPD v3 < TPD\_v2

e TPD v3 > TPD\_v2

f TPD v3 = TPD\_v2

g INTENSIDAD DOLOR v3 < VALOR. INTENSIDAD DOLOR\_v2

h INTENSIDAD DOLOR v3 > VALOR. INTENSIDAD DOLOR\_v2

i INTENSIDAD DOLOR v3 = INTENSIDAD DOLOR\_v2

j MALESTAR EMOCIONAL v3 < MALESTAR EMOCIONAL v2

k MALESTAR EMOCIONAL v3 > MALESTAR EMOCIONAL v2

l MALESTAR EMOCIONAL v3 = MALESTAR EMOCIONAL v2

m PUNTUACION TOTAL FIQ v3 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

n PUNTUACION TOTAL FIQ v3 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

o PUNTUACION TOTAL FIQ v3 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

En la tabla 33 se observan los rangos medios de la medida post y seguimiento de la visita cuarta (v4) en el grupo de Control, así como el valor de Z y su probabilidad asociada.

**Tabla 33. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita 4ª (v4) y posttest (v2) en GC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD v4 - NPD_v2	Rangos negativos	2(a)	10,00	20,00	-	,040
	Rangos positivos	12(b)	7,08	85,00	2,051(b)	
	Empates	7(c)				
	Total	21				
TPD v4 - TPD_v2	Rangos negativos	5(d)	5,80	29,00	-	,005
	Rangos positivos	15(e)	12,07	181,00	2,839(b)	
	Empates	1(f)				
	Total	21				
INTENSIDAD DOLOR v4 - VALOR. INTENSIDAD DOLOR_v2	Rangos negativos	10(g)	10,70	107,00	-,075(a)	,940
	Rangos positivos	10(h)	10,30	103,00		
	Empates	1(i)				
	Total	21				
MALESTAR EMOCIONAL_v4 – MALESTAR EMOCIONAL_v2	Rangos negativos	6(j)	8,08	48,50	-	,105
	Rangos positivos	12(k)	10,21	122,50	1,619(b)	
	Empates	3(l)				
	Total	21				
PUNTUACION TOTAL FIQ v4 - PUNTUACION TOTAL FIQ_v2	Rangos negativos	11(m)	11,55	127,00	-,400(a)	,689
	Rangos positivos	10(n)	10,40	104,00		
	Empates	0(o)				
	Total	21				
CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 - CALIDAD DE VIDA GENERAL v2	Rangos negativos	7(p)	11,71	82,00	-	,244
	Rangos positivos	14(q)	10,64	149,00	1,165(b)	
	Empates	0(r)				
	Total	21				

a NPD v4 < NPD\_v2

b NPD v4 > NPD\_v2

c NPD v4 = NPD\_v2

d TPD v4 < TPD\_v2

e TPD v4 > TPD\_v2

f TPD v4 = TPD\_v2

g INTENSIDAD DOLOR v4 < INTENSIDAD DOLOR\_v2

h INTENSIDAD DOLOR v4 > INTENSIDAD DOLOR\_v2

i INTENSIDAD DOLOR4 = INTENSIDAD DOLOR\_v2

j MALESTAR EMOCIONAL\_v4 < MALESTAR EMOCIONAL v2

k MALESTAR EMOCIONAL\_v4 > MALESTAR EMOCIONAL v2

l MALESTAR EMOCIONAL\_v4 = MALESTAR EMOCIONAL v2

m PUNTUACION TOTAL FIQ v4 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

n PUNTUACION TOTAL FIQ v4 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

o PUNTUACION TOTAL FIQ v4 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v2

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

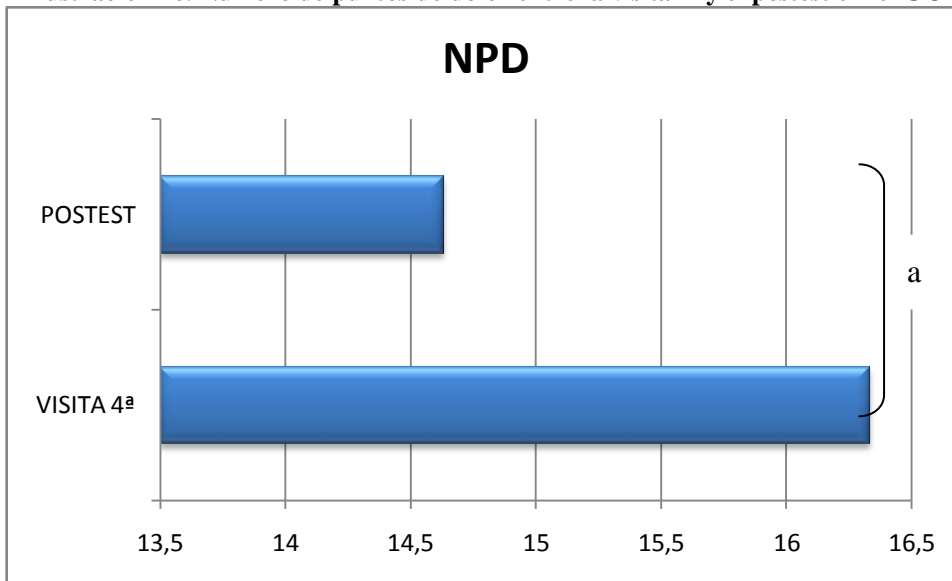
q CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v2

Como podemos observar en la tabla 33, no encontramos diferencias significativas en la puntuación *post* respecto a la de la visita de seguimiento cuarta, en malestar emocional, impacto de la enfermedad, intensidad percibida, y calidad de vida general aunque se observa un aumento de las puntuaciones. Se encontró que este grupo experimenta un incremento significativo en **número de puntos dolorosos** ( $Z = -2,051$ ;  $p = 0,040$ ) e **intensidad de dolor de puntos dolorosos** ( $Z = -2,839$ ;  $p = 0,005$ ), observándose una tendencia al incremento en todos los casos.

En la ilustraciones 26 a 27 se aprecia mejor esta diferencia para las variables que se han incrementado de forma estadísticamente significativa hasta el final del estudio para este grupo.

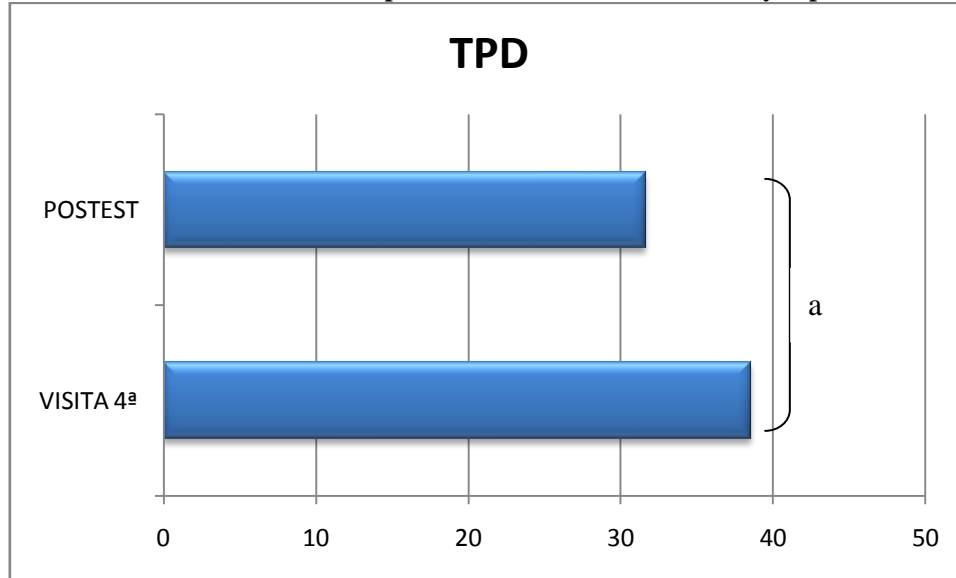
**Ilustración 26. Número de puntos de dolor entre la visita 4ª y el postest en el GC**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,040$ ) intragrupo después del postest.

El número de puntos dolorosos se incrementó de  $14,63 \pm 3,876$  a  $16,33 \pm 3,665$ , en una escala de 0 a 10. La puntuación en el pretest fue de  $15,21 \pm 2,978$ .



**Ilustración 27. Intensidad de dolor puntos sensibles entre la visita 4ª y el postest en el GC**

a: Diferencia significativa ( $p = 0,005$ ) intragrupo después del postest.

La intensidad de dolor en los puntos gatillo se incrementó de  $31,63 \pm 11,305$  a  $38,57 \pm 13,254$ , en una escala de 0 a 10. La puntuación en el pretest fue de  $32,58 \pm 12,765$ .

### 8.1.7.- Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de TCC.

Para analizar los cambios globales del programa (tras el periodo de seguimiento de tres y seis meses de duración respectivamente) en relación al momento inicial (*pre*), se procedió a un análisis comparativo de las medidas pre y seguimiento en cada uno de los síntomas globales, tanto para el grupo de Terapia Cognitivo Conductual, el de Gestión Personal, como el de Control.

En la tabla 34, aparecen para el grupo de Terapia Cognitiva, las diferencias significativas encontradas en síntomas globales entre la medida seguimiento de la visita tercera (v3) y la medida *pre* (v1). De igual modo se reflejan los rangos medios, el valor de Z y la probabilidad estadística asociada. Podemos observar que en todos los síntomas con diferencias significativas, las medidas de seguimiento de la visita tercera son menores que las medidas *pre*. Esto indica una evaluación favorable de la sintomatología en el grupo experimental. Para la mayoría de los síntomas a excepción de número de puntos dolorosos, las diferencias observadas son significativas con un nivel de  $p < 0,05$ .

Además mostramos los rangos medios en número de puntos dolorosos, sumatorio de la intensidad de los puntos dolorosos, intensidad de dolor percibida, malestar emocional, impacto de la enfermedad y calidad de vida general.

**Tabla 34. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y tercera (v3) en TCC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD_v3 - NPD_v1	Rangos negativos	11(a)	7,55	83,00	<b>-2,638(a)</b>	<b>,008</b>
	Rangos positivos	2(b)	4,00	8,00		
	Empates	9(c)				
	Total	22				
TPD-v3 - TPD_v1	Rangos negativos	12(d)	12,96	155,50	-1,392(a)	,164
	Rangos positivos	9(e)	8,39	75,50		
	Empates	1(f)				
	Total	22				
		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
INTENSIDAD DOLOR_v3 - INTENSIDAD DOLOR_v1	Rangos negativos	15(g)	13,17	197,50	<b>-2,308(a)</b>	<b>,021</b>
	Rangos positivos	7(h)	7,93	55,50		
	Empates	0(i)				
	Total	22				
MALESTAR EMOCIONAL_v3 - MALESTAR EMOCIONAL_v1	Rangos negativos	14(j)	9,43	132,00	<b>-2,029(a)</b>	<b>,042</b>
	Rangos positivos	4(k)	9,75	39,00		
	Empates	4(l)				
	Total	22				
PUNTUACION TOTAL FIQ_v3 - PUNTUACION TOTAL FIQ_v1	Rangos negativos	17(m)	11,41	194,00	<b>-2,191(a)</b>	<b>,028</b>
	Rangos positivos	5(n)	11,80	59,00		
	Empates	0(o)				
	Total	22				
CALIDAD DE VIDA GENERAL_v3 - CALIDAD DE VIDA GENERAL_v1	Rangos negativos	14(p)	12,39	173,50	<b>-2,016(a)</b>	<b>,044</b>
	Rangos positivos	7(q)	8,21	57,50		
	Empates	1(r)				
	Total	22				

a NPD\_v3 < NPD\_v1

b NPD\_v3 > NPD\_v1

c NPD\_v3 = NPD\_v1

d TPD-v3 < TPD\_v1

e TPD-v3 > TPD\_v1

f TPD-v3 = TPD\_v1

g INTENSIDAD DOLOR\_v3 < INTENSIDAD DOLOR\_v1

h INTENSIDAD DOLOR\_v3 > INTENSIDAD DOLOR\_v1

i INTENSIDAD DOLOR\_v3 = INTENSIDAD DOLOR\_v1

j MALESTAR EMOCIONAL\_v3 < MALESTAR EMOCIONAL\_v1

k MALESTAR EMOCIONAL\_v3 > MALESTAR EMOCIONAL\_v1

l MALESTAR EMOCIONAL\_v3 = MALESTAR EMOCIONAL\_v1

m PUNTUACION TOTAL FIQ v3 < PUNTUACION TOTAL FIQ v1

n PUNTUACION TOTAL FIQ v3 > PUNTUACION TOTAL FIQ v1

- o PUNTUACION TOTAL FIQ v3 = PUNTUACION TOTAL FIQ v1  
 p CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v1  
 q CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v1  
 r CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

Como podemos apreciar en los valores de  $p$ , de la tabla 34, existen diferencias significativas en la sintomatología de Terapia Cognitiva, entre la medida realizada antes de comenzar el programa y la realizada en el tercer mes de seguimiento.

De igual modo que en el análisis de la medida *pre* y el seguimiento de la visita tercera, procedimos con las medidas de seguimiento de la visita cuarta (v4) (tabla 35). Sin embargo, comparando la sintomatología global entre las medidas pre y seguimiento de la visita cuarta (y última) observamos sólo diferencias significativas en número de puntos dolorosos ( $Z = -2,176$ ;  $p = 0,030$ ).

**Tabla 35. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y cuarta (v4) en TCC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD v4 - NPD_v1	Rangos negativos	7(a)	4,79	33,50	<b>-2,176(a)</b>	<b>,030</b>
	Rangos positivos	1(b)	2,50	2,50		
	Empates	10(c)				
	Total	18				
TPD v4 - TPD_v1	Rangos negativos	12(d)	9,00	108,00	-1,493(a)	,135
	Rangos positivos	5(e)	9,00	45,00		
	Empates	1(f)				
	Total	18				
INTENSIDAD DOLOR v4 - INTENSIDAD DOLOR_v1	Rangos negativos	8(g)	8,63	69,00	-,052(a)	,959
	Rangos positivos	8(h)	8,38	67,00		
	Empates	2(i)				
	Total	18				
MALESTAR EMOCIONAL v4 - MALESTAR EMOCIONAL v1	Rangos negativos	12(j)	8,63	103,50	-1,279(a)	,201
	Rangos positivos	5(k)	9,90	49,50		
	Empates	1(l)				
	Total	18				
PUNTUACION TOTAL FIQ v4 - PUNTUACION TOTAL FIQ v1	Rangos negativos	11(m)	9,64	106,00	-,893(a)	,372
	Rangos positivos	7(n)	9,29	65,00		
	Empates	0(o)				
	Total	18				
CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 - CALIDAD DE VIDA GENERAL v1	Rangos negativos	8(p)	9,38	75,00	-,362(a)	,717
	Rangos positivos	8(q)	7,63	61,00		
	Empates	2(r)				
	Total	18				

- a NPD v4 < NPD\_v1  
 b NPD v4 > NPD\_v1  
 c NPD v4 = NPD\_v1

- i INTENSIDAD DOLOR4 = INTENSIDAD DOLOR\_v1  
 j MALESTAR EMOCIONAL v4 < MALESTAR EMOCIONAL v1

d TPD v4 < TPD\_v1

e TPD v4 > TPD\_v1

f TPD v4 = TPD\_v1

g INTENSIDAD DOLOR4 < INTENSIDAD DOLOR\_v1

h INTENSIDAD DOLOR4 > INTENSIDAD DOLOR\_v1

k MALESTAR EMOCIONAL v4 > MALESTAR EMOCIONAL v1

l MALESTAR EMOCIONAL v4 = MALESTAR EMOCIONAL v1

m PUNTUACION TOTAL FIQ v4 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

n PUNTUACION TOTAL FIQ v4 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

o PUNTUACION TOTAL FIQ v4 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

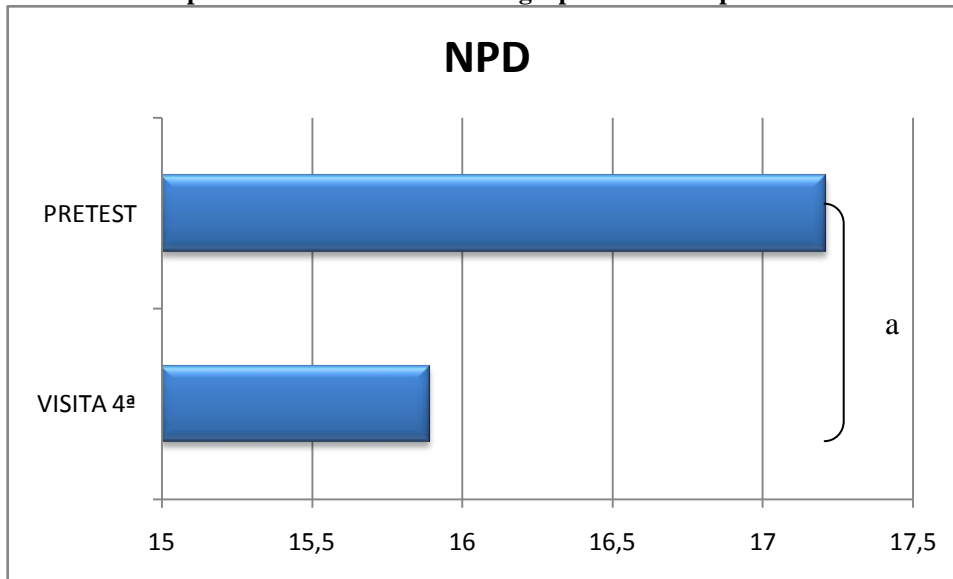
p CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

En la ilustración 28, se aprecia mejor esta diferencia para la única variable que ha resultado significativa. Podemos observar que el porcentaje de pacientes que mantienen una mejoría en el número de puntos dolorosos en la medida *pretest* ( $17,21 \pm 2,167$ ), respecto a la medida de la cuarta visita ( $15,89 \pm 3,234$ ), fue del 38,8 %.

**Ilustración 28. Impacto de la enfermedad en el grupo control después de la intervención**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,030$ ) intragrupo después de la intervención.

### 8.1.8.- Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de GP.

De igual modo que en las tablas anteriores, se muestra ahora (tabla 36) para el grupo de Gestión Personal, los rangos medios para cada sintomatología global en la medida *pre* respecto a la medida seguimiento de la visita tres. Utilizamos en este caso la prueba no paramétrica de Wilcoxon que emplea Z como estadístico de contraste y la probabilidad

estadística asociada. Tal y como observamos en las tablas (36 y 37) no se producen diferencias significativas ni en la visita de seguimiento tercera ni en la cuarta en este tipo de grupo de tratamiento.

**Tabla 36. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y 3ª (v3) en GP**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD_v3 - NPD_v1	Rangos negativos	4(a)	6,50	26,00	-,415(a)	,678
	Rangos positivos	5(b)	3,80	19,00		
	Empates	10(c)				
	Total	19				
TPD-v3 - TPD_v1	Rangos negativos	9(d)	11,17	100,50	-,222(a)	,825
	Rangos positivos	10(e)	8,95	89,50		
	Empates	0(f)				
	Total	19				
INTENSIDAD DOLOR_v3 - INTENSIDAD DOLOR_v1	Rangos negativos	10(g)	10,35	103,50	-,784(a)	,433
	Rangos positivos	8(h)	8,44	67,50		
	Empates	1(i)				
	Total	19				
MALESTAR EMOCIONAL_v3 - MALESTAR EMOCIONAL_v1	Rangos negativos	7(j)	12,21	85,50	-,427(a)	,670
	Rangos positivos	10(k)	6,75	67,50		
	Empates	2(l)				
	Total	19				
PUNTUACION TOTAL FIQ_v3 - PUNTUACION TOTAL FIQ_v1	Rangos negativos	9(m)	12,94	116,50	-1,350(a)	,177
	Rangos positivos	9(n)	6,06	54,50		
	Empates	1(o)				
	Total	19				
CALIDAD DE VIDA GENERAL_v3 - CALIDAD DE VIDA GENERAL_v1	Rangos negativos	9(p)	10,83	97,50	-,523(a)	,601
	Rangos positivos	9(q)	8,17	73,50		
	Empates	1(r)				
	Total	19				

a NPD\_v3 < NPD\_v1

b NPD\_v3 > NPD\_v1

c NPD\_v3 = NPD\_v1

d TPD\_v3 < TPD\_v1

e TPD\_v3 > TPD\_v1

f TPD\_v3 = TPD\_v1

g INTENSIDAD DOLOR v3 < INTENSIDAD DOLOR\_v1

h INTENSIDAD DOLOR v3 > INTENSIDAD DOLOR\_v1

i INTENSIDAD DOLOR v3 = INTENSIDAD DOLOR\_v1

j MALESTAR EMOCIONAL v3 < MALESTAR EMOCIONAL v1

k MALESTAR EMOCIONAL v3 > MALESTAR EMOCIONAL v1

l MALESTAR EMOCIONAL v3 = MALESTAR EMOCIONAL v1

m PUNTUACION TOTAL FIQ v3 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

n PUNTUACION TOTAL FIQ v3 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

o PUNTUACION TOTAL FIQ v3 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

**Tabla 37. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y 4ª (v4) en GP**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD_v4 - NPD_v1	Rangos negativos	7(a)	7,07	49,50	-,828(a)	,408
	Rangos positivos	5(b)	5,70	28,50		
	Empates	7(c)				
	Total	19				
TPD_v4 - TPD_v1	Rangos negativos	11(d)	9,82	108,00	-,524(a)	,600
	Rangos positivos	8(e)	10,25	82,00		
	Empates	0(f)				
	Total	19				
INTENSIDAD DOLOR_v4 - INTENSIDAD DOLOR_v1	Rangos negativos	11(g)	10,45	115,00	-,805(a)	,421
	Rangos positivos	8(h)	9,38	75,00		
	Empates	0(i)				
	Total	19				
MALESTAR EMOCIONAL_v4 - MALESTAR EMOCIONAL_v1	Rangos negativos	7(j)	11,07	77,50	-,047(a)	,962
	Rangos positivos	10(k)	7,55	75,50		
	Empates	2(l)				
	Total	19				
PUNTUACION TOTAL FIQ_v4 - PUNTUACION TOTAL FIQ_v1	Rangos negativos	11(m)	11,73	129,00	-1,895(a)	,058
	Rangos positivos	7(n)	6,00	42,00		
	Empates	1(o)				
	Total	19				
CALIDAD DE VIDA GENERAL_v4 - CALIDAD DE VIDA GENERAL_v1	Rangos negativos	10(p)	10,95	109,50	-1,046(a)	,296
	Rangos positivos	8(q)	7,69	61,50		
	Empates	1(r)				
	Total	19				

a NPD v4 < NPD\_v1

b NPD v4 > NPD\_v1

c NPD v4 = NPD\_v1

d TPD v4 < TPD\_v1

e TPD v4 > TPD\_v1

f TPD v4 = TPD\_v1

g INTENSIDAD DOLOR v4 < INTENSIDAD DOLOR\_v1

h INTENSIDAD DOLOR v4 > INTENSIDAD DOLOR\_v1

i INTENSIDAD DOLOR v4 = INTENSIDAD DOLOR\_v1

j MALESTAR EMOCIONAL v4 < MALESTAR EMOCIONAL\_v1

k MALESTAR EMOCIONAL v4 > MALESTAR EMOCIONAL\_v1

l MALESTAR EMOCIONAL v4 = MALESTAR EMOCIONAL\_v1

m PUNTUACION TOTAL FIQ v4 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

n PUNTUACION TOTAL FIQ v4 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

o PUNTUACION TOTAL FIQ v4 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 < CALIDAD DE VIDA GENERAL\_v1

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 > CALIDAD DE VIDA GENERAL\_v1

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 = CALIDAD DE VIDA GENERAL\_v1

Tal y como observamos en las tablas no se producen diferencias significativas ni en la visita de seguimiento tercera ni en la cuarta en este tipo de grupo de tratamiento.

### 8.1.9.- Cambios en sintomatología pre / seguimiento en el grupo de Control

Como en el caso de los grupos de Terapia Cognitiva Conductual y de Gestión Personal para evaluar las diferencias *pre* / seguimiento en sintomatología en el grupo de Control empleamos la prueba Wilcoxon, siendo Z el estadístico de contraste.

Tal y como observamos en las Tablas (38 y 39) no se producen mejorías significativas ni en la visita de seguimiento tercera ni en la cuarta en este tipo de grupo de tratamiento.

**Tabla 38. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre y 3ª en GC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD_v3 - NPD_v1	Rangos negativos	8(a)	11,19	89,50	-,618(a)	,537
	Rangos positivos	9(b)	7,06	63,50		
	Empates	5(c)				
	Total	22				
TPD-v3 - TPD_v1	Rangos negativos	10(d)	11,90	119,00	-,122(a)	,903
	Rangos positivos	11(e)	10,18	112,00		
	Empates	1(f)				
	Total	22				
INTENSIDAD DOLOR_v3 - INTENSIDAD DOLOR_v1	Rangos negativos	11(g)	11,82	130,00	-,505(a)	,614
	Rangos positivos	10(h)	10,10	101,00		
	Empates	1(i)				
	Total	22				
MALESTAR EMOCIONAL v3 - MALESTAR EMOCIONAL v1	Rangos negativos	8(j)	9,13	73,00	-1,479(b)	,139
	Rangos positivos	13(k)	12,15	158,00		
	Empates	1(l)				
	Total	22				
PUNTUACION TOTAL FIQ v3 - PUNTUACION TOTAL FIQ v1	Rangos negativos	12(m)	8,58	103,00	-,763(b)	,445
	Rangos positivos	10(n)	15,00	150,00		
	Empates	0(o)				
	Total	22				
CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 - CALIDAD DE VIDA GENERAL v1	Rangos negativos	9(p)	10,89	98,00	-,609(b)	,543
	Rangos positivos	12(q)	11,08	133,00		
	Empates	1(r)				
	Total	22				

a NPD\_v3 < NPD\_v1

b NPD\_v3 > NPD\_v1

c NPD\_v3 = NPD\_v1

d TPD\_v3 < TPD\_v1

e TPD\_v3 > TPD\_v1

f TPD\_v3 = TPD\_v1

g INTENSIDAD DOLOR v3 < INTENSIDAD DOLOR\_v1

h INTENSIDAD DOLOR v3 > INTENSIDAD DOLOR\_v1

i INTENSIDAD DOLOR v3 = INTENSIDAD DOLOR\_v1

i INTENSIDAD DOLOR v3 = INTENSIDAD DOLOR\_v1

j MALESTAR EMOCIONAL v3 < MALESTAR EMOCIONAL v1

k MALESTAR EMOCIONAL v3 > MALESTAR EMOCIONAL v1

l MALESTAR EMOCIONAL v3 = MALESTAR EMOCIONAL v1

m PUNTUACION TOTAL FIQ v3 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

n PUNTUACION TOTAL FIQ v3 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

o PUNTUACION TOTAL FIQ v3 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v1  
 q CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v1  
 r CALIDAD DE VIDA GENERAL v3 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

**Tabla 39. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon visita pre (v1) y 4ª (v4) en GC**

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
NPD v4 - NPD_v1	Rangos negativos	4(a)	9,63	38,50	-1,225(b)	,220
	Rangos positivos	11(b)	7,41	81,50		
	Empates	6(c)				
	Total	21				
TPD v4 - TPD_v1	Rangos negativos	7(d)	9,14	64,00	-1,531(b)	,126
	Rangos positivos	13(e)	11,23	146,00		
	Empates	1(f)				
	Total	21				
INTENSIDAD DOLOR v4 - INTENSIDAD DOLOR_v1	Rangos negativos	10(g)	10,15	101,50	-,131(b)	,896
	Rangos positivos	10(h)	10,85	108,50		
	Empates	1(i)				
	Total	21				
MALESTAR EMOCIONAL v4 - MALESTAR EMOCIONAL v1	Rangos negativos	4(j)	6,00	24,00	<b>-2,864(b)</b>	<b>,004</b>
	Rangos positivos	15(k)	11,07	166,00		
	Empates	2(l)				
	Total	21				
PUNTUACION TOTAL FIQ v4 - PUNTUACION TOTAL FIQ v1	Rangos negativos	7(m)	12,14	85,00	-,747(b)	,455
	Rangos positivos	13(n)	9,62	125,00		
	Empates	1(o)				
	Total	21				
CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 - CALIDAD DE VIDA GENERAL v1	Rangos negativos	9(p)	7,39	66,50	-1,438(b)	,151
	Rangos positivos	11(q)	13,05	143,50		
	Empates	1(r)				
	Total	21				

a NPD v4 < NPD\_v1

b NPD v4 > NPD\_v1

c NPD v4 = NPD\_v1

d TPD v4 < TPD\_v1

e TPD v4 > TPD\_v1

f TPD v4 = TPD\_v1

g INTENSIDAD DOLOR4 < INTENSIDAD DOLOR\_v1

h INTENSIDAD DOLOR4 > INTENSIDAD DOLOR\_v1

i INTENSIDAD DOLOR v4 = INTENSIDAD DOLOR\_v1

j MALESTAR EMOCIONAL v4 < MALESTAR EMOCIONAL v1

k MALESTAR EMOCIONAL v4 > MALESTAR EMOCIONAL v1

l MALESTAR EMOCIONAL v4 = MALESTAR EMOCIONAL v1

m PUNTUACION TOTAL FIQ v4 < PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

n PUNTUACION TOTAL FIQ v4 > PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

o PUNTUACION TOTAL FIQ v4 = PUNTUACION TOTAL FIQ\_v1

p CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 < CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

q CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 > CALIDAD DE VIDA GENERAL v1

r CALIDAD DE VIDA GENERAL v4 = CALIDAD DE VIDA GENERAL v1



Tal y como observamos en las tablas no se producen diferencias significativas ni en la visita de seguimiento tercera ni en la cuarta en este tipo de grupo de tratamiento.

Resumiendo todo lo anteriormente expuesto, existen diferencias significativas en el grupo de Terapia Cognitiva-Conductual en la medida de seguimiento respecto a la medida pre. Tanto para las medidas de calidad de vida general y específica, excepción hecha para el número de puntos dolorosos y el sumatorio de la intensidad de dolor de puntos dolorosos, se observan disminuciones de tal forma que la sintomatología experimentada una vez concluido el periodo de seguimiento de la visita tercera es significativamente menor que la sintomatología *pre*. Sin embargo en el grupo de Gestión personal no se mantienen estas diferencias. Ya en la visita de seguimiento a los nueve meses una vez concluido el tratamiento no se mantienen las diferencias, ni en el grupo de Terapia Cognitivo-Conductual ni en el de Gestión Personal. En este sentido el programa ha sido efectivo en relación al objetivo que pretendía, es decir la disminución de la sintomatología asociada, solo hasta el tercer mes de seguimiento. No obstante el aumento de la sintomatología en todos los grupos en el periodo final del ensayo, no es superior a como en general comenzaron en este tratamiento comparados con el grupo control; por otra parte, nos hace pensar en la existencia de aspectos ajenos al programa que contribuyen igualmente a un aumento de la sintomatología experimentada.

En el grupo de control no se observan diferencias significativas entre los momentos pre y seguimiento, a excepción del malestar emocional que es significativamente mayor una vez concluido el periodo de seguimiento.

#### **8.1.10.- Evolución de la sintomatología (pre, post y seguimiento)**

Para observar la evolución de los grupo experimentales (Terapia Cognitiva y Gestión Personal) y Control respecto a la sintomatología, exponemos a continuación, las puntuaciones en las medidas *pre*, *post* y seguimiento de la sintomatología global. Dado que se trata de una comparación intragrupo (Terapia Cognitivo Conductual, Gestión Personal y Grupo Control) de seis variables, optamos por la prueba no paramétrica de Friedman, que utiliza chi-cuadrado como estadístico de contraste. Dicho estadístico así como la probabilidad asociada, aparece igualmente en dichas tablas.

Los valores para el grupo de Terapia Cognitivo Conductual aparecen en la tabla 40; los valores para el grupo de Gestión Personal aparecen en la tabla 41 y los valores para el Grupo de Control aparecen en la tabla 42.

**Tabla 40. Sintomatología global pre / post y seguimiento (visitas 1, 2, 3,4) en el grupo de TCC**

VARIABLES DEPENDIENTES	VISITAS	Media $\pm$ DT	Chi-cuadrado	p
<b>NPD</b>	1	17,21 $\pm$ 2,167	10,557	<b>,014</b>
	2	15,82 $\pm$ 3,361		
	3	14,82 $\pm$ 4,043		
	4	15,89 $\pm$ 3,234		
<b>TPD</b>	1	39,33 $\pm$ 11,27	4,914	,178
	2	35,59 $\pm$ 11,45		
	3	34,95 $\pm$ 13,69		
	4	34,78 $\pm$ 9,052		
<b>INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR</b>	1	6,66 $\pm$ 1,470	17,190	<b>,001</b>
	2	5,14 $\pm$ 1,654		
	3	5,65 $\pm$ 1,508		
	4	6,17 $\pm$ 2,210		
<b>MALESTAR EMOCIONAL</b>	1	5,00 $\pm$ 1,588	17,074	<b>,001</b>
	2	3,66 $\pm$ 1,614		
	3	4,33 $\pm$ 1,319		
	4	4,32 $\pm$ 1,821		
<b>PUNTUACION TOTAL FIQ</b>	1	7,41 $\pm$ 1,342	13,022	<b>,005</b>
	2	5,90 $\pm$ 1,689		
	3	6,37 $\pm$ 1,585		
	4	6,75 $\pm$ 2,169		
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (EQ-5D)</b>	1	6,34 $\pm$ ,887	17,355	<b>001</b>
	2	5,38 $\pm$ ,871		
	3	5,90 $\pm$ ,886		
	4	6,23 $\pm$ 1,021		

Como podemos observar en la tabla 40, la evolución del grupo de Terapia Cognitiva en lo que a sintomatología global se refiere es irregular. Se produce un decremento de la misma una vez finalizado el programa (medida *post*), para volver a incrementarse moderadamente una vez concluidos los nueve meses de seguimiento. Estos cambios son significativos para toda la tipología de sintomatología con un nivel de probabilidad menor de 0,05, excepción del número de puntos dolorosos. No obstante en estas variables también se producen descensos.

La evolución del grupo de Gestión Personal (Tabla 41) es más paulatina, de forma que este grupo va disminuyendo progresivamente sus niveles de sintomatología a lo largo de las medidas *pre*, *post* y *seguimiento*.

**Tabla 41. Sintomatología global pre / post y seguimiento (visitas 1, 2, 3, 4) para el grupo GP**

VARIABLES DEPENDIENTES	VISITAS	Media $\pm$ DT	Chi-cuadrado	p
NPD	1	15,83 $\pm$ 2,899	2,314	,510
	2	15,00 $\pm$ 3,893		
	3	15,21 $\pm$ 5,760		
	4	14,79 $\pm$ 4,577		
TPD	1	33,00 $\pm$ 9,864	2,222	,528
	2	33,70 $\pm$ 14,474		
	3	31,84 $\pm$ 15,403		
	4	32,74 $\pm$ 14,895		
INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR	1	6,75 $\pm$ 1,830	1,849	,604
	2	6,26 $\pm$ 1,942		
	3	6,53 $\pm$ 1,712		
	4	6,36 $\pm$ 2,223		
MALESTAR EMOCIONAL	1	4,97 $\pm$ 1,342	2,744	,433
	2	3,84 $\pm$ 1,761		
	3	4,43 $\pm$ 1,722		
	4	4,45 $\pm$ 2,098		
PUNTUACION TOTAL FIQ	1	7,92 $\pm$ ,992	8,592	<b>,035</b>
	2	6,12 $\pm$ 2,050		
	3	6,92 $\pm$ 2,101		
	4	6,96 $\pm$ 2,252		
CALIDAD DE VIDA GENERAL (EQ-5D)	1	6,45 $\pm$ ,631	7,000	,072
	2	5,80 $\pm$ ,941		
	3	6,28 $\pm$ ,965		
	4	6,112 $\pm$ ,918		

No obstante, esta disminución observada sólo es significativa en el impacto de la enfermedad. Para conocer si esta significación estadística es clínicamente importante, calculamos el tamaño del efecto de la intervención y el índice de cambio confiable (página 312).

En el grupo de Control (Tabla 42), la evolución es significativamente más desfavorable en número de puntos dolorosos, intensidad de dolor de puntos gatillo y menor en malestar emocional, aunque en todos los casos los niveles de sintomatología a lo largo de las medidas *pre*, *post* y *seguimiento* fue progresivamente aumentando, partiendo de condiciones más favorables de sintomatología que los grupos de tratamiento.

Tabla 42. Sintomatología global pre / post y seguimiento (visitas 1, 2, 3,4) para el grupo GC

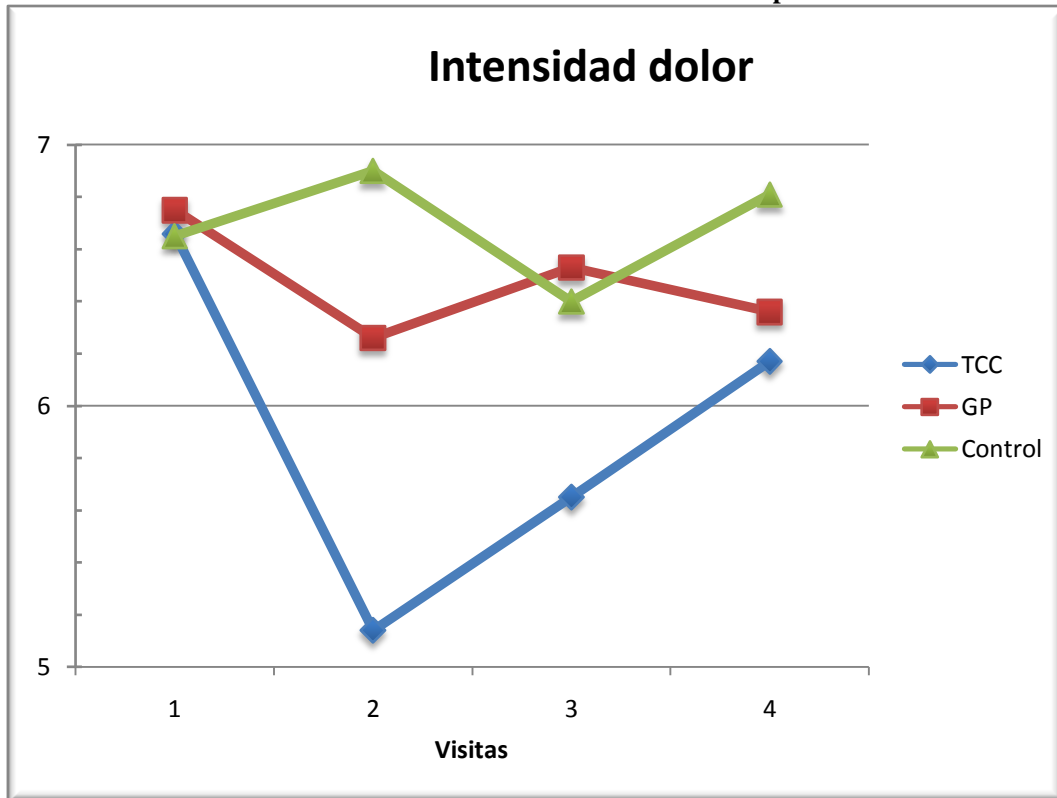
VARIABLES DEPENDIENTES	VISITAS	Media $\pm$ DT	Chi-cuadrado	p
NPD	1	15,21 $\pm$ 2,978	9,115	,028
	2	14,63 $\pm$ 3,876		
	3	14,45 $\pm$ 4,194		
	4	16,33 $\pm$ 3,665		
TPD	1	32,58 $\pm$ 12,765	7,821	,050
	2	31,63 $\pm$ 11,305		
	3	31,36 $\pm$ 15,981		
	4	38,57 $\pm$ 13,254		
INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR	1	6,65 $\pm$ 1,745	,500	,919
	2	6,90 $\pm$ 1,813		
	3	6,40 $\pm$ 1,783		
	4	6,81 $\pm$ 2,117		
MALESTAR EMOCIONAL	1	4,55 $\pm$ 1,576	7,203	,066
	2	4,94 $\pm$ 1,069		
	3	5,02 $\pm$ 1,195		
	4	5,33 $\pm$ 1,379		
PUNTUACION TOTAL FIQ	1	6,97 $\pm$ 1,620	3,117	,374
	2	7,50 $\pm$ 1,034		
	3	7,23 $\pm$ 1,573		
	4	7,30 $\pm$ 2,036		
CALIDAD DE VIDA GENERAL (EQ-5D)	1	6,23 $\pm$ 1,036	2,093	,553
	2	6,27 $\pm$ ,899		
	3	6,28 $\pm$ ,802		
	4	6,57 $\pm$ 1,292		

La tabla 42 y la Ilustración 29, muestra la diferente evolución de sintomatología en los tres grupos en la *intensidad de dolor percibido* en los pacientes con síndrome de fibromialgia.

Concretamente, mientras que en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual se observa una disminución de la intensidad del dolor durante el periodo *pre / postest* (pasando de unas puntuaciones medias de un intensidad de dolor de 6,65, a 5,14), mejorando en el 86,3 % de los pacientes en la Terapia Cognitivo Conductual, en el 59,09 %, en Gestión Personal respecto al 36,36 % del grupo de Control.

En el periodo *post / seguimiento* se incrementan sus niveles hasta unos valores medios de una intensidad de dolor de 6,17. Estas variaciones observadas son únicamente significativas para las diferencias entre el periodo *pre / post* y el *pre / seguimiento* para el grupo de Terapia Cognitivo Conductual.

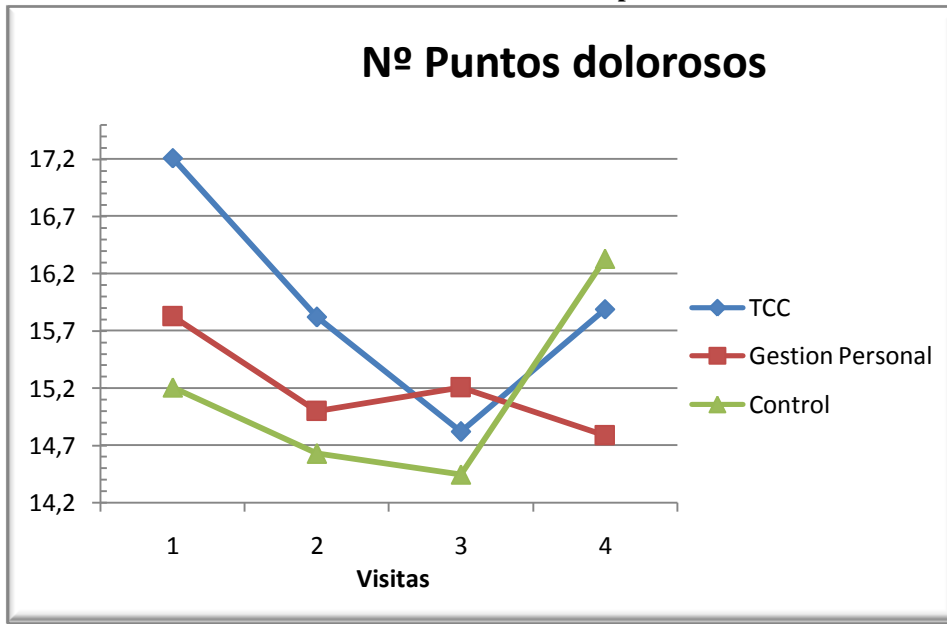
Ilustración 29. Evolución de la intensidad de dolor percibido



En el grupo de Control y de Gestión Personal se observa sin embargo una tendencia continua sin apenas variación durante todo el periodo del estudio. Así el grupo de Gestión Personal pasa de unos niveles iniciales de intensidad del dolor de 6,65 (medida *pre*), alcanzando unas puntuaciones medias de 6,81 en el último periodo de seguimiento. Estas puntuaciones sufren pocas variaciones respecto al grupo de control, que no recibió tratamiento.

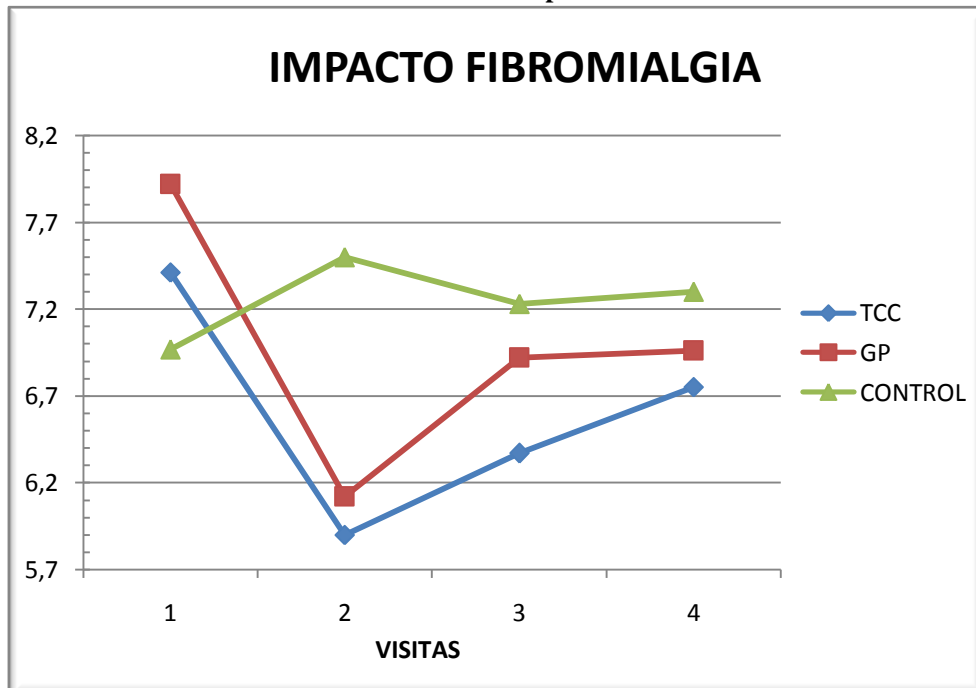
En la Ilustración 29 que hemos expuesto, se muestra la variación observada en el número de puntos dolorosos sobre todo en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual durante el periodo *pre / post*, incrementando moderadamente en la cuarta visita en todos los grupos, indicando la acción de otros factores ajenos al programa con acción de sintomatología asociada. Concretamente, la diferencia que caracteriza la última visita asociada al mes de diciembre / enero, es percibida para muchas pacientes como de peor sintomatología que atribuyen a una mayor sensibilidad al tiempo atmosférico. En el grupo de control se observa, de forma significativa un aumento a lo largo del periodo *post / seguimiento* y que en el periodo *pre / post*, el número de puntos gatillo siempre es menor que en los grupos sometidos a tratamiento.

Ilustración 30. Evolución del número de puntos dolorosos



En el análisis longitudinal del impacto de la fibromialgia (Ilustración 31), únicamente resultó significativa para el grupo de Terapia Cognitivo Conductual durante el periodo *pre / post*, incrementando moderadamente al igual que las otras variables a lo largo del tratamiento. El impacto de la fibromialgia mejora en el 77,27 % en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual, el 70 %, en Gestión Personal respecto al 25 % del grupo de Control partiendo de mejores puntuaciones.

Ilustración 31. Evolución del impacto de la enfermedad



Los datos relativos al estado emocional (medidos con el cuestionario de Goldberg) muestran igualmente que los dos programas de tratamiento obtuvieron su efecto en la mejoría de la sintomatología. Aun siendo significativo el efecto de los programas sobre el malestar emocional, lo cierto es que desde el punto de vista clínico la mejoría ha sido escasa. Gracias al tratamiento cognitivo conductual, la puntuación media obtenida en el cuestionario Goldberg por toda la muestra se ha reducido en el postratamiento un 28 % y desciende a un 20% en la última visita.

Si prestamos atención a la Ilustración 33, advertimos la diferente evolución de sintomatología en los tres grupos en la *calidad de vida general* en los pacientes con síndrome de fibromialgia, que partiendo los grupos de tratamiento de peores puntuaciones en la cuestionario EUROQOL-5D (a mayor puntuación, mayor impacto de la enfermedad en la calidad de vida), terminaron el tratamiento significativamente mejor, perdiéndose estas diferencias en el seguimiento.

Ilustración 32. Evolución del malestar emocional

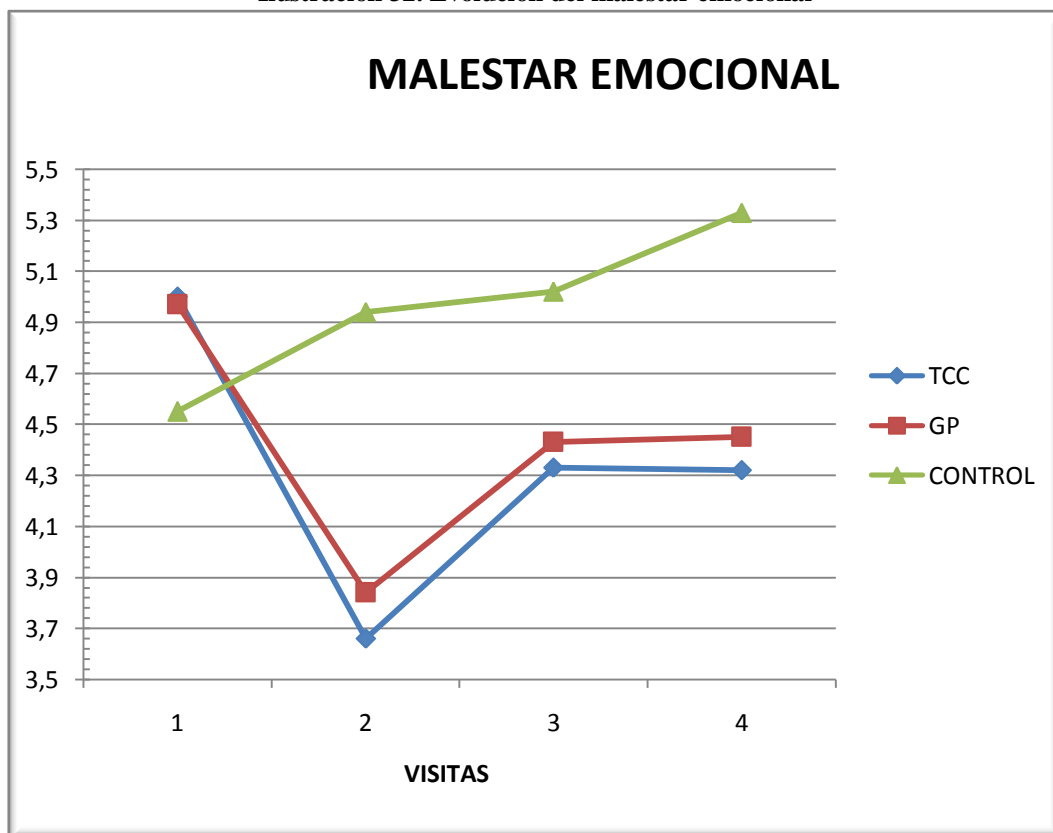
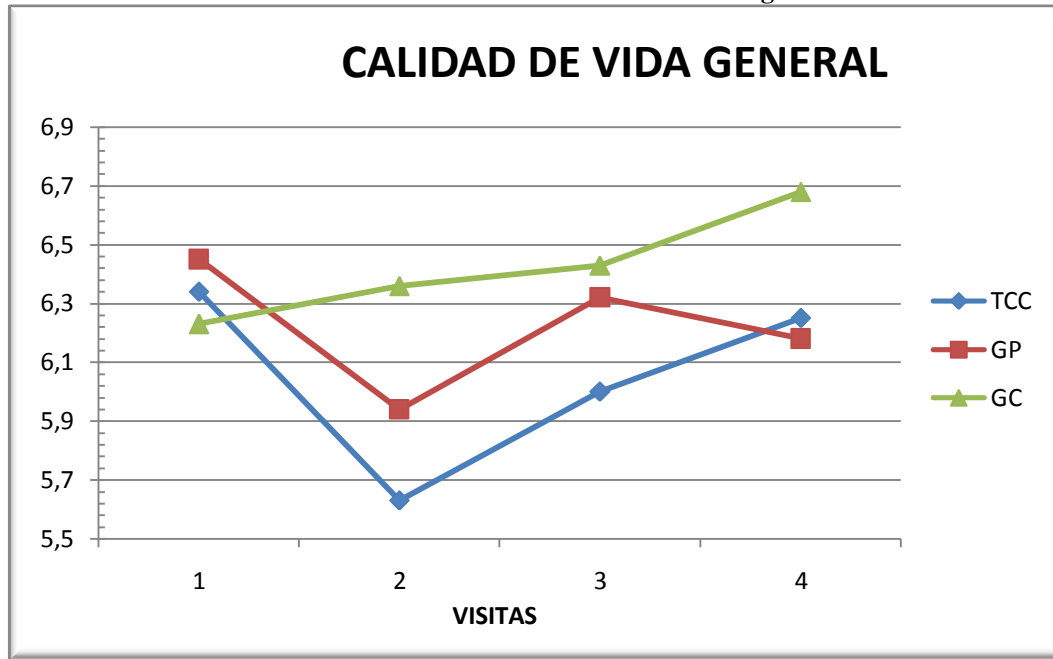


Ilustración 33. Evolución de la calidad de vida general



## 8.2.- Análisis de la sintomatología intergrupo

Como medida complementaria del análisis de la evolución de los grupos de Terapia y Control en la medida *postest* de cada comparación (es decir, entre las visitas uno con la tercera y con la cuarta respectivamente), además del análisis intragrupo anteriormente descrito, realizamos un análisis intergrupo en la medida *postest*, para poder determinar entre qué grupos existen las diferencias detectadas.

### 8.2.1.- Diferencias entre los grupos en la medida *postest*

Las diferencias existentes entre ambos grupos en la medida *post* se muestran en las tablas que exponemos a continuación donde figuran los datos descriptivos media y desviación tipo para los distintos grupos en la medida *post* ( $v_2$ ), así como el valor  $\chi^2$  (tabla 42) y la probabilidad asociada. Para poder discriminar entre que grupos existen las citadas diferencias realizamos la prueba U de Mann-Whitney.

Como podemos observar, en las tablas (43 y 44), se producen más descensos en las puntuaciones medias en la medida *postest* ( $v_2$ ) entre los grupos de terapia cognitivo conductual y de gestión personal que en el grupo de control, mostrando disminuciones significativas con  $p < 0,05$  en las siguientes variables:



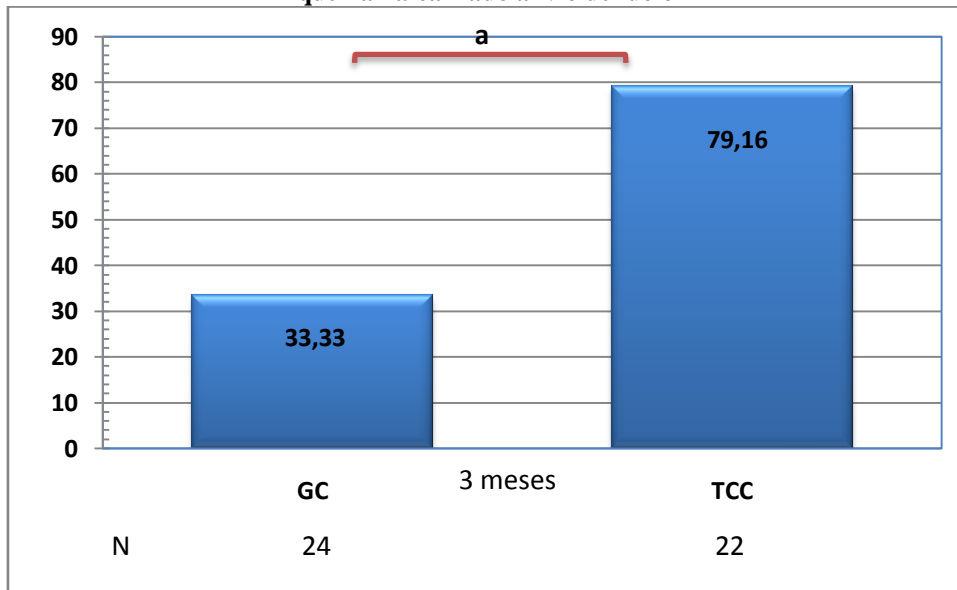
Tabla 43. Sintomatología global posttest (v2) entre los grupo experimentales y Control

	GRUPO TRATAMIENTO	DE N	Rango promedio	$\chi^2$	Sig. asintót.
NPD_v2	TCC	22	38,09	2,162	,339
	Gestión Personal	20	32,23		
	Control	24	30,35		
	Total	66			
TPD_v2	TCC	22	37,52	1,631	,443
	Gestión Personal	20	32,83		
	Control	24	30,38		
	Total	66			
<b>INTENSIDAD DOLOR_v2</b>	TCC	22	23,66	9,509	<b>,009</b>
	Gestión Personal	20	35,58		
	Control	24	40,79		
	Total	66			
<b>MALESTAR EMOCIONAL_v2</b>	TCC	22	26,95	9,138	<b>,010</b>
	Gestión Personal	20	29,50		
	Control	24	42,83		
	Total	66			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL FIQ_v2</b>	TCC	22	25,86	10,825	<b>,004</b>
	Gestión Personal	20	29,88		
	Control	24	43,52		
	Total	66			
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL_v2</b>	Terapia Cognitivo Conductual	22	25,68	8,698	<b>,013</b>
	Gestión Personal	20	31,73		
	Control	24	42,15		
	Total	66			

Prueba de Kruskal-Wallis

Respecto a las puntuaciones posttest en *Intensidad de dolor* de los sujetos que participaron de los tres grupos se encontraron que entre los grupos hay diferencias significativas ( $\chi^2 = 9,509$ ;  $p = 0,009$ ), mostrando niveles menores de dolor los que participaron de los grupos de terapia, con respecto del control, siendo sólo el grupo de Terapia cognitivo conductual, el que mostraba medidas significativamente diferentes ( $Z = -3,010$ ;  $p = 0,003$ ). En la ilustración 34 se aprecia mejor esta diferencia, en la proporción de sujetos que mejoraron respecto al pretest.

**Ilustración 34. Porcentaje de pacientes en el grupo TCC y GC que han alcanzado alivio del dolor**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,003$ ) intergrupo después de la intervención.

Un número significativamente mayor de pacientes tratados con TCC (el 79,16 %) alcanzó el objetivo del estudio (reducir el impacto de la fibromialgia en los síntomas sensoriales), en comparación con los pacientes asignados al grupo control (el 33,33 %) ( $p < 0,003$ ).

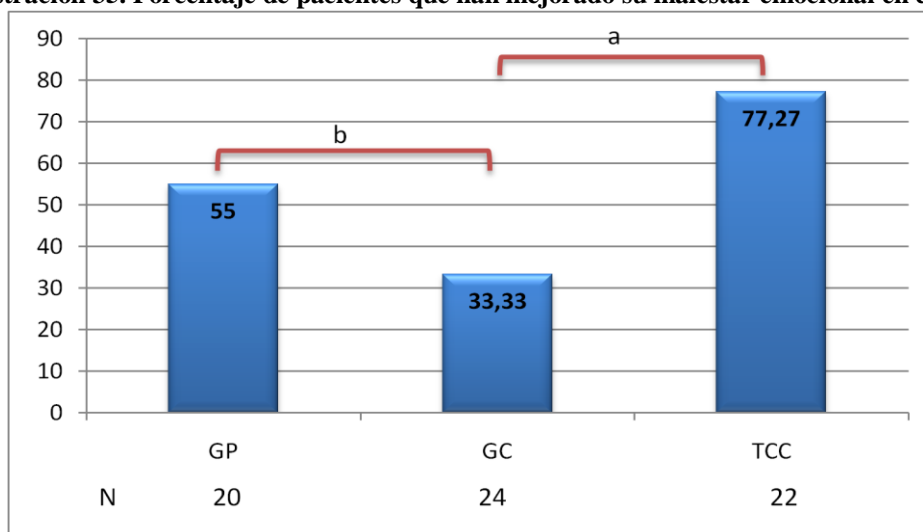
**Tabla 44. Sintomatología global postest (v2) entre el Grupo de Terapia Cognitiva y Control**

	GRUPO TRATAMIENTO	DE	Z	Sig. (bi)
INTENSIDAD DOLOR_v2	Terapia Cognitivo Conductual			
	Control		-3,010	,003
	Total			
MALESTAR EMOCIONAL_v2	Terapia Cognitivo Conductual			
	Control		-2,878	,004
	Total			
PUNTUACION TOTAL FIQ_v2	Terapia Cognitivo Conductual			
	Control		-3,295	,001
	Total			
CALIDAD DE VIDA GENERAL_v2	Terapia Cognitivo Conductual			
	Control		-2,828	,005
	Total			

**Tabla 45. Sintomatología global posttest entre el Grupo de Gestión Personal y Control**

	GRUPO TRATAMIENTO	DE	Z	Sig. asintót. (bilateral)
INTENSIDAD DOLOR_v2	Gestión Personal		-,909	,363
	Control			
	Total			
PUNTUACIÓN TOTAL CGHQ_v2	Gestión Personal		-	,027
	Control		2,210	
	Total			
PUNTUACION TOTAL FIQ_v2	Gestión Personal		-	,031
	Control		2,158	
	Total			
CALIDAD DE VIDA GENERAL_v2	Gestión Personal		-	,062
	Control		1,863	
	Total			

Respecto al *distrés emocional* encontramos que al menos uno de los grupos es similar a otro ( $\chi^2 = 9,138$ ;  $p = 0,010$ ), y la prueba de comparaciones múltiples en la medida posttest precisó que las puntuaciones de los sujetos tanto del grupo de Terapia Cognitivo Conductual ( $Z = -2,878$ ;  $p = 0,004$ ) como del grupo de Gestión Personal ( $Z = -2,210$ ;  $p = 0,027$ ) mostraban diferencias significativas respectivamente, respecto al grupo de control, es decir mostraban puntuaciones menores que los del grupo control. En la ilustración 35 se aprecia mejor esta diferencia, en el porcentaje de sujetos que mejoraron respecto al pretest.

**Ilustración 35. Porcentaje de pacientes que han mejorado su malestar emocional en el posttest**

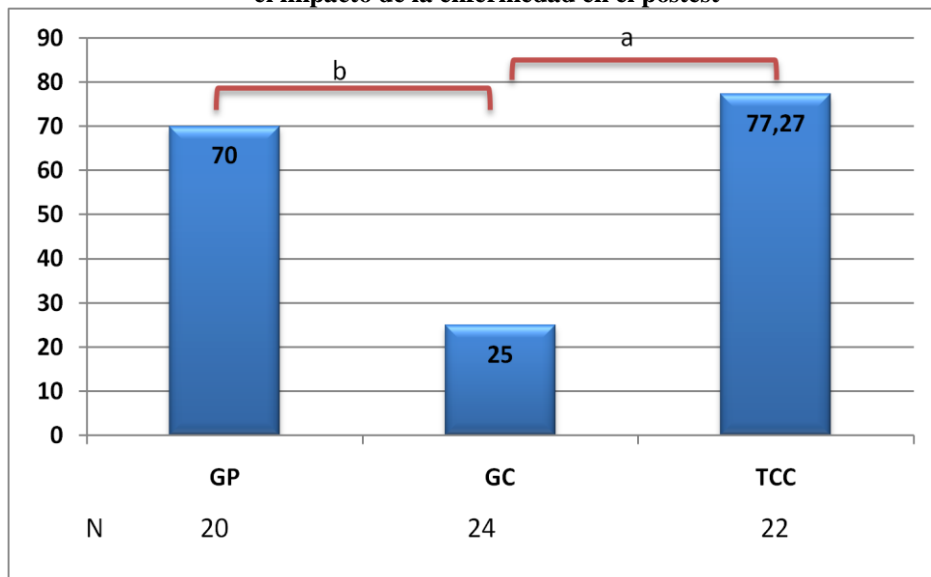
a: Diferencia significativa ( $p = 0,004$ ) intergrupo después de la intervención.

b: Diferencia significativa ( $p = 0,027$ ) intergrupo después de la intervención.

Un número significativamente mayor de pacientes tratados con TCC (el 77,27 %) y con GP (55 %) alcanzó el objetivo de reducir al menos el malestar emocional en un punto, en comparación con los pacientes asignados al grupo control (el 33,33 %) ( $p < 0,004$  y  $p < 0,027$  respectivamente).

Entre los grupos se producen diferencias significativas en la medida posttest en el *impacto de la fibromialgia* ( $\chi^2 = 10,825$ ;  $p = 0,004$ ). Las puntuaciones de rango medio en los tres grupos indican que los sujetos del grupo control en general presentan puntuaciones mayores que los grupos de terapia, indicando una percepción de salud más baja. El grupo de terapia cognitivo conductual en general presenta puntuaciones menores que el grupo de control ( $Z = -3,295$ ;  $p = 0,01$ ). El grupo de Gestión Personal muestra menores puntuaciones que el grupo de control ( $Z = -2,158$ ;  $p = 0,31$ ). En la ilustración 36 se aprecia mejor esta diferencia, en el porcentaje de sujetos que mejoraron respecto al pretest.

**Ilustración 36. Porcentaje de pacientes que han mejorado el impacto de la enfermedad en el posttest**



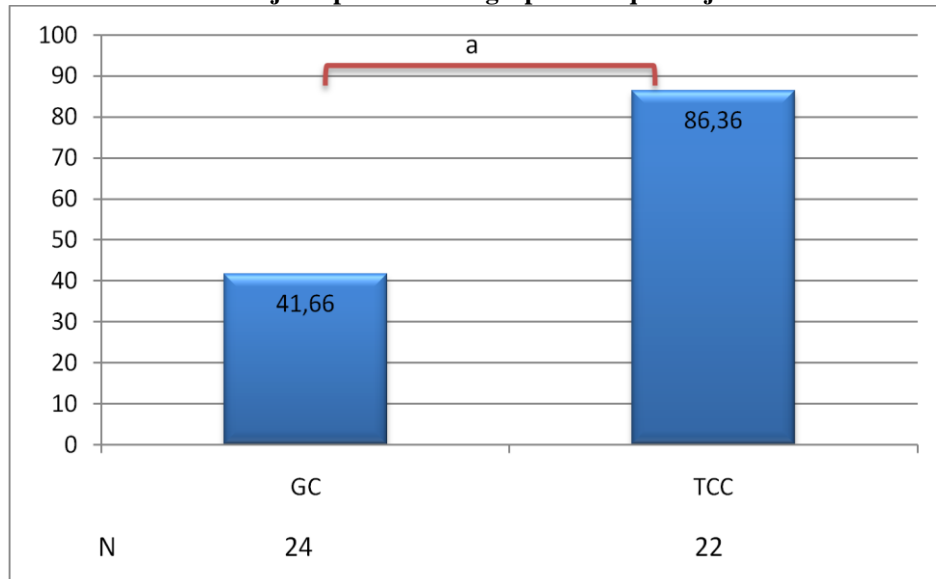
a: Diferencia significativa ( $p = 0,01$ ) intergrupo después de la intervención.  
 b: Diferencia significativa ( $p = 0,31$ ) intergrupo después de la intervención.

Un número significativamente mayor de pacientes tratados con TCC (el 77,27 %) y con GP (70 %) alcanzó el objetivo de reducir al menos el impacto de la fibromialgia en un punto, en comparación con los pacientes asignados al grupo control (el 25 %) ( $p < 0,01$  y  $p < 0,31$  respectivamente).

Además en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual ( $Z = -2,828$ ;  $p = 0,005$ ), se producen diferencias significativas en la medida *post* respecto a la medida *pre* respecto a la **calidad de vida general**. En la ilustración 37 se aprecia mejor esta diferencia

Un número significativamente mayor de pacientes tratados con TCC (el 86,36 %) alcanzó el objetivo de mejorar al menos su calidad de vida general medida con el EQ-5D en un punto, en comparación con los pacientes asignados al grupo control (el 41,66 %) ( $p < 0,005$ ).

**Ilustración 37. Porcentaje de pacientes del grupo TCC que mejoró su calidad de vida**



a: Diferencia significativa ( $p = 0,005$ ) intergrupo después de la intervención.

Conviene recordar que los grupos eran homogéneos en todas las variables dependientes y sociodemográficas. Así pues, el grupo de Terapia Cognitivo conductual, en la visita segunda, establece la diferencia, independientemente del nivel educativo, produciéndose descensos de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,005$ ) que en el grupo de control en la visita segunda en:

- 1) *Intensidad de dolor*, ( $5,14 \pm 1,654$ )
- 2) *Distrés emocional*, ( $3,66 \pm 1,614$ )
- 3) *Impacto de la fibromialgia*, ( $5,90 \pm 1,689$ )
- 4) *Calidad de vida general* ( $5,38 \pm ,871$ )

En el grupo de Gestión Personal sólo se han producido descensos de forma significativa ( $p < 0,005$ ) con respecto al grupo de control en:

- 1) *Impacto de la fibromialgia* ( $6,12 \pm 2,050$ ) y
- 2) *Distrés emocional* ( $5,80 \pm ,941$ )

### 8.2.2.- Diferencias entre los grupos en las medidas de seguimiento

Las diferencias existentes entre ambos grupos (Terapia Cognitivo Conductual y Gestión Personal) en las medidas *de seguimiento* se muestran en las tablas que exponemos a continuación donde figuran los datos descriptivos para los distintos grupos en la medida post, así como el valor  $\chi^2$  (tabla 46) y la probabilidad asociada. En el caso de encontrar una significación, realizamos la prueba U de Mann-Whitney para poder discriminar entre que grupos existen las citadas diferencias.

Analizando las diferencias en las medidas de seguimiento de la visita tercera (v3) en la tabla 46, observamos que no se producen diferencias significativas, aunque se observan puntuaciones menores en el grupo de Terapia Cognitivo-Conductual.

**Tabla 46. Sintomatología global seguimiento visita tercera (v3) entre grupos**

	GRUPO TRATAMIENTO	DE	Chi- cuadrado	Sig. asintót.
NPD_v3	Terapia Cognitivo Conductual		3,099	,212
	Gestión Personal			
	Control			
	Total			
TPD_v3	Terapia Cognitivo Conductual		,190	,909
	Gestión Personal			
	Control			
	Total			
INTENSIDAD DOLOR_v3	Terapia Cognitivo Conductual		4,429	,109
	Gestión Personal			
	Control			
	Total			
MALESTAR EMOCIONAL_v3	Terapia Cognitivo Conductual		2,779	,249
	Gestión Personal			
	Control			
	Total			

	GRUPO TRATAMIENTO	DE	Chi- cuadrado	Sig. asintót.
PUNTUACION TOTAL FIQ v3	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		4,758	,093
CALIDAD DE VIDA GRAL v3	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		3,092	,213

Prueba de Kruskal-Wallis

De igual modo que en las medidas de seguimiento de la visita tercera observamos que en el seguimiento de la visita cuarta (v4) no se producen diferencias significativas (tabla 47), aunque se siguen observando puntuaciones menores en el grupo de Terapia Cognitivo-Conductual.

**Tabla 47. Sintomatología global seguimiento visita cuarta (v4) entre grupos**

	GRUPO TRATAMIENTO	DE	Chi- cuadrado	Sig. asintót.
NPD v4	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		1,879	,391
TPD v4	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		3,790	,150
INTENSIDAD DOLOR v4	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		,746	,689
MALESTAR EMOCIONAL v4	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		3,059	,217
PUNTUACION TOTAL FIQ v4	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		,682	,711
CALIDAD DE VIDA GRAL. v4	Terapia Cognitivo Conductual Gestión Personal Control Total		2,020	,364

Prueba de Kruskal-Wallis

En la tabla 47, se observa que en el periodo de seguimiento el grupo de Terapia Cognitivo Conductual va aumentando los niveles de sintomatología a lo largo del tiempo respecto al periodo *post*. El grupo de Gestión Personal tampoco mantiene los

niveles de sintomatología respecto al nivel post, aunque en este caso solo se observan diferencias en la visita de seguimiento tercera. En el grupo de Control, no se observan diferencias significativas y empeoran sus puntuaciones en el último periodo.

### 8.3.-Diferencias en tamaño del efecto

Para observar los cambios en el tamaño del efecto (que otorgan significado clínico a las diferencias longitudinales observadas) en los grupos de Terapia Cognitivo Conductual y de Gestión Personal respecto a la sintomatología global optamos como medidas complementarias por su interés práctico la *d* de Cohen y la *g* de Hedges.

La *d* de Cohen es una de las medidas más empleadas en las publicaciones especializadas para el cálculo del tamaño del efecto y en los estudios meta-analíticos. La *g* de Hedges, es similar a la *d* de Cohen, aunque introduce un ajuste para el tamaño de los grupos que permite una mejor aproximación al estadístico poblacional.

Para interpretar estos estadísticos se debe tener en cuenta que a mayor valor, mayor tamaño del efecto. No obstante, la interpretación de la importancia teórica de los resultados será comentada en el apartado de discusión tomando como referencia el contexto de la investigación en los tratamientos psicológicos de dolor crónico (Morley y cols., 1999) y en particular de la fibromialgia. (Flor y col, 1992)

En la tabla 48 se muestra nuestros datos del tamaño del efecto para el grupo de TCC después de la intervención.

**Tabla 48. Tamaño del efecto grupo TCC después del tratamiento**

VD	TCC (Línea base)			TCC (postratamiento)			<i>d</i>	<i>g</i>	Intervalo de confianza para el tamaño del efecto	
	M	n	SD	M	n	SD			Inf	sup
<b>NPD</b>	17,21	24	2,16	15,18	22	3,36	0,73	<b>0,71</b>	0,12	1,31
<b>TPD</b>	39,33	24	11,27	35,59	22	11,45	0,33	<b>0,32</b>	-0,26	0,91
<b>IDOLOR</b>	6,66	24	1,47	5,14	22	1,65	0,97	<b>0,96</b>	0,35	1,57
<b>GHQ</b>	5	24	1,59	3,66	22	1,61	0,84	<b>0,82</b>	0,22	1,43
<b>FIQ</b>	7,41	24	1,342	5,9	22	1,689	1,00	<b>0,98</b>	0,37	1,59
<b>EQ-5D</b>	6,34	24	0,89	5,38	22	0,87	1,09	<b>1,07</b>	0,45	1,69



Como podemos observar en la tabla 48, el valor del tamaño del efecto, se distribuyó entre un máximo de 1,07 (EQ-5D), de 0,96 para la intensidad de dolor percibida (variable principal de desenlace), de 0,82 (GHQ) y de 0,98 (FIQ), que indicaron en todos los casos la obtención de un cambio clínico amplio. Estos resultados no se mantuvieron a los nueve meses después del inicio del ensayo. El tamaño del efecto (mediante la *d* de Cohen), mostró para estas variables un valor de 1,09 (0,47 – 1,71) tras la intervención, hasta un valor de 0,56 (-0,04 – 1,16).

En la tabla 49 se muestra nuestros datos del tamaño del efecto para el grupo de TCC desde el pre-tratamiento hasta la puntuación obtenida en el último mes de seguimiento.

**Tabla 49. Tamaño del efecto grupo TCC desde el pre-tratamiento-seguimiento**

VD	TCC (Línea base)			TCC (SEGUIMIENTO)			d	g	Intervalo de confianza para el tamaño del efecto	
	M	n	SD	M	n	SD			Inf	sup
<b>NPD</b>	17,21	24	2,16	15,89	18	3,23	0,49	<b>0,49</b>	-0,13	1,10
<b>TPD</b>	39,33	24	11,27	34,78	18	9,05	0,44	<b>0,43</b>	-0,19	1,05
<b>IDOLOR</b>	6,66	24	1,47	6,17	18	2,21	0,27	<b>0,26</b>	-0,35	0,88
<b>GHQ</b>	5	24	1,59	4,32	18	1,82	0,40	<b>0,39</b>	-0,22	1,01
<b>FIQ</b>	7,41	24	1,342	6,75	18	2,169	0,38	<b>0,37</b>	-0,24	0,99
<b>EQ-5D</b>	6,34	24	0,89	6,23	18	1,02	0,12	<b>0,11</b>	-0,50	0,73

En general estos valores tras el seguimiento, corresponderían a un tamaño del efecto, pequeño.

En la tabla 50 se muestra nuestros datos del tamaño del efecto para el grupo de GP después de la intervención.

**Tabla 50. Tamaño del efecto grupo de GP después de la intervención**

VD	GP (Línea base)			GP (postratamiento)			d	g	Intervalo de confianza para el tamaño del efecto	
	M	n	SD	M	n	SD			Inf	sup
<b>NPD</b>	15,83	24	2,89	15	22	3,90	0,24	<b>0,24</b>	-0,34	0,82
<b>TPD</b>	33	24	9,86	33,7	22	14,47	-0,06	<b>-0,06</b>	-0,63	0,52
<b>IDOLOR</b>	6,75	24	1,83	6,26	22	1,94	0,26	<b>0,26</b>	-0,33	0,84
<b>GHQ</b>	4,97	24	1,34	3,84	22	1,76	0,73	<b>0,71</b>	0,12	1,31
<b>FIQ</b>	7,92	24	0,992	6,12	22	2,05	1,13	<b>1,11</b>	0,49	1,74
<b>EQ-5D</b>	6,45	24	0,63	5,8	22	0,94	0,82	<b>0,80</b>	0,20	1,41

En la tabla 51 se muestra nuestros datos del tamaño del efecto para el grupo de GP desde el pre-tratamiento hasta la puntuación obtenida en el último mes de seguimiento.

**Tabla 51. Tamaño del efecto grupo GP desde pre-tratamiento-seguimiento**

VD	GP (Línea base)		GP (SEGUIMIENTO)			d	g	Intervalo de confianza para el tamaño del efecto		
	M	n	SD	M	n			SD	d	g
<b>NPD</b>	15,83	24	2,89	14,79	19	4,58	0,28	<b>0,27</b>	-0,33	0,88
<b>TPD</b>	33	24	9,86	32,74	19	14,90	0,02	<b>0,02</b>	-0,58	0,62
<b>IDOLOR</b>	6,75	24	1,83	6,36	19	2,22	0,19	<b>0,19</b>	-0,41	0,79
<b>GHQ</b>	4,97	24	1,34	4,45	19	2,10	0,30	<b>0,30</b>	-0,31	0,90
<b>FIQ</b>	7,92	24	0,992	6,96	19	2,252	0,58	<b>0,57</b>	-0,05	1,18
<b>EQ-5D</b>	6,34	24	0,89	6,23	18	1,02	0,12	<b>0,11</b>	-0,18	1,04

En la tabla 52 se muestra nuestros datos del tamaño del efecto para la medida FIQ, después del tratamiento, con otros estudios de tratamiento cognitivo conductual en fibromialgia.

**Tabla 52. Tamaño del efecto para la medida FIQ**

Estudio	Línea base			Postratamiento			d	g	Intervalo de confianza para el tamaño del efecto	
	M	n	SD	M	n	SD			Inf	sup
<b>Gelman y cols., 2005</b>	68,1	14	13,10	55,7	15	19,80	0,73	<b>0,71</b>	-0,04	1,46
<b>Goldenberg, 1994</b>	54,8	39	16,00	51,1	67	18,89	0,21	<b>0,21</b>	-0,19	0,60
<b>Rivera Redondo y cols., 2004</b>	52	15	12,00	44,3	16	14,50	0,58	<b>0,56</b>	-0,16	1,28
<b>Lera, 2006</b>	57,2	31	11,30	53,2	35	13,40	0,32	<b>0,32</b>	-0,17	0,80
<b>FIQ (TCC)</b>	7,41	24	1,342	5,9	22	1,689	1,00	<b>0,98</b>	0,37	1,59
<b>FIQ (GP)</b>	7,92	24	0,992	6,96	20	2,252	0,57	<b>0,56</b>	-0,04	1,16

#### 8.4.- Significación clínica

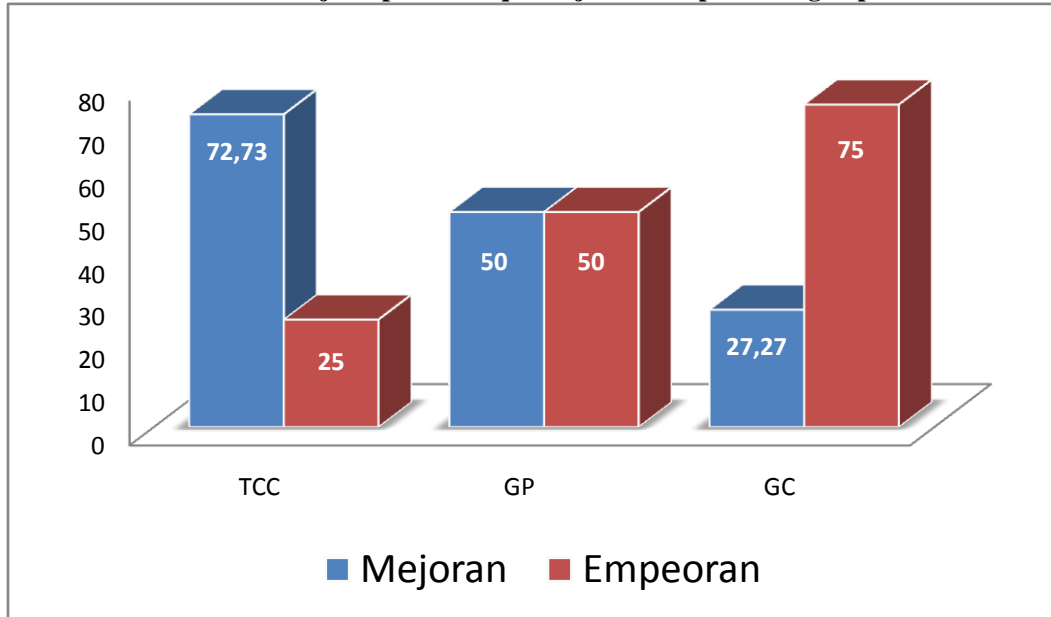
Para valorar la significación clínica además del porcentaje de pacientes con mejoría, visto en apartados anteriores, con el que ilustramos la significación estadística, utilizamos dos criterios: El ICC y el Punto de Corte (PC) de Jacobson y Truax (1991)

1. El ICC, para analizar los cambios individuales de los sujetos tras el tratamiento. Este criterio indica que para que haya cambio clínicamente significativo deben cumplirse dos criterios. En primer lugar que el paciente comience en el rango disfuncional y termine en el rango funcional. En segundo lugar, que el puntaje de cambio esté dentro de la magnitud de lo que se considera confiable (Jacobson y Truax, 1991). Los sujetos que han mejorado significativamente son aquellos que obtienen una puntuación mayor o igual al ICC.
2. El Punto de corte (PC), para establecer el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional.

Los resultados obtenidos a través del análisis de la significación clínica de las intervenciones a través del ICC, muestran que hay muchos pacientes que no obtienen un cambio clínicamente significativo sobre las variables de resultado evaluadas (intensidad de dolor, impacto de la fibromialgia, malestar emocional y calidad de vida general), contrastando estos resultados con los obtenidos a partir de los métodos estadísticos habitualmente informados, antes comentados.

En cualquier caso, la dirección de los resultados obtenidos a través del análisis de la significación clínica de los efectos de las intervenciones sugiere resultados similares a los obtenidos con los análisis antes comentados. De hecho, los resultados obtenidos a través del punto de corte (que separa a una población funcional de otras disfuncional) y relativos a la evaluación post-intervención (Ilustración 38) sugieren que el programa cognitivo-conductual es más eficaz que los otros programas a la hora de reducir de forma significativa la sintomatología sensorial de un mayor número de pacientes con fibromialgia (en un 72,73 % de pacientes del programa TCC se obtiene un cambio clínicamente significativo, frente a un 50% en el programa GP y un 27,27% en el GC).

**Ilustración 38. Porcentaje de pacientes que mejoran o empeoran según punto de corte**



El 72 % de los pacientes del grupo de TCC alcanzó un *nivel de bienestar correspondiente a una población funcional* ya que obtuvo un puntaje final menor al PC, aunque el cambio fue menor que el ICC.

#### 8.5.- Análisis por intención de tratar

Hemos analizado la eficacia de dos intervenciones psicológicas para el tratamiento complementario del SFM. Cada participante ha sido asignado a uno u otro grupo de manera aleatoria; sin embargo catorce sujetos no terminaron el programa de tratamiento (programa + seguimiento).

En nuestro análisis de intención de tratar hemos tomado todos los sujetos de la muestra inicial (n=72) y hemos observado si habría habido diferencias con respecto a los resultados obtenidos por la muestra de completadores (n = 58). Para ello hemos hipotetizado que los catorce sujetos que no completaron el programa y fueron excluidos de estudio (seis del grupo de terapia cognitiva y 5 del grupo de gestión personal) mostraron las mismas puntuaciones en los mismos instrumentos antes y al final (postest) y en los diferentes momentos en que se les evaluó. Tras hacer esta suposición, se volvieron a calcular los resultados del estudio.

**Tabla 53. Sintomatología global pre / post y seguimiento grupo TCC incluyendo sujetos no completadores**

VARIABLES DEPENDIENTES	VISITAS	Media $\pm$ DT	Chi-cuadrado	p
<b>NPD</b>	1	17,21 $\pm$ 2,167	9,750	<b>,021</b>
	2	16,00 $\pm$ 3,270		
	3	15,08 $\pm$ 3,966		
	4	15,67 $\pm$ 4,104		
<b>TPD</b>	1	39,33 $\pm$ 11,270	3,043	,385
	2	36,50 $\pm$ 11,580		
	3	35,92 $\pm$ 13,670		
	4	36,21 $\pm$ 12,877		
<b>INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR</b>	1	6,66 $\pm$ 1,470	16,101	<b>,001</b>
	2	5,37 $\pm$ 1,823		
	3	5,84 $\pm$ 1,643		
	4	6,29 $\pm$ 2,061		
<b>MALESTAR EMOCIONAL</b>	1	5,00 $\pm$ 1,588	17,381	<b>,001</b>
	2	3,76 $\pm$ 1,700		
	3	4,38 $\pm$ 1,416		
	4	4,31 $\pm$ 1,852		
<b>PUNTUACION TOTAL FIQ</b>	1	7,41 $\pm$ 1,342	18,224	<b>,001</b>
	2	6,02 $\pm$ 1,707		
	3	6,45 $\pm$ 1,584		
	4	6,76 $\pm$ 1,979		
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (EQ-5D)</b>	1	6,34 $\pm$ ,887	18,527	<b>,001</b>
	2	5,63 $\pm$ ,930		
	3	6,00 $\pm$ ,848		
	4	6,25 $\pm$ ,937		

La tasa de pérdidas al finalizar el ensayo para cada grupo fue del veinticinco por ciento (25 %) para el grupo de terapia cognitivo conductual, veinte con ocho por ciento (20,8 %) para el grupo de gestión personal y de doce con cinco por ciento (12,5 %) para el grupo de control. Las razones de estas pérdidas fueron manifestadas por situaciones ajenas a la terapia. Optamos por la prueba no paramétrica de Friedman, que utiliza chi-cuadrado como estadístico de contraste. Dicho estadístico así como la probabilidad asociada, aparece igualmente en dichas tablas. Los valores para el grupo de Terapia Cognitivo Conductual aparecen en la tabla 54; los valores para el grupo de Gestión Personal aparecen en la tabla 55 y los valores para el grupo de Control aparecen en la tabla 56.

Si comparamos estos análisis, para toda la muestra observamos que se ha reflejado las mismas diferencias significativas, en las mismas variables que en la muestra de completadores, lo que significa que si todos los sujetos seleccionados hubieran

completado el tratamiento de terapia cognitivo conductual, se hubieran obtenido los mismos resultados.

**Tabla 54. Sintomatología global pre / post y seguimiento grupo de GP incluyendo a sujetos no completadores**

VARIABLES DEPENDIENTES	VISITAS	Media ± DT	Chi-cuadrado	p
<b>NPD</b>	1	15,83 ± 2,899	2,314	,510
	2	14,92 ± 3,878		
	3	14,96 ± 5,377		
	4	14,63 ± 4,382		
<b>TPD</b>	1	33,00 ± 9,864	2,560	,465
	2	32,79 ± 13,888		
	3	31,00 ± 14,289		
	4	31,71 ± 13,911		
<b>INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR</b>	1	6,75 ± 1,830	2,576	,462
	2	6,13 ± 1,997		
	3	6,40 ± 1,814		
	4	6,26 ± 2,197		
<b>MALESTAR EMOCIONAL</b>	1	4,97 ± 1,342	2,744	,433
	2	4,14 ± 1,801		
	3	4,72 ± 1,699		
	4	4,73 ± 2,001		
<b>PUNTUACION TOTAL FIQ</b>	1	7,92 ± ,992	8,592	<b>,035</b>
	2	6,42 ± 2,053		
	3	7,12 ± 1,979		
	4	7,16 ± 2,101		
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (EQ-5D)</b>	1	6,45 ± ,631	7,525	,057
	2	5,94 ± ,892		
	3	6,32 ± ,872		
	4	6,18 ± ,842		

En el grupo de Gestión Personal (Tabla 54) se han reflejado las mismas diferencias significativas, en las mismas variables que en la muestra de completadores, lo que significa que si todos los sujetos seleccionados hubieran completado este tratamiento, se hubieran obtenido los mismos resultados, incluso se hubiera alcanzado una tendencia a la significación en calidad de vida general.

En el grupo de Control (Tabla 55) la evolución sigue siendo significativamente más desfavorable en número de puntos dolorosos, intensidad de dolor de puntos gatillo y menor en malestar emocional, aunque en todos los casos los niveles de sintomatología a lo largo de las medidas *pre*, *post* y *seguimiento* fueron progresivamente aumentando.

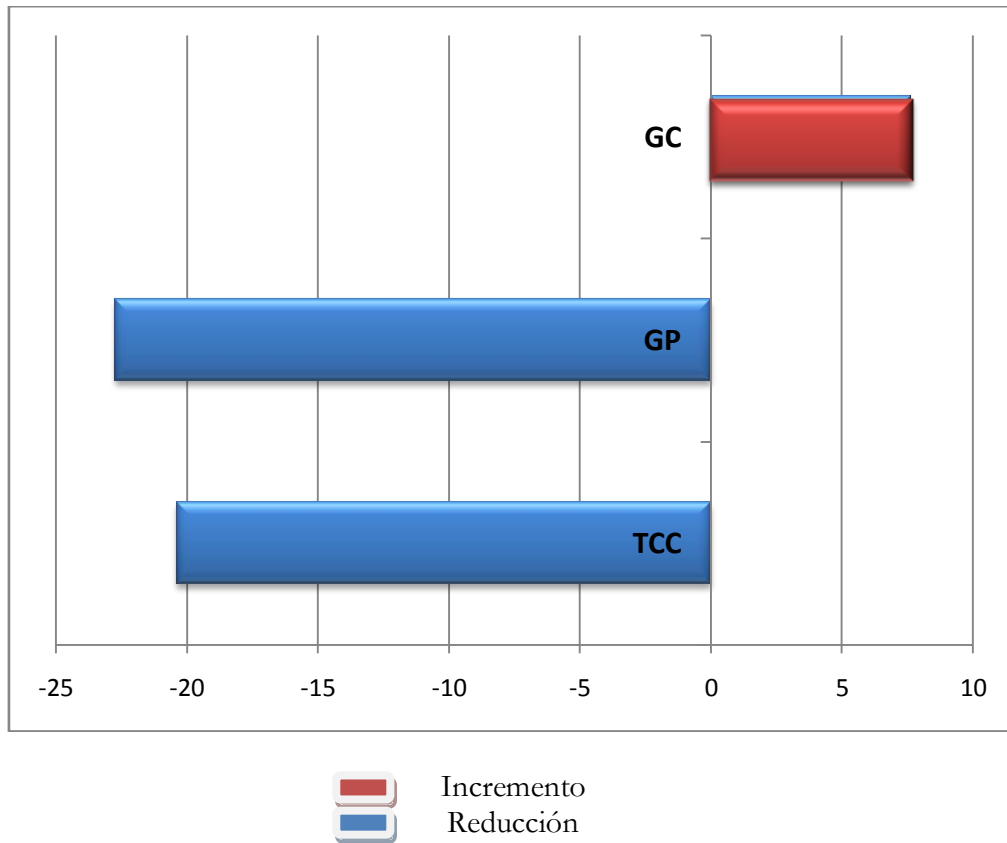
Recordamos que en este grupo las pérdidas fueron menores de tres sujetos, por lo que los análisis apenas han variado.

**Tabla 55. Sintomatología global pre / post y seguimiento GC incluyendo a sujetos no completadores**

VARIABLES DEPENDIENTES	VISITAS	Media $\pm$ DT	Chi-cuadrado	p
<b>NPD</b>	1	15,21 $\pm$ 2,978	8,074	<b>,045</b>
	2	14,63 $\pm$ 3,876		
	3	14,42 $\pm$ 4,106		
	4	16,21 $\pm$ 3,611		
<b>TPD</b>	1	32,58 $\pm$ 12,765	8,593	<b>,035</b>
	2	31,63 $\pm$ 11,305		
	3	31,21 $\pm$ 15,789		
	4	38,63 $\pm$ 13,862		
<b>INTENSIDAD PERCIBIDA DOLOR</b>	1	6,65 $\pm$ 1,745	,873	,831
	2	6,90 $\pm$ 1,813		
	3	6,48 $\pm$ 1,837		
	4	6,84 $\pm$ 2,078		
<b>MALESTAR EMOCIONAL</b>	1	4,55 $\pm$ 1,576	6,789	,079
	2	4,94 $\pm$ 1,069		
	3	5,02 $\pm$ 1,195		
	4	5,33 $\pm$ 1,379		
<b>PUNTUACION TOTAL FIQ</b>	1	6,97 $\pm$ 1,620	2,605	,455
	2	7,50 $\pm$ 1,034		
	3	7,23 $\pm$ 1,558		
	4	7,29 $\pm$ 1,932		
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL (EQ-5D)</b>	1	6,23 $\pm$ 1,036	2,493	,476
	2	6,36 $\pm$ 1,016		
	3	6,43 $\pm$ ,96		
	4	6,68 $\pm$ 1,32		

Por lo tanto, igual que en la muestra de completadores, se observan las mismas diferencias significativas respecto al tipo de tratamiento recibido y los resultados obtenidos por la muestra que completó el tratamiento (ver ilustración 39) en los dos programas no se han visto alterados en caso de haber participado todos los sujetos seleccionados, evitando ese tipo de sesgo de selección.

Ilustración 39. Proporción de incremento / reducción clínica en el FIQ



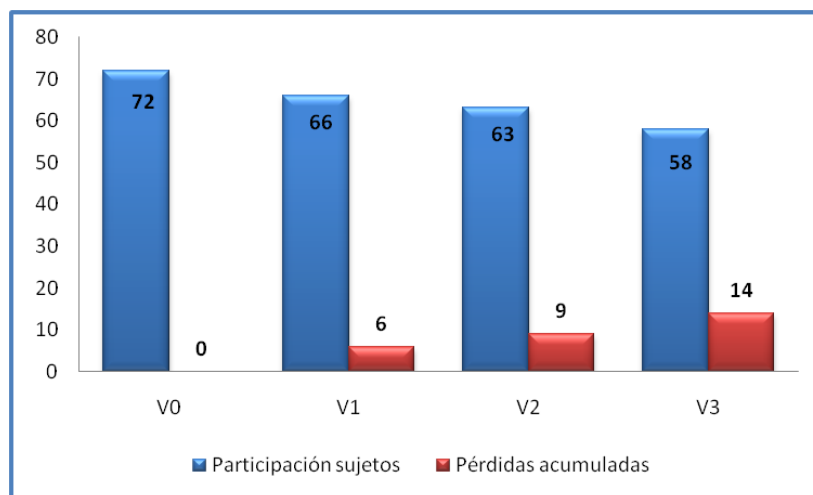
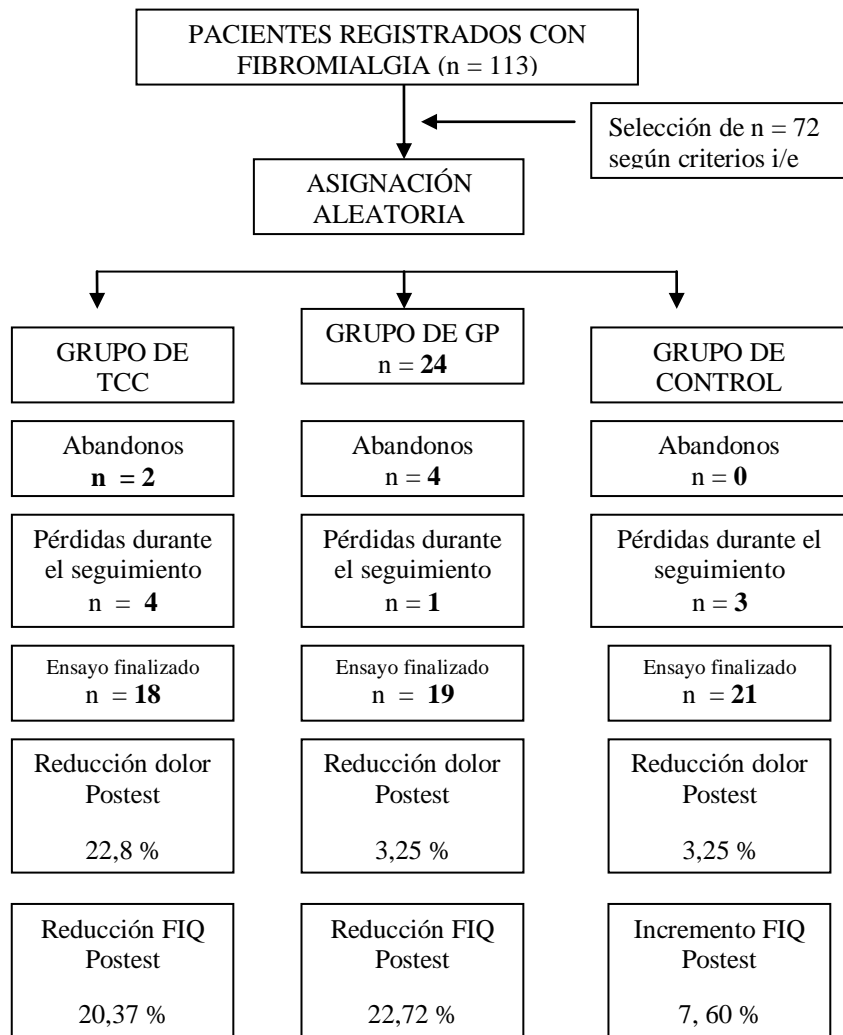
Aunque no existen diferencias significativas entre programas tras la intervención en el índice de cambio confiable sí existe una tendencia ( $\text{Chi-cuadrado} = 5,00$ ;  $p < .001$ ) a que, en la evaluación de seguimiento, un mayor número de personas que participaron en el programa cognitivo-conductual tengan significativamente menos dolor.

El porcentaje de decremento en la intensidad del dolor (antes-después) de la intervención fue del 22,80 % para el grupo de TCC, de 3,25 % para el grupo de GP, de 3,75 para el grupo de GC. En el impacto de la enfermedad (FIQ) un decremento (ver ilustración 39), para el grupo TCC de 20,37 %, para el grupo de GP del 22,72 % y un incremento del 7,6 % para el GC.

En la ilustración 40, mostramos que la tasa de pérdidas de sujetos al finalizar el ensayo para el grupo de TCC es del 25 %, para el grupo de GP, del 20,83 % y para el GC, del 12,5 %. Es importante recordar que la tasa de pérdidas estimada que se calculó para el tamaño de la muestra era del 20 %.



**Ilustración 40. Evolución de la participación**





# Capítulo 9

---

## **DISCUSIÓN**

---



## Esquema

### 9.- DISCUSIÓN.

- 9.1.- CONSIDERACIONES TEÓRICAS.
  - 9.2.- METODOLOGÍA.
  - 9.3.- SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA.
  - 9.4.- TAMAÑO DEL EFECTO.
  - 9.5.- SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.
  - 9.6.- ANÁLISIS POR INTENCIÓN DE TRATAR.
  - 9.7.- ANÁLISIS DEL CONJUNTO DE LOS DATOS.
  - 9.8.- IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA.
  - 9.9.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.
  - 9.10.- FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.
-



## **9.- DISCUSIÓN**

En este apartado se pretende ofrecer una valoración de los contenidos del presente trabajo, desde un punto de vista teórico, metodológico y centrándonos sobre todo en los resultados de la investigación. Hemos pretendido valorar la eficacia diferencial de dos intervenciones grupales específicas, tratando en primer lugar de enmarcarlo dentro de la bibliografía consultada sobre los tratamientos cognitivo conductuales y de gestión personal aplicados a las personas diagnosticadas de fibromialgia. Con este propósito, tratamos de contribuir a la necesidad de realizar investigaciones en las que se diseñen y evalúen intervenciones que puedan resultar útiles para los pacientes de dolor crónico y en particular de la fibromialgia (Morley y Williams, 2006).

El logro de este objetivo se pretende valorar además desde diferentes planteamientos, añadiendo al tradicional método de análisis estadístico de los resultados habitualmente informado en los trabajos de investigación, el análisis de la significación clínica mediante la metodología de un ensayo clínico controlado y aleatorizado.





### 9.1.- Consideraciones teóricas

El SFM es un trastorno complejo, que se caracteriza por dolor crónico generalizado, no articular de tipo neuropático (ver pág. 77) y sensación dolorosa a la presión de unos puntos sensibles específicos que pueden llegar a ser invalidantes (Collado y cols., 2002). En los últimos años el SFM ha adquirido cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden (Rivera y cols., 2006).

Como vimos en los apartados correspondientes, para estos pacientes, el dolor es su enfermedad, que sumado a la impotencia de cómo manejar diferentes aspectos de su calidad de vida de manera efectiva resulta ser desencadenante de profundo malestar y sufrimiento para quien lo padece, así como para sus familias. La mayoría de los autores coinciden en señalar que la etiopatogenia es multifactorial, que genera un déficit en cascada de distintos sistemas y sustancias donde intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo fenómeno central lo constituiría una alteración en la modulación del dolor. En la actualidad, se ha propuesto una revisión de los criterios para su diagnóstico (IASP, 2007) y su tratamiento es limitado.

En comparación con otras enfermedades reumatológicas, los pacientes de fibromialgia presentan mayores índices de depresión, conductas de enfermedad más desadaptativas y peor calidad de vida: recurren con mucha frecuencia a los servicios de salud. Y, por mucha atención que se les preste, se sienten, en general poco comprendidos, no solo por el servicio sanitario, sino también por el entorno laboral y familiar, lo que contribuye al empeoramiento del cuadro sintomático (Vidal-Coll y Alegre, 2007).

La insatisfacción con los resultados encontrados desde el modelo biomédico, permitió la incorporación de factores que desde la Teoría de la Neuromatriz (Melzack, 2000) (ver pág. 87), ayudando a explicar la cronicidad del dolor. Las importantes aportaciones desde el modelo transaccional de estrés (Lazarus y Folkman, 2000; Sandín, 1995) aplicado a los pacientes de fibromialgia (Okifuji y

Turk, 1999) han ayudado a entender como determinadas variables personales y sociales puedan intervenir a desarrollar el síndrome de fibromialgia.

A nuestro juicio, éste es el marco desde donde se han de incorporar las variables psicosociales que formen parte de la evaluación y tratamiento integral de la fibromialgia. Desde este punto de vista hemos considerado el dolor como el estresor que el sujeto evalúa y afronta. Nos referimos, pues, a un proceso que implica la intervención dinámica de elementos cognitivos emocionales y conductuales en situaciones en las que el estímulo principal es el dolor.

## **9.2.- Metodología**

Antes de abordar el análisis de los resultados obtenidos, nos parece interesante detenernos en algunos aspectos metodológicos de este estudio, puesto que éstos son el marco desde donde se pueden interpretar los resultados. En este apartado nos centraremos en la muestra y en la selección de variables utilizadas.

En primer lugar, nos propusimos analizar las características de la muestra evaluada. Este trabajo comparte con la mayoría de los trabajos sobre intervenciones con fibromialgia (Gorriz y cols., 2002; Pastor y cols., 2003; Thieme, Turk y Flor, 2007) un tamaño muestral pequeño. Las características sociodemográficas de la muestra de pacientes con SFM de este estudio coincide con las presentadas en la mayoría de las investigaciones, tanto realizadas en nuestro país, como fuera de él: se trata de pacientes de género femenino, mediana edad, casadas y que trabajan fuera de casa. En su mayoría padecen además otras patologías asociadas, una larga historia de padecimiento del problema. Sin embargo hay una tendencia a que el tiempo de padecimiento de los síntomas hasta el diagnóstico sea menor, probablemente relacionado por una mayor sensibilización de este padecimiento por los especialistas y que su diagnóstico no conlleve un peor pronóstico (Carmona, 2006)

En términos generales las puntuaciones medias para cada condición de intervención y variables evaluadas comparten el mismo cuadro clínico que otros estudios trabajos (Redondo y cols., 2004; Thieme, Turk y Flor, 2007), aunque algunos de ellos presentan puntuaciones más frecuentes en nuestros pacientes. La frecuencia más elevada de esta sintomatología probablemente se encuentre relacionada con la severidad del síndrome (p.e., los valorados con el cuestionario FIQ), la asociación con otras patologías y a los años de evolución de la sintomatología.

Los resultados de este estudio son por lo tanto generalizables a aquellos pacientes con SFM con unas características similares a las descritas, pero que presentan una gran comorbilidad de otras patologías (Merayo y cols., 2008).

Por otra parte, necesitábamos conocer si nuestra muestra era homogénea respecto a las medidas utilizadas en nuestro estudio. Antes del inicio del tratamiento los grupos eran homogéneos en relación a nuestras variables dependientes objeto de estudio, salvo en nivel de educación y consumo de alcohol. Así dentro del grupo de tratamiento cognitivo conductual encontramos sujetos que poseían un nivel académico mayor que los sujetos de los otros grupos y en el grupo de control a seis sujetos que indicaban que consumía alcohol. Estas diferencias nos sugirieron analizar la asociación en las variables dependientes para el nivel educativo y consumo de alcohol. Dicho análisis reveló que las diferencias en las variables extrañas no anulan los efectos del tratamiento. Este aspecto, junto con otros aspectos relativos al procedimiento del estudio (por ej., aleatorización de la asignación de los sujetos a las condiciones de intervención, la utilización de un grupo control), otorga al presente estudio una aceptable calidad metodológica de partida.

Respecto a la selección de variables nos hemos guiado de acuerdo con los criterios OMERACT, 2007 para el SFM (Mease y cols., 2007) que establece un consenso sobre los dominios a valorar en el SFM. Respecto a los instrumentos de evaluación utilizados, se guió en todo momento por el análisis de sus propiedades psicométricas. En general, hemos de tener en cuenta, que los instrumentos de medida pueden presentar limitaciones (de las Cuevas, 1992). La utilización de estos instrumentos

para la evaluación de los sujetos (antes y después de la intervención) así como el análisis estadístico se realizó por un grupo de expertos de forma independiente a la realización de la intervención terapéutica, de acuerdo a la metodología de ensayo clínico controlado (Guías de práctica clínica, 2007). Se observó que todos los ítems de los cuestionarios fueran completados y comprendidos, desestimándose aquellos sujetos que no cumplieran los criterios pertinentes.

A continuación pasamos a detallar aquellos aspectos de la batería de pruebas de evaluación que creemos interesante reseñar.

En primer lugar, y con respecto al cuestionario sociodemográfico incluimos las variables más habituales para la caracterización de las muestras clínicas. El cuestionario administrado por los médicos evaluadores recoge información de naturaleza sociolaboral y sobre hábitos de salud.

Tras la administración del cuestionario sociodemográfico, los evaluadores medían los puntos de dolor fibromiálgico y la valoración de la intensidad de dolor. Esta escala nos ha parecido idónea para nuestro estudio porque se adecúa a nuestros objetivos, por su simplicidad, rapidez y valoración independiente. Por otra parte los evaluadores nos comentaron la intensa alodinia (mecánica) encontrada en muchos pacientes, incluso antes de palpar los puntos dolorosos. Estas observaciones de conducta dolorosa en el umbral del dolor dificultaron su evaluación y contrastaban con la menor valoración del dolor en los informes subjetivos (EVA), que fue tomada como la variable principal de desenlace. Estas escalas aunque fáciles de usar y comprender por parte de los pacientes no creemos que constituyan criterios sensibles para establecer la eficacia de un tratamiento, debiendo tomarse en cuenta además aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

El cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) se seleccionó por ser un instrumento sencillo, de fácil manejo con buenas propiedades psicométricas, que recoge la valoración que hace el sujeto de su bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ansiedad, depresión, somatización y disfunción social

en las actividades de la vida diaria. Hemos encontrado que los sujetos puntuaban por debajo del punto de corte establecido como “probable caso” (6/7). De acuerdo con los autores (Lobo y cols., 1986) consideramos que un punto de corte por debajo de estos criterios da lugar a una mayor sensibilidad a costa de reducir su especificidad.

En la valoración de la calidad de vida general utilizamos el EuroQol-5D. Sus preguntas representan múltiples dimensiones o áreas generales de afectación. Su uso ha resultado fundamental como medida complementaria a la variable principal de desenlace y evaluación del éxito / fracaso del tratamiento. Sin embargo, hemos observado que al no ser un instrumento adaptado a nuestra población, existe una serie de ítems que no han resultado totalmente válidos. Así, por ejemplo, en la segunda parte del cuestionario las puntuaciones del estado de salud en una escala visual analógica cuyos extremos son 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable) como en el peor de los casos, no creemos que deban tomarse como un buen indicador de salud general.

El Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) fue seleccionado por ser una medida sensible al cambio clínico en respuesta a los tratamientos. Sin embargo, el ítem 3 “días de absentismo laboral” que recoge la cantidad de días que la persona no fue a trabajar, muchos sujetos la dejaron sin contestar bien porque se encontraban de baja laboral y en otros porque la entendieron de forma incorrecta. Este ítem y el número 4 no tienen en cuenta el trabajo doméstico y sólo valoran el trabajo remunerado. Estas apreciaciones coinciden con las últimas modificaciones realizadas al cuestionario (Esteve y cols., 2007).

La escala de expectativas de cambio se seleccionó por ser una medida sensible al fracaso terapéutico y confianza a la asignación del tratamiento con el propósito de ayudar a esclarecer la credibilidad de la intervención de los grupos. Los grupos de TCC y GP fueron equivalentes en credibilidad en comparación con el control (que no recibía tratamiento) no influyendo en los resultados de tratamiento. Estos datos nos sugieren, de acuerdo con Morley y Williams (2006), que el grupo de Gestión Personal proporciona un control excelente para el problema de la no equivalencia

estructural encontrada en muchos ensayos. Por otra parte, hemos de tener en cuenta además como predictores de razón del cambio, la cronicidad de la enfermedad, la severidad y nivel de malestar sintomático en la que se encuentra la muestra evaluada (Lera, 2006).

La aplicación del protocolo ha supuesto un esfuerzo por parte de los evaluadores en valorar, por una parte si la persona iba comprendiendo los distintos ítems para poder adaptarlos a su lenguaje, y por otra parte, para detectar criterios de inclusión y exclusión al ensayo.

Respecto al grupo de tratamiento utilizado, comentaremos brevemente aquellos cambios introducidos en los dos programas de tratamiento respecto a sus originales tomados como referencia.

En el grupo de TCC, se programa una intervención de 12 seminarios repartidos en 10 semanas consecutivas, con una duración de entre 2,30 y 3 horas cada seminario. Las sesiones se estructuran siguiendo el esquema propuesto por Philips (1988), en el Shaughnessy Hospital de Vancouver (Canadá), en el que se introdujeron algunas modificaciones relacionadas con la temática expuesta, para adecuarlo a la realidad de la muestra: a) Revisión de tareas; b) Fase educativa o de preparación al tratamiento; c) Entrenamiento en la habilidad cognitiva de afrontamiento del dolor y d) Aplicación y práctica para cada sesión. Los temas que se trabajan son: Acercamiento al conocimiento del dolor y visión general del tratamiento, estados emocionales y relajación, ejercicio físico, análisis de pensamientos negativos y reestructuración cognitiva, familia y enfermedad, habilidades sociales, manejo del cansancio y recaídas. Nuestro programa de intervención coincide en el tiempo con la participación en el ensayo sobre tratamiento cognitivo conductual en pacientes con lumbalgia crónica, en Unidades de Dolor (Moix y cols., 2007). A diferencia de este ensayo no se dedica ninguna sesión al manejo de la atención; sexualidad; a los valores y establecimiento de objetivos y su relación con el dolor, recomendándose prácticas de meditación de la atención como ejercicios para casa (Wilson y Luciano, 2002) y se trabajaron en las sesiones de reestructuración cognitiva ejercicios de la Terapia de Aceptación y

Compromiso (Wilson y Luciano, 2002). En nuestra opinión sería necesario prestar mayor atención a este componente en los pacientes de dolor crónico (Cano, Martínez, Merayo y Rodríguez, 2008) y en particular de los pacientes de fibromialgia por la tendencia a la hipervigilancia de los estímulos dolorosos (Okifuji y Turk, 1999). Un componente del programa que diferenciaba tanto el de Philips (1988), como el de Moix y cols., 2007, fue la inclusión de la familia en el programa de tratamiento. Estudios previos (Moioli y Merayo, 2005; Merayo, Cano y Rodríguez, 2008), analizan la creencias de enfermedad de los familiares de los pacientes con fibromialgia. Los resultados nos hacen considerar la importancia del trabajo con el entorno familiar, para conseguir mejorar la adaptación del paciente, ya que la familia puede ser fuente de ayuda y cooperación si utiliza estrategias adecuadas y también todo lo contrario, si utiliza estrategias poco efectivas para el control y/o reducción del malestar.

Respecto al programa de Gestión Personal, se programan seis sesiones semanales de dos horas cada una. Cada sesión tiene de 5 a 7 actividades siguiendo el tratamiento programado por la Universidad de Stanford: Spanish Arthritis Self-Management (Lorig, González y Ritter, 1999), al que solicitamos su manual de tratamiento y autorización para su aplicación. Realizamos algunas modificaciones relacionadas con la temática expuesta, para adecuarlo a la realidad de la muestra y su aplicación. Durante la fase de reclutamiento de la muestra se seleccionó a los monitores que iban a realizar y liderar los seminarios, en función de su motivación para el cambio y confianza en poder enseñar a otros pacientes con su misma enfermedad las técnicas que se le había entrenado. A diferencia del programa de Stanford, dedicamos una sesión a la memoria. Tomamos esta decisión en función por la importancia que le dieron las monitoras en relación con su enfermedad. Es muy frecuente que los pacientes con dolor crónico presenten problemas de memoria y concentración, siendo una importante fuente de malestar (Esteve y Ramírez, 2003). Estos autores consideran, aunque sin evidencia, que los sesgos atencionales son consecuencia de la alteración del estado de ánimo, que del dolor mismo concretamente los pensamientos catastróficos parecen jugar un papel importante. En nuestra opinión futuros estudios deberían prestar mayor atención a incorporar medidas terapéuticas que influyan primero en los pensamientos catastróficos y después en las alteraciones

de memoria en este tipo de programas. A diferencia del programa original no proporcionamos información de todas las principales enfermedades reumáticas, centrándonos en la fibromialgia e incorporamos la sesión de habilidades de comunicación del grupo de Terapia Cognitivo-Conductual. Una de las quejas más comunes que escuchamos en los talleres con personas enfermas de Fibromialgia es la dificultad que tienen estas personas para decir “no” a las distintas demandas de su ambiente y de no ser comprendidas, estableciendo un patrón de relación con los que le rodean basado en el dolor. Tras la intervención consideraron al igual que en el estudio de Moiola y Merayo (2005) ser uno de los componentes del tratamiento más valorados y efectivos para mejorar su sentimiento de autoeficacia.

Los programas de tratamientos expuestos y la calidad metodológica del ensayo clínico fueron valorados, teniendo en cuenta los criterios establecidos por las Guías de Salud de la Práctica Clínica (2007) y Yates y cols., (2005), en particular con pacientes con dolor crónico (ver pág. 210 y 211). Teniendo esto en cuenta, este estudio cumple los siguientes criterios de calidad metodológica y de tratamiento:

- El ensayo define con claridad cuál es la variable principal y cuáles las secundarias. Es necesario ser cauto con los resultados finales del ensayo, ya que la potencia estadística estimada no ha sido suficiente para detectar las diferencias entre los grupos, necesitando de un tamaño de los grupos mayor.
- Aleatorización de los participantes. Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización. Se describen a los pacientes y cómo se seleccionaron.
- Hay un grupo de comparación. No obstante se cuestiona que el grupo de control sea el patrón de referencia para este tipo de estudios.
- Se realizó una evaluación ciega de los pacientes y del personal del estudio.
- Los grupos fueron similares al comienzo del estudio. Aunque no todos los sujetos pasaron por todas las intervenciones.
- Se informa de la mortalidad experimental.
- Se evalúan resultados objetivos, definiendo con claridad qué es un resultado positivo y qué es un resultado negativo.



- Se informa del tamaño del efecto y sus intervalos de confianza.
- Se realizan comparaciones múltiples entre las condiciones de intervención.
- Se incluye una evaluación de seguimiento y éste fue completo.
- Se realizan evaluaciones tanto de la significación estadística como clínica de los resultados.
- Los resultados son útiles, Los pacientes incluidos en nuestro ensayo son parecidos a los de otros estudios. Aunque no se tiene en cuenta variables moduladoras y características clínicas de los pacientes con un resultado positivo. En nuestra opinión los beneficios de atender al componente cognitivo y emocional de estos pacientes, supera a los costes.

Respecto al tratamiento:

- Se ofrece una explicación razonable del tratamiento y una adecuada descripción de su contenido.
- Se informa del número de sesiones y su duración.
- Se informa de un manual de tratamiento.
- Se presenta una autorización de la Universidad de Stanford, respecto al tratamiento de Gestión Personal y se dice que se ha realizado un entrenamiento en las habilidades de terapia de grupo cognitivo-conductual en un estudio piloto, aunque no se acredita.
- Aunque se conservan consentimientos informados e informes cualitativos de la valoración de los pacientes de la terapia y de la realización de las tareas a lo largo del tratamiento, no hay evidencia de que los pacientes se hayan comprometido activamente en el tratamiento. Sin embargo, se informa sobre la implementación de la terapia.

Somos conscientes del gran número de dificultades y limitaciones metodológicas que el presente estudio plantea. Sin embargo, dado el gran interés clínico y de salud pública que pueden desprenderse de las aplicaciones prácticas de esta investigación, hemos creído necesario salvar dichas cuestiones

### **9.3.- Significación estadística**

En términos generales, los resultados obtenidos a partir del análisis de la significación estadística sugieren que solo el Programa Cognitivo-Conductual es el tratamiento a través del cual se obtienen mejores resultados para las afectadas de SFM. Estos resultados resultan coherentes con los efectos esperados en este tipo de programas (Philips, 1988; Morley y Williams, 2006; Bennett y Nelson, 2006).

En el caso del programa de Gestión Personal, aunque se ha observado que el impacto de la enfermedad disminuye de forma significativa en la evaluación de seguimiento, no se encuentran resultados muy diferentes a los observados en el grupo control, en la variable principal de desenlace. Estos resultados, sin embargo no coinciden con otros estudios (Cedraschi y cols., 2004; Lorig, González y Ritter, 1999). Estos autores encontraron que este tipo de programa consigue mejorar de forma significativa y mantenida a los seis meses la satisfacción, la calidad de vida y la capacidad funcional en los pacientes con SFM comparados con el grupo control. La diferencia en estos resultados podría encontrarse en que el tratamiento fuese inadecuado, por la dificultad que pudieron encontrar los monitores o su escaso entrenamiento en incrementar un compromiso hacia la aproximación de automanejo de la enfermedad, que pudiese servir como mediador o moderador de un tratamiento exitoso (Merayo y cols., 2008). Además de este sesgo de motivación, otros factores importantes que debemos tomar en cuenta al comparar, los estudios de evaluación y tratamientos psicológicos provenientes de diferentes lugares del mundo, están los aspectos relacionados con diferentes estilos de vida, dieta, aspectos culturales, psicológicos, económicos y sociales entre las poblaciones americanas y españolas, que no se encuentran bien caracterizados en nuestra muestra pero que muy probablemente influyan parcialmente en las diferencias de los estudios.

Por tanto, parece necesario seguir ofreciendo a quienes se encuentran emocionalmente afectados por el impacto de la enfermedad, intervenciones psicoterapéuticas que les ayuden a reducir su malestar. Conviene además la selección adecuada de los pacientes, una mejor preparación de las habilidades de

entrenamiento de la terapia y ofrecer estas intervenciones cuanto antes, pues varios autores (Turk, Okifuji, Sinclair y Staz, 1998; Okifuji y Turk, 1999) han comprobado que el tratamiento adaptado a los diferentes perfiles de riesgo han mejorado la eficacia de los tratamientos y que los pacientes con menor tiempo de evolución de la sintomatología obtienen unos mayores beneficios (Okifuji y Turk, 1999). Es decir, las intervenciones para aliviar el malestar emocional asociado al dolor cuanto antes mejor, pues si no su impacto puede ser escaso o llegar demasiado tarde.

#### *Análisis por condición de intervención*

Los resultados obtenidos al analizar las diferencias entre las puntuaciones preintervención y postintervención y entre las puntuaciones pre-intervención y seguimiento muestran que a través del programa cognitivo-conductual se obtienen reducciones significativas tras la intervención y en el seguimiento en el número de puntos dolorosos, intensidad percibida de dolor, impacto de la enfermedad, malestar emocional y calidad de vida general.

Con respecto al programa de Gestión Personal, se han obtenido resultados significativos al analizar la variable impacto de la enfermedad. Concretamente, se ha observado en la fase de seguimiento una reducción significativa de la puntuación en esta variable. Sin embargo, otras tendencias apuntadas durante el post-tratamiento disminuyeron seis meses después, como en el caso de la calidad de vida o aumentaron en el número de puntos de dolor. En los estudios donde se analiza los programas de Gestión personal (Lorig, 1989), aparece la misma tendencia a lo largo del tiempo, lo que les llevó a elaborar un curso de ayuda o refuerzo que impartirían a las personas al año justo de haber finalizado el primero para mejorar de nuevo estos resultados.

#### *Análisis por fase de evaluación*

Cuando se comparan las puntuaciones en las variables de resultado por condiciones de intervención se obtiene que, no hay diferencias previas a la intervención entre condiciones de intervención. Tras la intervención se obtienen diferencias

significativas entre programas observándose que la puntuación media en intensidad de dolor obtenida por los participantes en el programa cognitivo-conductual es significativamente menor a la del programa de Gestión Personal y estos más que el de control sobre la sintomatología experimentada. Concretamente partiendo de peores niveles de sintomatología (medida *pre*), los grupos experimentales muestran puntuaciones más bajas que el grupo de control en el periodo y en la variable de resultado principal que el grupo de control en el periodo post y seguimiento. Además los pacientes intervenidos con el programa TCC, presentan un menor impacto de la enfermedad, menor malestar emocional y mayor calidad de vida. En el grupo GP sólo se mantienen mejorías en menor número de puntos dolorosos, menor impacto de la enfermedad y mayor calidad de vida general. En el grupo Control presentan un empeoramiento en el impacto de la enfermedad y calidad de vida general. Por lo tanto, sobre todo el programa TCC contribuye a incrementar recursos que el sujeto pone en marcha ante la existencia (real o posible) de determinadas condiciones que alteran el nivel de sintomatología aceptable.

No obstante, el aumento de la sintomatología, en todos los grupos de tratamiento en el periodo final del ensayo, no es superior a como en general comenzaron en este tratamiento comparados con el grupo control; por otra parte, nos hace pensar en la existencia de aspectos ajenos al programa que contribuyen igualmente a un aumento de la sintomatología experimentada. Estos datos coinciden con el estudio de Mason, Goolkasian y McCain, (1998). Estos autores mostraron que las diferencias entre los grupos tienden a decrecer o desaparecen en el seguimiento a los seis meses.

Durante el seguimiento se reflejó un empeoramiento en todos los grupos de la sintomatología (número de puntos dolorosos) que los pacientes atribuyen a que su sintomatología se ve afectada por el tiempo. Sin embargo, no hemos encontrado evidencia que sustente las atribuciones de los pacientes. Tal y como apunta Vallejo, (1994) con respecto a la “sensibilidad a los cambios climáticos” resulta difícil dar una explicación, ya que es probable que estas variaciones estén ligadas a cambios en la presión atmosférica y el modo en que estos afectan al sistema vascular y aun considerando estos factores ajenos al programa, es preciso atender a otros como la

anticipación de las variaciones de la intensidad o aparición del dolor, la interpretación de las sensaciones corporales percibidas, etc.

Nuestro ensayo, al igual que el de Lera (2006), consigue mejoras significativas en la intensidad de los síntomas en la calidad de vida general, sin embargo en nuestro estudio la Terapia Cognitivo Conductual consigue mayores efectos que el tratamiento de Gestión Personal comparados con el programa multidisciplinario de Lera (2006) o el de González (1999). En este último estudio, González (1999), consigue mediante un programa multidisciplinar una mejoría de los puntos dolorosos y de la intensidad de los puntos sensibles, aunque no significativos después del periodo de tratamiento.

Al igual que el estudio de González (1999) también hemos conseguido en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual una disminución del malestar emocional, ya que estos tratamientos consisten en técnicas específicas de desactivación fisiológica y cognitiva.

#### *Análisis por condición de intervención y fase de evaluación*

Cuando se hace un análisis global para evaluar la eficacia de la intervención, mediante Kruskal-Wallis de dos factores (tipo de intervención y momento de la evaluación), los resultados señalan que únicamente hay cambios entre los tres tipos de intervención con el paso del tiempo en las variables de intensidad de dolor, calidad de vida general, impacto de la enfermedad y malestar emocional. De acuerdo con estos análisis, los resultados más positivos se obtienen a través del programa cognitivo-conductual.

#### **9.4.-Tamaño del efecto**

La magnitud de los efectos encontrados por los programas de intervención que hemos aplicado, usando la *d* de Cohen (Cohen, 1977), nos permitirá entender la importancia teórica o clínica de los resultados y nos permiten comparar los diferentes estudios. Para comparar estos resultados, tuvimos en cuenta la misma medida en diferentes estudios. Los análisis de los datos de nuestro estudio muestran un impacto

importante tras el tratamiento en las puntuaciones de FIQ, disminuyendo a lo largo del seguimiento del ensayo. La magnitud del efecto para el grupo de Gestión Personal es moderada para esta misma variable y al igual que el grupo de Gestión Personal disminuye a lo largo del ensayo.

Comparando nuestros resultados con los trabajos de Gelman y cols., (2005), Rivera y cols., (2004) y Lera, (2006) obtuvimos un tamaño del efecto mayor, y al igual que estos las diferencias se pierden en el tiempo, y menor que en el trabajo de Thieme, Turk y Flor, (2007); Cedraschi y col (2004). Estos autores obtuvieron un tamaño del efecto mucho mayor que el nuestro y las diferencias se mantuvieron significativamente con el tiempo.

Morley y cols., (1999) analizando la magnitud del tamaño del efecto en veinticinco ensayos de tratamiento en dolor crónico, demostraron que el tratamiento cognitivo conductual es más eficaz que las condiciones control para todos los dominios de medida, excepto para las expresiones de conducta de dolor. La mejor media del dominio para el tamaño del efecto que encontraron fue una de 0,52 (0.19 - 0.84) en el estado emocional asociado al dolor y la menor en las medidas sensoriales: 0,42 (0.22–0.58). Aunque los estudios analizados tienen distinta calidad metodológica, en general nos proporcionan una referencia de los resultados que se pueden conseguir.

De acuerdo con Gorriz, Garrido, Andueza y Martínez, (2001), es muy posible que la eficacia de la terapia cognitivo conductual pueda aún maximizarse. En primer lugar la eficacia puede verse favorecida en la medida que el tratamiento se realice de forma multidisciplinar, abordando de manera integrada las modalidades de tratamiento más efectivas. En segundo lugar, aplicando nuevos criterios de selección. En esta dirección parecen de especial relevancia algunos estudios recientes (Merayo y cols., 2008), que muestran que una buena motivación para el cambio y atribuciones internas de control resultan determinantes para la obtención de resultados con la terapia cognitivo conductual.

Diversos trabajos señalan la posibilidad de mejoría por el efecto producido por la atención que el grupo experimental recibe frente al control. La falta de recursos limitó el control de estos efectos (mediante el establecimiento de un diseño cruzado, en el que todos los sujetos hubiesen pasado por todos los tratamientos). No obstante el efecto de la atención se deja notar en el aumento de la sintomatología y en el deseo de los pacientes de volver a realizar una nueva terapia.

Como ha quedado demostrado, los aspectos psicológicos influyen en el mantenimiento de la fibromialgia. Por lo tanto se ha demostrado que los tratamientos psicológicos que aquí se presentan, tienen efectos añadidos al tratamiento farmacológico. Todo esto nos hace concluir que el acercamiento multidisciplinar entre las distintas áreas de intervención, en este caso Reumatología y Psicología nos ayuda a conocer y comprender mejor el síndrome de fibromialgia (González, 1999).

#### **9.5.- Significación Clínica**

Los resultados obtenidos a través del análisis de la significación clínica de las intervenciones muestran que hay muchos pacientes que obtienen levemente una mejoría pero que este cambio no es clínicamente significativo sobre las variables de resultado evaluadas, contrastando estos resultados con los obtenidos a partir de los métodos estadísticos habitualmente informados, antes comentados.

La modificación de las variables cognitivas y emocionales mediante la acción de un programa no es tarea fácil. Las disminuciones son paulatinas y no afectan a todas las variables. Merecen destacarse en este sentido las variaciones producidas en el grupo de Terapia Cognitivo Conductual. La sintomatología se encuentra sometida a continuas fluctuaciones; quizá por ello vuelva a incrementarse una vez concluido el programa. La disminución de estados emocionales negativos, así como de aumento de positivos, logran por sí mismas una disminución importante de la sintomatología, indicando que el malestar emocional puede constituir un indicador de salud, más que una variable influyente en la misma. La acción de los dos programas ha afectado a las

puntuaciones en el impacto de la fibromialgia. Igualmente las puntuaciones en malestar emocional han disminuido durante el periodo post. Finalmente la disminución de puntos dolorosos durante el seguimiento no parece corresponder a la acción de los programas, ya que se producen igualmente en los grupos experimentales y control.

Resulta fundamental que el sujeto internalice las técnicas cognitivas aprendidas. Para ello es esencial que dedique tiempo a la realización de las técnicas. En este sentido, dado el tiempo que conlleva el aprendizaje de las mismas, consideramos que el programa ha de llevarse a cabo cuando el sujeto cuente con la suficiente motivación para realizarlas. En este caso concreto, la existencia de factores estresantes (cuidador principal de un familiar dependiente) puede dificultar esta dedicación. En este sentido las actividades pueden ser percibidas por el sujeto como distractoras de sus tareas cotidianas, y contribuir más a un incremento de la tensión que a una reducción de la misma. Es por ello fundamental proponer los programas en épocas en las que el sujeto no se encuentre sometido a estresores, empleando en este sentido estrategias preventivas.

Por otra parte, los pacientes de dolor crónico presentan expectativas no ajustadas respecto al tipo de tratamiento en disminución del dolor, pudiendo estar relacionado con el éxito terapéutico (Monsalve y de Andrés, 1999) que actúa sobre los factores que mantienen al síndrome y en el alivio sintomático y no sobre la etiología del padecimiento. En este sentido es conveniente subrayar la necesidad de ajustar mejor estas expectativas.

#### **9.6.-Análisis por intención de tratar**

Los resultados obtenidos al analizar mediante la prueba Friedman, incluyendo a los sujetos no completadores de los programas de tratamiento, muestran los mismos resultados significativos tras la intervención y en el seguimiento que los sujetos



completadores de los programas de tratamiento. De acuerdo con estos análisis, los resultados más positivos se obtienen a través del programa cognitivo-conductual.

Hemos observado que los sujetos del grupo control partían en algunas variables con una mejor sintomatología y que esta empeoró en el tiempo comparada con los grupos experimentales. Este efecto se considera un argumento ético en contra de los grupos controles, debido al daño potencial que puede sufrir el sujeto al no ofrecerles el mejor tratamiento disponible, uno que sea potencial o teóricamente beneficioso incluso en ausencia de evidencia experimental de su eficacia. Al menos una de las fuentes de daño procedente de la metodología placebo puede distinguirse en forma de una frustración incrementada y de una falta de confianza en las profesiones de apoyo como una consecuencia muy seria a tener en cuenta (O'Leary y Borkovek, 1978). No obstante una medida para controlar estos factores no específicos fue evaluar la credibilidad de la intervención en los grupos para conocer cómo influyeron las expectativas de los pacientes en los resultados, no encontrando diferencias significativas y por lo tanto las lógicas de tratamiento de ambos programas y de grupo de control fueron equivalentes en credibilidad, no influyendo de forma significativa en los resultados de los tratamientos. Estos resultados, sin embargo, no coinciden en otros estudios que controlan esta medida (Borkovek, 1972). Tampoco se han evaluado las expectativas de los sujetos en varios puntos durante la terapia (p.e., Trexler y Karst, 1972), por lo que desconocemos si las puntuaciones en el último periodo de seguimiento hayan estado influenciadas por el efecto de manifestar un empeoramiento y la necesidad de continuar recibiendo atención en la sintomatología observada.

#### **9.7.- Análisis del conjunto de los datos**

Concluyendo, podemos decir que después del tratamiento (a los tres meses) se ha puesto de manifiesto una mejoría del grupo de Terapia Cognitivo Conductual que el de Gestión Personal en la sintomatología evaluada al inicio del mismo frente al Grupo Control (que no ha recibido tratamiento), partiendo de peores condiciones en

la sintomatología evaluada. En el periodo de seguimiento se observa que el grupo de Terapia Cognitivo Conductual va aumentando los niveles de sintomatología a lo largo del tiempo respecto al periodo *post*. El grupo de Gestión Personal tampoco mantiene los niveles de sintomatología respecto al nivel *post*, aunque en este caso sólo se observan diferencias en la visita de seguimiento tercera. En el grupo de Control no se observan diferencias significativas y empeoran sus puntuaciones en el último periodo. Recordemos por una parte que el grupo de control partía de mejores condiciones en su sintomatología que los grupos experimentales y que los grupos experimentales debían de realizar una serie de actividades de seguimiento sin tutorización.

Por último, en relación a los programas, es importante resaltar que no existió ningún tratamiento de apoyo o de reciclaje a lo largo del tiempo que se fueron sucediendo las revisiones, lo que puede hacer comprensible el hecho de que la mejoría no se mantuviera más allá de los tres meses después del alta, sobre todo en el grupo de Gestión Personal. Por otra parte, los efectos sobre la sintomatología asociada dependen en gran medida del mantenimiento de las actividades durante el periodo de seguimiento. Este hecho facilitará la modificación de variables cognitivas claves en la salud del individuo.

En resumen, los resultados obtenidos a través de este trabajo demuestran que los pacientes con fibromialgia pueden obtener beneficios psicológicos a través de su participación en programas psicoeducativos, y señalan además que:

- No a través de cualquier intervención se pueden obtener los mismos beneficios.
- Resulta necesario evaluar la implementación de la intervención para matizar los resultados, poder concluir con mayor certeza si un programa es eficaz o no y, en el caso de que éste no lo sea (por ej., programa de Gestión Personal) o los resultados no sean los esperados, valorar qué debe ser mejorado o modificado para aumentar la eficacia del mismo.

- Son necesarios esfuerzos adicionales dirigidos a mejorar la generalización de los logros obtenidos en las sesiones, al contexto de estas pacientes.

### **9.8.- Implementación de la terapia**

Uno de los aspectos que conviene resaltar es que los participantes de los grupos experimentales (que no se conocían previamente) lograron un ambiente de confianza mutuo que permitió un clima distendido donde los ejercicios de grupo eran realizados con gran disposición participativa de todos los asistentes. El tamaño reducido de los grupos facilitaba de igual modo esta disposición. Igualmente, la propia metodología del programa, que insistía en la actividad de los asistentes y proporcionaba los medios para ello, contribuía a este clima de trabajo. Es por ello que los resultados de la atención de la salud también se miden desde el punto de vista de la satisfacción del usuario (Caminal, 2001). Los pacientes que han mostrado una mayor satisfacción con el tratamiento recibido son los del grupo de Gestión Personal. Sin embargo aunque la satisfacción es un “buen resultado” (no considerado en nuestras hipótesis), no se debería confiar en que sea el “resultado bueno” (Pérez Álvarez; Fernández Rodríguez y Fernández Hermida, 2003).

Recordamos que la muestra de pacientes seleccionados, aun habiendo sido captados en Atención Especializada, su tratamiento de elección se realiza en Atención Primaria. Sin embargo la satisfacción y el pronóstico de estos enfermos no mejora en estas consultas (García Campayo y cols., 2005) si no va acompañado de un tratamiento que atienda a los aspectos cognitivos y emocionales.

### **9.9. -Limitaciones del estudio.**

Por lo tanto, el ensayo realizado en este trabajo de investigación al igual que otros (Morley y cols., 1999) demuestra que las intervenciones psicosociales pueden funcionar, pero es necesario examinar cómo mantener los logros alcanzados después de la terapia.

A continuación se ofrece un análisis de diferentes limitaciones encontradas.

En primer lugar, las estimaciones iniciales para el cálculo de la muestra superaron el porcentaje de pérdidas calculado hasta finalizar el ensayo, sobre todo en el último periodo de seguimiento del ensayo, coincidiendo con que las diferencias en las puntuaciones entre el grupo de Terapia Cognitivo Conductual y Control llegasen a ser menores. Nosotros esperábamos que con los cálculos iniciales encontrar que el efecto del tratamiento produjese una mejoría clínicamente significativa del veinte por ciento respecto al grupo control en la variable principal de desenlace (intensidad de dolor). Nuestros resultados mejoran nuestras expectativas después de la intervención, y creemos que esto es un resultado interesante o importante, en cuanto a su significación práctica, sin embargo esta ventaja se pierde en la última visita de seguimiento (novenos meses) del ensayo. Hemos intentado que la validez externa del ensayo, no se viese afectada llevando a cabo un análisis de intención de tratar que incluyera los abandonos pre-tratamiento y seguimiento en los tres grupos. Uno de los objetivos de este tipo de análisis es la de preservar la comparabilidad de los grupos creados por la aleatorización. Posiblemente, un número más amplio de sujetos en la investigación, donde al menos treinta personas compusiesen cada uno de los grupos experimentales y de Control, favorecería la determinación de resultados estadísticamente significativos.

En segundo lugar, es posible que también haya afectado de manera negativa a la efectividad del programa las diferencias individuales en características psicosociales relacionadas con el dolor y pudo tener influencia en las puntuaciones obtenidas. Turk y cols., (1998), sugirieron que el SFM puede ser un trastorno heterogéneo que consiste en varios subgrupos de pacientes con diferentes constelaciones de características físicas y psicológicas. Por lo tanto, puede que alguno de los efectos positivos o negativos encontrados se deba a alguna de estas variables, que no han sido controladas.

Otra posible fuente de limitaciones, se refiere al formato de tratamiento y el tipo de relaciones terapéuticas que se establecen. Desde el Grupo de Trabajo de la División

29 de la APA, se destaca la eficacia demostrada de factores comunes como la alianza terapéutica, la cohesión en la terapia de grupo, la empatía y la búsqueda del consenso y colaboración. Entre sus conclusiones sobresale la idea de que la relación terapéutica contribuye de forma sustancial y consistente al resultado de la psicoterapia independientemente del tipo específico de tratamiento. Sin embargo, hasta el momento no se dispone de la suficiente evidencia que permita asumir que la relación terapéutica opera de forma idéntica en todos los tipos de psicoterapia o con todos los pacientes. La calidad emocional y relacional del vínculo entre paciente y terapeuta es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico (Lambert, 1991) pero la estimación de su efecto no es sencilla.

El éxito final de la terapia psicológica está, por supuesto, modulado por la adecuada relación terapéutica que se establezca con el paciente. Seleccionar el tratamiento psicológico que ha demostrado su eficacia en situaciones de máximo control con una metodología experimental no significa que la experiencia del profesional y sus habilidades para establecer una conexión con el paciente deban ser olvidadas. La ciencia psicológica avanza con evidencias y la práctica de la psicología necesita del saber hacer del profesional. La ciencia y la práctica tienen un mismo deseo: comprender la conducta y aliviar el sufrimiento humano

Morley, Eccleston y Williams (1999), señalan en la revisión que realizan de 25 ensayos clínicos de tratamiento psicológico de dolor crónico, que el 60% de los terapeutas fueron específicamente entrenados para el ensayo o informaban que tenían un entrenamiento general en TCC y dolor. El 32% poseía más de cinco años de práctica; Ocho ensayos (32%) informaron de proporcionar una supervisión de la terapia durante el transcurso del ensayo (el 68% restante no dieron detalles). Sólo el 40% informaron de la adherencia a los protocolos de tratamiento y la implicación del paciente en la terapia. Nueve ensayos (36%) informaron de haber hecho a un manual de tratamiento. Las expectativas de los pacientes pre-tratamiento y la credibilidad del tratamiento fueron valoradas en 10 ensayos (40%) pero no se informó de esto en el resto. En comparación, con otros estudios de investigación en psicoterapia, los ensayos de tratamiento psicológico tienen importantes posibilidades de desarrollo

(Morley, Eccleston y Williams, 1999). Nuestro estudio reveló fallos de no controlar a nivel metodológico el efecto de la formación y el nivel de experiencia del terapeuta y de los monitores en los resultados de las dos terapias.

Es posible que también haya afectado de manera negativa a la efectividad del programa el tipo o la cantidad de tareas demandadas a los pacientes con fibromialgia y el efecto de los medicamentos. De acuerdo con la información cualitativa recogida durante la implantación de los programas, éstas tareas pueden ser excesivamente complejas para los pacientes, y el hecho de que sean tantas tareas, como por la medicación puede favorecer el que los pacientes no realicen un esfuerzo para encontrar un momento adecuado al día para realizarlas (ya que “no pueden” y les falta energía para realizarlas).

#### **9.10.- Futuras líneas de investigación**

Las revisiones realizadas sobre los tratamientos psicológicos en dolor crónico, concluyen que aunque hay un consenso en su eficacia, no existe claridad sobre cuáles son los principios activos responsables del éxito de los tratamientos, y tampoco sobre en qué pacientes estas intervenciones son más eficaces y en qué síndromes concretos. Por otra parte, en estos momentos, tal y como afirman Vallejo y Comeche (1994), gran parte de la investigación está centrada en diseccionar los procesos psicológicos implicados en el dolor crónico, determinando los factores cognitivos, conductuales, emocionales y psicofisiológicos responsables del problema así como las características distintivas de los pacientes que mayor beneficio obtienen. El avance de la investigación sobre eficacia o efectividad parece depender de los resultados de este tipo de estudios ya que la obtención de procedimientos cada vez más eficaces debe proceder de investigaciones rigurosas que expongan los elementos constitutivos de problema en cada síndrome y su interacción con las características de los pacientes.

El tratamiento de la fibromialgia es muy heterogéneo y no se ha utilizado la misma combinación de técnicas en ningún estudio, por lo que podemos decir que estos tratamientos todavía se encuentran en fase experimental, llegándose a afirmar que,

hasta el momento, no existe un tratamiento psicológico eficaz para la fibromialgia, ya que la investigación no ha seguido criterios metodológicos adecuados. Por tanto, se plantea la necesidad de trabajar en esta dirección dada la problemática específica de estas pacientes. En este sentido, se necesitaría consensuar y definir los objetivos terapéuticos más relevantes en el problema de la fibromialgia, evaluar las variables resultado utilizando las medidas que se han mostrado sensibles al cambio terapéutico, definir el criterio de significación clínica que indique mejoría en estos pacientes, contrastar la eficacia de esas técnicas y establecer qué componente terapéutico es el que produce los mejores resultados y superar las limitaciones metodológicas expuestas en el apartado correspondiente. (Pastor y cols., 2003).

Los tratamientos psicológicos en fibromialgia, se ha demostrado que tienen efectos añadidos al tratamiento farmacológico, lo que hace concluir que el acercamiento multidisciplinar entre las distintas áreas de intervención, nos ayudaría mejor a comprender el síndrome (González, 1999).

No creemos que todas las terapias sean iguales, el reto sigue siendo el de dar respuesta a qué tipo de tratamiento, realizado por quién, es más eficaz para que tipo de paciente y bajo qué circunstancias (Miró, 2003). Este objetivo quedó fuera de nuestro proyecto y al que futuros estudios podrían continuar investigando para mejorar la eficacia de las intervenciones que repercutan en definitiva en la calidad de vida del paciente con un énfasis en el papel de las variables psicosociales implicadas en la adaptación a la enfermedad crónica y auto-regulación de las conductas de salud.

Futuros estudios que comparen diferentes modalidades de intervención necesitarán examinar más concienzudamente el asunto de la credibilidad del tratamiento y medir su adherencia. Se ha de limitar el impacto de esta variable llevando a cabo análisis adicionales usando la credibilidad de los elementos del tratamiento, experiencia y formación en psicoterapia como covariables. Es importante asegurarse de que los terapeutas desarrollan solamente los componentes de los tratamientos prescritos con un aceptable nivel de competencia (Yates y cols., 2005).

Por último, combinar intervenciones cognitivo-conductuales y fisioterapéuticas nos podrían ser útiles para evaluar si sus efectos son aditivos y pueden igualar a los farmacológicos. Deberíamos centrarnos más en el proceso psicoterapéutico y no simplemente delimitar los grupos relevantes para facilitar la identificación de los mecanismos subyacentes a los síntomas del SFM y al desarrollo de tratamientos personalizados para tratar las necesidades específicas de los diferentes subgrupos de SFM. Grabar de forma rutinaria el proceso terapéutico y las medidas de desenlace propuestas por los criterios Omeract, 2007 (Mease y cols., 2007) antes/después y durante el seguimiento e informar de las características de los casos claramente buenos (con una puntuación mayor o igual al ICC) aclararía estos temas. A medida que los terapeutas se hacen más competentes el número de casos exitosos aumentará. Mientras tanto hay que fiarse de la distribución (Alemany, 1997).



# Capítulo 10

---

## **CONCLUSIONES**

---



## 10.- CONCLUSIONES

Los resultados del ensayo clínico permiten establecer las conclusiones en relación a las hipótesis planteadas.

1. Habíamos predicho que “los tres tratamientos producirían mejorías en la intensidad del dolor”. Esta primera hipótesis no ha podido ser confirmada, al menos parcialmente, ya que se produce un efecto diferencial de los dos programas de tratamientos sobre el control en la intensidad del dolor a los tres, seis y nueve meses (Tabla 56).

**Tabla 56. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo TCC**

HIPÓTESIS	CONCLUSIONES
1.1. “La TCC producirá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, en el <i>postest</i> ”.	<b>Se confirma.</b>
1.2. “La TCC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los <i>tres meses</i> ”.	No se confirma.
1.3. “La TCC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los <i>seis meses</i> ”.	No se confirma.

En el grupo de Gestión personal, no se mantienen estas diferencias (Tabla 57). Ya en la visita de seguimiento a los nueve meses una vez concluido el tratamiento, no se mantienen las diferencias, ni en el grupo de Terapia Cognitivo-Conductual ni en el de Gestión Personal. En este sentido podemos concluir que el programa de Terapia Cognitivo-Conductual ha sido efectivo en relación al objetivo que pretendía, es decir la disminución estadísticamente significativa de la sintomatología asociada, solo hasta el *postest*.

**Tabla 57. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo GP**

HIPÓTESIS	CONCLUSIONES
1.4. “El programa GP producirá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor en el <i>postest</i> ”.	No se confirma.
1.5. “El programa GP mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los <i>tres meses</i> ”.	No se confirma.
1.6. “El programa GP mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los <i>seis meses</i> ”.	No se confirma.

**Tabla 58. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo control**

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
1.7. "El GC producirá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, en el <u>postest</u> ".	No se confirma.
1.8. "El GC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los <u>tres meses</u> ".	No se confirma.
1.9. "El GC mantendrá mejorías estadísticamente significativas en la intensidad del dolor, a los <u>seis meses</u> ".	No se confirma

2. Habíamos predicho que "los participantes del programa de tratamiento Cognitivo Conductual presentarían una intensidad de dolor menor estadísticamente significativa, que los que participaron del tratamiento farmacológico" (Tabla 59).

**Tabla 59. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor en el grupo TCC con respecto a GC**

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
2.1. "Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, en el <u>postest</u> ".	<b>Se confirma</b>
2.2. "Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los <u>tres meses</u> ".	<b>Se confirma</b>
2.3. "Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los <u>seis meses</u> ".	No se confirma

Según los datos obtenidos se ha confirmado esta segunda hipótesis, al menos parcialmente, ya que el programa de Terapia Cognitivo Conductual, como terapia complementaria a un tratamiento convencional (analgésicos y otros grupos coadyuvantes), ha sido efectivo para mejorar la intensidad de dolor en el postes, tres y seis meses en mayor medida que el empleo único del tratamiento convencional, incluso que el programa de tratamiento de Gestión personal.

3. Habíamos predicho que *“los participantes del programa de tratamiento de Gestión Personal presentarían una intensidad de dolor menor estadísticamente significativa, que los que participaron del tratamiento farmacológico”*.

Sin embargo no se ha podido confirmar esta hipótesis, puesto que la aplicación del tratamiento de Gestión Personal, ya sea como terapia complementaria a un tratamiento convencional, no ha mejorado significativamente las puntuaciones de intensidad de dolor de los sujetos. (Tabla 60).

**Tabla 60. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor del grupo GP con respecto a GC**

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
<i>3.1. Los participantes del grupo GP presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, en el <u>postest</u></i>	No se confirma
<i>3.2. Los participantes del grupo GP presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los <u>tres meses</u>.</i>	No se confirma
<i>3.3. Los participantes del grupo GP presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GC, a los <u>seis meses</u>.</i>	No se confirma

El grupo de Gestión Personal produce ciertas mejoras, con técnicas basadas en la autoeficacia, pero no podemos concluir que en este ensayo hayan resultado efectivas para reducir los síntomas de la fibromialgia y la discapacidad que esta produce en la intensidad del dolor.

No obstante, los sujetos beneficiarios del tratamiento convencional (Grupo Control) como tratamiento único empeoraron sus puntuaciones en todas las dimensiones evaluadas a lo largo de todo el ensayo.

4. Habíamos predicho, que *“los participantes del programa de tratamiento de TCC, presentarían menor intensidad del dolor estadísticamente significativa, que lo que participan del programa de GP, en el postest, tres y seis meses de seguimiento”*. Sin embargo solo se ha

podido confirmar esta hipótesis a los tres meses después de aplicado el tratamiento Cognitivo-Conductual (Tabla 61).

**Tabla 61. Conclusiones hipótesis: Intensidad de dolor del grupo TCC con respecto a GP**

<i>HIPÓTESIS</i>	<i>CONCLUSIONES</i>
4.1 “Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GP, <u>en el postest</u> ”.	Se confirma
4.2 “Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GP, a los <u>tres meses</u> ”.	No se confirma
4.3 “Los participantes del grupo TCC presentarán una menor intensidad de dolor estadísticamente significativa, que los que participan del GP, a los <u>seis meses</u> ”.	No se confirma

---

## BIBLIOGRAFÍA

---





## BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, L.-A., Bradley, L.-A., Alarcon, G.-S., Alexander, R.-W., Triana-Alexander, M., Martin, M.-Y., y Alberts, K.-R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 436-45.
- Aaron, L.-A., Bradley, L.-A., Alarcon, G.-S., Triana-Alexander, M., Alexander, R.-W., Martin, M.-Y., y Alberts, K.-R. (1997). Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis and Rheumatism*, 40(3), 453-60.
- Adler, G.-K., Manfredsdottir, V.-F., y Creskoff, K.-W. (2002). Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 6(4), 289-98.
- Aghabeigi, E., Feinmann, C., y Harris, M. (1992). Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with chronic idiopathic facial pain. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 30, 360-364.
- Ahles, T.-A., Yunus, M.-B., Riley, S.-D., Bradley, J.-M., y Masi, A.-T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 27(10), 1101-6.
- Ahles, T.-A., Yunus, M.-B., y Masi, A.-T. (1987). Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain*, 29(1), 105-11.
- Alarcon, G.-S., y Bradley, L.-A. (1998). Advances in the treatment of fibromyalgia: current status and future directions. *The American Journal of the Medical Sciences*, 315(6), 397-404.
- Albornoz J, Povedano J, Quijada J, de la Iglesia JL, Fernández A, Pérez of al. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: Descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología* 1997; 24: 38-44.
- Alegre C. (2006). Reflexiones sobre fibromialgia y la utilidad de elaborar un documento de consenso por su diagnóstico y tratamiento. *Reumatología Clínica*. 2 Supl 1: S1.
- Alemany C (1997). *Psicoterapia Experiencial y Focusing: La aportación de Gendlin*,. (Ed.), Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer, pp. 303-315
- Álvarez Lario, B.; Terán Santos, J., y Alonso Valdivielso, J. J. (1990). La disminución del sueño profundo no causa fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 17 (supl. 1): 22.
- American Psychiatric Association (1980) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III. Barcelona. Masson
-

- American Psychiatric Association (1987) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. Barcelona. Masson
- American Psychiatric Association (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (2001) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson.
- Amir, M., Kaplan, Z., Neumann, L., Sharabani, R., y cols., (1997). Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 607-613.
- Arnold, L. M., Keck, P. E., Jr., y Welge, J. A. (2000). Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics*, 41(2), 104-113.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., y cols., (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 50(3), 944-952.
- Asmundson, G. J. G., Norton, P. J., y Norton, G. R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.
- Asmundson, G. J., y Norton, G. R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behaviour research and therapy*, 33(7), 771-777.
- Asmundson, G.-J. G., y Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(6), 577-586.
- Astin, Beckner, Soeken, Hochberg y Berman (2002). Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Arthritis y Rheumatism (Arthritis Care y Research) Vol. 47, 3, 15*, pp 291-302.
- Astin, JA ; Beckner, W. ;Soeken, K.; Hochberg, MC; Brian Berman. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care y Research. 47 (3)*, 291-302
- Bachanas, P. J., y Roberta, M. D. (1995). Factors affecting children's attitudes toward health care and responses to stressful medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 20,261-2175.
- Bandura, A. (1982). Teoría del Aprendizaje Social. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall; 1986.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., y Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of*

- personality and social psychology*, 53(3), 563-571.
- Bandura, A. (1997). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Baños JE, Bosch F. (1995). Conceptos generales en algología. En Aliaga A, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A (coor). *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. MRC: Barcelona.
- Barber, T., y Hahn, K. W. (1962). Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically-suggested and waking-imagined "analgesia". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 411-418.
- Barkhuizen A. (2002). Rational and targeted pharmacologic treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 28(2):261-290.
- Bartels, E.-M., y Danneskiold-Samsoe, B. (1986). Histological abnormalities in muscle from patients with certain types of fibrositis. *Lancet*, 1(84), 755-7.
- Baskin TW, Tiemen SC, Minami T, Wampold BE (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 77/6, 973-979
- Baumgartner E, Finckh A, Cedraschi C, Vischer TL.(2002). A six year prospective study of a cohort of patients with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatism Disease*; 61(7):644-645.
- Bengtsson, A., Henriksson, K.-G., y Larsson, J. (1986). Muscle biopsy in primary fibromyalgia. Light-microscopical and histochemical findings. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 15(1), 1-6.
- Bengtsson, A., y Henriksson, K.-G. (1989). The muscle in fibromyalgia--a review of Swedish studies. *Journal Rheumatology Supplement*, 19, 144-9.
- Bennett, R.-M., Clark, S.-R., Campbell, S.-M., y Burckhardt, C.-S. (1992). Low levels of somatostatin C in patients with the fibromyalgia syndrome. A possible link between sleep and muscle pain. *Arthritis and Rheumatism*, 35(10), 1113-6.
- Bennett, R., y Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature clinical practice Rheumatology*, 2(8), 416-424.
- Beverly E., Tony H. C. y Barbara B. W. (2007). Meta-Analyses and Systematic Reviews of Psychological Treatments for Chronic Pain: Relevance to an Evidence-Based Practice. *Health Psychology*, 26, 1, 10-12.
- Biedermann, H. J., Shanks, G. L., Forrest, W. J., y Inglis, J. (1991). Power spectrum analyses of electromyographic activity. Discriminators in the differential assessment of patients with chronic low-back pain. *Spine*, 16(10), 1179-1184.

- Blanchard, E. B. (1987). Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy* 18, 375-385.
- Blanchard, E.B. (1992). Psychological treatment of benign headache disorders. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*. 60(4), 537-551.
- Blanco M. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. *Revista Española de Reumatología* 27, 48-53. 2000.
- Blanco, L. E., de-Serres, F. J., Fernandez-Bustillo, E., Kassam, D. A., Arbesu, D., Rodriguez, C., y cols., (2005). alpha1-Antitrypsin and fibromyalgia: new data in favour of the inflammatory hypothesis of fibromyalgia. *Medical hypotheses*, 64(4), 759-769.
- Bleda, C.-P., Martinez, C.-M., Mira, M. A.-P., y Gelabert, M.-M.-A. (2003). Aspectos psicosociales de la fibromialgia: Una perspectiva de genero. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 13(1), 97-111.
- Block, A.-R. (1981). An investigation of the response of the spouse to chronic pain behavior. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 415-422.
- Blumer, D., y Heilbronn, M. (1984). "Chronic pain as a variant of depressive disease": A rejoinder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 405-407.
- Boersma, K., y Linton, S.-J. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clinical Journal of Pain*, 22(2), 160-166.
- Bogaards, M. C., y ter Kuile, M. M. (1994). Treatment of recurrent tension headache: A meta-analytic review. *Clinical Journal of Pain*, 10, 174-190.
- Boland, E. W., and Corr, W. P. (1943). Psychogenic rheumatism. *Journal of the American Medical Association* 123:805, 1943.
- Bonica JJ. (1990). *History of pain concepts and therapies. The Management of Pain*. Philadelphia: Lea y Febiger; 2-17
- Bonica JJ. The management of pain. Philadelphia: Lea y Febiger, 1953.
- Bonica, J. J. (1957). Management of myofascial pain syndrome in general practice. *Journal of the American Medical Association*, 164: 732-738.
- Borgeae, E, Hade, E., Elie, R., y Larouche L. M. (1984). Effects of voluntary muscle tension increases in tension headache. *Headache*, 24, 199-202.
- Borkovec T.D. y Nau S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 3, 257-260.

- Bradley, L. A. (1996). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 131-147). New York: Guilford Press.
- Bradley, L.-A. y Alberts, K.-R. (1999). Psychological and behavioral approaches to pain management for patients with rheumatic disease. *Rheumatic diseases clinics of North America* 25(1), 215-32.
- Bradley, L.-A., McKendree-Smith, N.-L., Alberts, K.-R., Alarcon, G.-S., Mountz, J.-M., y Deutsch, G. (2000). Use of neuroimaging to understand abnormal pain sensitivity in fibromyalgia. *Current rheumatology reports*, 2(2), 141-8.
- Bradley, L. A., McKendree-Smith, N. L., Alarcon, G. S., y Cianfrini, L. R. (2002). Is fibromyalgia a neurologic disease? *Current pain and headache reports*, 6(2), 106-114.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V y cols., (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal Pain*; 10: 287-333.
- Buchwald, D., Umali, J., y Stene, M. (1996). Insulin-like growth factor-I (somatomedin C) levels in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23(4), 739-42.
- Buckelew, S.-P. (1994). Behavioral interventions and fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(3), 153-161.
- Buckelew, S. P., Murray, S. E., Hewett, J. E., Johnson, J., y Huyser, B. (1995). Self-efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis care and research the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 8(1), 43-50.
- Buckelew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., Parker, J. C., Johnson, J. C., Conway, R., y cols., (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis care and research the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 9(2), 97-104.
- Burckhardt, C. S., Mannerkorpi, K., Hedenberg, L., y Bjelle, A. (1994). A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *Journal of rheumatology*, 21(4), 714-720.
- Burckhardt, C. S., Mannerkorpi, K., Hedenberg, L., y Bjelle, A. (1994). A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *Journal of rheumatology, The*, 21(4), 714-720.
- Burckhardt, C. S., y Bjelle, A. (1994). Education programmes for fibromyalgia patients: description and evaluation. *Bailliere's clinical rheumatology*, 8(4), 935-955.

- Burckhardt, C. S., y Bjelle, A. (1996). Perceived control: a comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using a Swedish version of the Rheumatology Attitudes Index. *Scandinavian journal of rheumatology*, 25(5), 300-306.
- Burns, J.-W., Johnson, B.-J., Devine, J., Mahoney, N., y Pawl, R. (1998). Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36(11), 1051-1062.
- Busch, A., Schachter, C. L., Peloso, P. M., y Bombardier, C. (2002). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane database of systematic reviews Online Update Software*(3), CD003786.
- Buskila, D., Neumann, L., Vaisberg, G., Alkalay, D., y Wolfe, F. (1997). Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis and Rheumatism*, 40 (3), 446-52.
- Buskila, D., y Sarzi-Puttini, P. (2006). Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis research and therapy*, 8(5), 218.
- Butler, R.-W., Damarin, F.-L., Beaulieu, C., Schwebel, A.-I., y Thorn, B.-E. (1989). Assessing cognitive coping strategies for acute postsurgical pain. *Psychological Assessment*, 1(1), 41-45.
- Caminal J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*;16:276-279
- Calabozo M, Llamazares AI, Muñoz MT y Alonso-Ruiz A. (1990). Síndrome de Fibromialgia (Fibrositis): Tan Frecuente como Desconocido. *Medicina Clínica*, 94 (5): 173- 175.
- Callister, L.-C. (2003). Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management and Practice*, 15(3), 207-211.
- Campbell, S.-M., Clark, S., Tindall, E.-A., Forehand, M.-E., y Bennett, R.-M. (1983). Clinical characteristics of fibrositis. I. A "blinded," controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis and Rheumatism*, 26(7), 817-24.
- Cano García F. Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos de dolor crónico. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla; 2001.
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*. 20(3), 329-346.

- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L. (2003). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis*. 24(3), 137-145.
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., Antuña Bellerín, M.A. (2005). Perfiles de estrés y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *IberPsicología (Anales de la Revista de Psicología General y Aplicada)*. 10.2
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., García Martínez, J., Antuña Bellerín, M.A. (2005). Utilización de estrategias de afrontamiento y parámetros sensoriales en el dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*. 31(138), 433-450.
- Cano García, FJ, Martínez Valero, C., Merayo Alonso, LA, Rodríguez Franco L, Emociones y asertividad (en prensa). Cord. Moix, J. y Kovacs, F.M. Protocolo cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor crónico. Ed. Paidós.
- Carette, S., y Lefrancois, L. (1988). Fibrositis and primary hypothyroidism. *Journal of Rheumatology*, 15(9), 1418-21.
- Carette, S., Oakson, G., Guimont, C., y Steriade, M. (1995). Sleep electroencephalography and the clinical response to amitriptyline in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 38(9), 1211-7.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases* 60(11):1040-1045.
- Carmona L. (2006). Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico?. *Reumatología clínica* 2, 2, pags. 52-57
- Caro, X.-J. (1986). Immunofluorescent studies of skin in primary fibrositis syndrome. *American Journal of Medicine*, 81(3A), 43-9.
- Cassell, E.-J. (1998). The nature of suffering and the goals of medicine. 129-142. En Sife, Wallace (Ed). (1998). *After stroke: Enhancing quality of life*. (pp. 129-142). Binghamton, NY, US: The Haworth Press 281 pp
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P. y cols., (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Cedraschi, C., Desmeules, J., Rapiti, E., Baumgartner, E., Cohen, P., Finckh, A., y cols., (2004). Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Annals of the rheumatic diseases*, 63(3), 290-296.
- Chrousos, G-P. (1998). Neuroendocrine alterations associated with altered sleep, mood, and pain perception. *Journal of Musculoskeletal Pain* 6(3), 51-55.

- Ciccone, D.-S., y Grzesiak, R.-C. (1984). Cognitive dimensions of chronic pain. *Social Science and Medicine*, 19(12), 1339-1345.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109(1), 25-41.
- Clark, S.; Campbell, S. M.; Forehand, M. E., y cols., (1985). Clinical characteristics of fibrositis. *Arthritis and Rheumatism* 25: 132-137.
- Clauw, D. J., y Crofford, L. J. (2003). Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best practice and research Clinical rheumatology*, 17(4), 685-701.
- Clauw. D.J. y Chrousos, G. P. (1997). Chronic pain and fatigue syndromes: Overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation*, 4, 134-153
- Cohen JL, Van Houten SV, De Vellis RF, de Vellis BM (1986). Evaluation of arthritis self-management courses led by laypersons and by professionals. *Arthritis and Rheumatism*. 29(3):388-393.
- Cohen, M.-L., y Quintner, J.-L. (1998). Altered nociception, but not fibromyalgia, after cervical spine injury: comment on the article by Buskila y cols., *Arthritis and Rheumatism*, 41(1), 183-4.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (revised ed.). New York: Academic Press.
- Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sanudo I y cols., (2002). Consensus report on the diagnosis and treatment of fibromyalgia in Catalonia. *Medicina Clinica (Barcelona)* 118(19):745-749.
- Collado A, Torres X, Arias A, Cerad D, Vilarrasa R, Valdés M, y cols., (2001). Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clinica (Barcelona)* 117, 401-405.
- Consensus Document en fibromyalgia: The Copenhagen Declaration (1993). *Journal of musculoskeletal Pain*. 1. Nueva York: The Haworth Press,1993.
- Cook, A.-J., Brawer, P.-A., y Vowles, K.-E. (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*, 121(3), 195-206.
- Council, J.R., Ahern, D. K., Follick, M. J., y Kline, C. L. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain*, 33, 323—331.
- Crofford, L.J., Pillemer, S.-R., Kalogeras, K.-T., Cash, J.-M., Michelson, D., Kling, M.-A., Sternberg, E.-M., Gold, P.-W., Chrousos, G.-P., y Wilder, R.-L. (1994).



- Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 37(11), 1583-92.
- Crofford, L.J., Engleberg, N. C., y Demitrack, M. A. (1996). Neurohormonal perturbations in fibromyalgia. *Bailliere's clinical rheumatology*, 10(2), 365-378.
- Crofford L.J. (2005) The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *Journal of Rheumatology Supplement*.(75):41-5.
- Crofford, L. J. (2001). Meta-analysis of antidepressants in fibromyalgia. *Current rheumatology reports*, 3(2), 115.
- Crofford, L.-J. (2002). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of rheumatic diseases. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 31(1), 1-13.
- Crofford, L.J. (2005). The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *Journal of rheumatology, The Supplement*, 41-45.
- Croft, P., Rigby, A.-S., Boswell, R., Schollum, J., y Silman, A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Journal of Rheumatology*, 20(4), 710-3.
- Croft, P., Schollum, J., y Silman, A. (1994). Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ Clinical research ed*, 309(6956), 696-699.
- Crombez, G., Vervaeke, L., Lyseis, R., Eelen, E., y Baeyens E (1998). Avoidance and confrontation of painful, back straining movements in chronic back pain patients. *Behavior Modification*, 22, 62-77.
- Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts P, Lysens R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 80:329-39.
- Dailey, P.-A., Bishop, G.-D., Russell, I.-J., y Fletcher, E.-M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17(10), 1380-5.
- De Good, D.-E., y Tait, R.-C. (2001). Assessment of pain beliefs and pain coping. En D. C. Turk y R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (2nd ed., pp. 320-345). New York: Guilford Press.
- Desroches, H. F., Kaiman, B. D., y Bailard, H. T. (1967). Factors influencing reporting of physical symptoms by aged patients. *Geriatrics*, 22, 169-175.
- de-Voogd, N., Knipping, A.-A., de-Blecourt, A.-C., y van-Rijswijk, M.-H. (1993). Treatment of fibromyalgia syndrome with psychomotor therapy and marital counselling. *Journal-of-Musculoskeletal-Pain*, 1(3-4), 273-281.

- De las Cuevas, C., Henr M. y González De Rivera, J. L. (1992). Perfil de síntomas psiquiátricos y psicósomáticos en estudiantes de medicina. *Actas Luso-Española de Neurología y Psiquiatría*, 20, 246-249
- Dijkstra, A., Vlaeyen, J.-W., Rijnen, H., y Nielson, W. (2001). Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain*, 90(1-2), 37-45.
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M., y Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: A meta-analysis. *Health Psychology* 01, (241-50).
- Dolce, J.-J., Crocker, M.-F., y Doleys, D.-M. (1986). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 24(3), 313-319.
- Doleys, D. M., Crocker, M., y Patton, D. (1982). Response of patients with chronic pain to exercise quotas. *Physical Therapy*, 62, 1112—1115.
- Drewes, A. M., Andreasen, A., Schroder, H. D., Hogsaa, B., y Jennum, P. (1993). Pathology of skeletal muscle in fibromyalgia: a histo-immuno-chemical and ultrastructural study. *British journal of rheumatology*, 32(6), 479-483.
- Droste, C., y Roskansm, H. (1983). Experimental pain measurement in patients with asymptomatic myocardial ischemia. *Journal of the American College of Cardiology* 1, 940—945.
- Dufton, B.-D. (1989). Cognitive failure and chronic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19(3), 291-297.
- Durette, M.-R., Rodríguez, A.-A., Agre, J.-C., y Silverman, J.-L. (1991). Needle electromyographic evaluation of patients with myofascial or fibromyalgic pain. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 70(3), 154-6.
- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L., y Mastroiannopoulou, K. (2002). Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain*, 99(1-2), 157-165.
- Elam, M., Johansson, G., y Wallin, B. G. (1992). Do patients with primary fibromyalgia have an altered muscle sympathetic nerve activity? *Pain*, 48(3), 371-375.
- Elert, J., Dahlqvist, S.-R., Almay, B., y Eisemann, M. (1993). Muscle endurance, muscle tension and personality traits in patients with muscle or joint pain--a pilot study. *Journal of Rheumatology*, 20(9), 1550-6.
- Ellis, A. y Grieger R. : (1977): *Manual de terapia racional emotiva*. Ed. Desclée de Brouwer, 1981

- Ellman, P., y Shaw, D. (1950). The chronic rheumatic and his pains. Psychosomatic aspects of chronic non articular rheumatism, *Annals of the Rheumatic Diseases.*, 9: 341-357.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge fue biomedical science. *Science*, 196, 129—136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical aplication of the biopsychocial model. *Psychriatic*, 137: 535-544.
- Esteve Vives J.J. y cols., (2006). Evaluación de pacientes con fibromialgia: Estudio comparativo de cuatro versiones Españolas del FIQ. *Reumatología Clínica* 2(6):283-8
- Esteve Z., R. y Ramírez Maestre (2003). *El desafío del dolor crónico*. Editorial ALJIBE
- Fassbender, H. G., y Martens, K. D. (1992). Kritische Überlegungen zur Pathogenese des "Weichteilrheumatismus" (Fibromyalgie) und ihre therapeutischen Konsequenzen. [Critical considerations of the pathogenesis of "soft tissue rheumatism" (fibromyalgia) and its therapeutic consequences] *Zeitschrift für Orthopadie und ihre Grenzgebiete*, 130(2), 99-103.
- Fernandez, E., y Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain*, 38(2), 123-135.
- Fernandez, E., y Turk, D.-C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61(2), 165-175.
- Fernández-Torres, B., Márquez-Espinós C. y de las Mulas M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica. II. Del siglo XIX a la actualidad. *Revista de la Sociedad. Española del Dolor* 6: 368-379.
- Ferraccioli, G., Cavalieri, F., Salaffi, F., Fontana, S., Scita, F., Nolli, M., y Maestri, D. (1990). Neuroendocrinologic findings in primary fibromyalgia (soft tissue chronic pain syndrome) and in other chronic rheumatic conditions (rheumatoid arthritis, low back pain). *Journal of Rheumatology*, 17(7), 869-73.
- Ferrari, R., Fipaldini, E., y Birbaumer, N. (2006). Caratteristiche individuali e risultati del biofeedback training e del trattamento operante in pazienti con dolore cronico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 12(2), 161-179.
- Feuerstein, M., y Beatrice, P. (1995). Biobehavioral factors affecting pain and disability in low back pain: Mechanisrns and assessment. *Physical Therapy*, 75, 267-269 .
- Fibromialgia: Proceso Asistencial Integrado. (2005) Junta de Andalucía.
- Flor, H., y Turk, D. C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11 (3), 251—265.

- Flor, H., y Turk, D. C. (1989). Psychophysiology of chronic pain: Do chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses? *Psychological Bulletin*, 105(2), 215—259,
- Flor, H., Birbaumer, N., y Turk, D.-C. (1990). The psychobiology of chronic pain. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12(2), 47-84.
- Flor H, Fydrich T y Turk DC. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review. *Pain*, 49: 221-230,
- Flor, H., Behle, D.-J., y Birbaumer, N. (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 31(1), 63-73.
- Flor, H., y Birbaumer, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 653-658.
- Fordyce, W.E., Fowler, R.S., Lehmann, J.F. and DeLateur, B.J., (1968). Some implications of learning on problems of chronic pain. *Journal of Chronic Diseases.*, 21 179–190.
- Fordyce, W.E., Fowler, R.S., Lehmann, J.F., Delateur, B.J., Sand, P.L. and Treischmann, R.B., (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 54 399–408.
- Fordyce, W. E. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis, MO: Mosby.
- Fordyce, W. E., Shelton, J. L., y Dundore, D. E. (1982). The modification of avoidance learning pain behaviors. *Journal of behavioral medicine*, 5(4), 405-414.
- Fordyce, W.-E., Fowler, R.-S., y DeLateur, B. (1997). An application of behavioural modification technique to a problem of chronic pain. 171-173.
- Fors, E.-A., y Goettestam, K.-G. (2000). Patient education, guided imagery and pain related talk in fibromyalgia coping. *European Journal of Psychiatry*, 14(4), 233-240.
- Forseth, K.-O., y Gran, J.-T. (1992). The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 21(2), 74-8.
- Frank, R. O.; Beek, N. C., Y Parker, J. O. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology.*, 15: 920-925.
- Fulle, S., Mecocci, P., Fano, G., Vecchiet, I., Vecchini, A., Racciotti, D., Cherubini, A., Pizzigallo, E., Vecchiet, L., Senin, U., y Beal, M.-F. (2000). Specific oxidative alterations in vastus lateralis muscle of patients with the diagnosis of chronic fatigue syndrome. *Free Radical Biology and Medicine* 29(12), 1252-9.

- Furlan AD, Clarke J, Esmail R y cols., (2001). A critical review of reviews on the treatment of chronic low back pain. *Spine* 26:E55-E162
- Gabriel, S.-E., y Bombardier, C. (1989). Clinical trials in fibrositis: a critical review and future directions. *Journal Rheumatology Supplement*, 19, 177-9.
- García Higuera, J. A. (2003). *Curso Terapéutico de Aceptación*. Madrid. Librería Paradox.
- García-Campayo, J., Arnal, H, P., Meseguer, M., E., Martínez, C., A., Navarro, C., Romeo, y Orozco F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73.
- Gauthier,-Janel-G; Ivers,-Hans; Carrier,-Sylvie (1996). Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. *Clinical-Psychology-Review*. 16(6) 543-571.
- Geel, S. E. (1994). The fibromyalgia syndrome: musculoskeletal pathophysiology. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 23(5), 347-353.
- Geisser, M.-E., Haig, A.-J., Wallbom, A.-S., y Wiggert, E.-A. (2004). Pain-Related Fear, Lumbar Flexion, and Dynamic EMG Among Persons With Chronic Musculoskeletal Low Back Pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(2), 61-69.
- Gelman S. M. Lera S, Caballero F, López M.J. (2002). Tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia. Estudio piloto Prospectivo contratado. *Revista Española de Reumatología*, 29(7): 323-329
- Gil, K.-M., Williams, D.-A., Keefe, F.-J., y Beckham, J.-C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21(3), 349-362.
- Goldenberg D. L. (1986). Psychologic status in Fibromyalgia. *American Journal of Medicine.*, 81: 67-70.
- Goldenberg, D.-L., Kaplan, K.-H., Nadeau, M.-G., Brodeur, C., Smith, S., y Schmid, C.-H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(2), 53-66.
- Goldenberg, D. L. (1996). Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain. *Current opinion in rheumatology*, 8(2), 113-123.
- Gonzalez Alonso A. I. (1999). Evaluación y tratamiento del síndrome fibromiálgico. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid
- Gonzalez-Escalada, J.R. (2005). Fibromialgia. Etiología y patogenia. *Actas Española de Psiquiatría* 3:41-47

- Goodchild ME, Duncan-Jones P. (1985). Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*;146:55-61.
- Goossens, M. E., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kole-Snijders, A., y Evers, S. M. (2005). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *Clinical journal of pain, The*, 21(1), 18-26.
- Górriz F, Garrido-Landívar E, Andueza A, Martínez MD. (2002). La terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia. *Revista Huarte de San Juan*, 8-9: 119-28
- Gowers, W.R. (1904). Lumbago: its lessons and analogies. *British Medical Journal*, 1: 117- 121.
- Gracely, R.-H., Petzke, F., Wolf, J.-M., y Clauw, D.-J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 46(5), 1333-43.
- Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM. (1992) Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 35(6):678-81.
- Griep, E.-N., Boersma, J.-W., y de-Kloet, E.-R. (1993). Altered reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the primary fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 20(3), 469-74.
- Grotle, M., Vollestad, N. K., y Brox, J. I. (2006). Clinical course and impact of fear-avoidance beliefs in low back pain: prospective cohort study of acute and chronic low back pain: II. *Spine*, 31(9), 1038-1046.
- GuíaSalud. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud [sede Web]. Zaragoza:GuíaSalud; 2005 [ actualizada 2 de septiembre de 2007; consultada 22 de enero de 2008].Disponible en: <http://www.guiasalud.es>
- Guitar Boixader, J. (1994) Fibromialgia: estudio de características. *Inflamación*. 93, 5: 272-279.
- Gur, A., Cevik, R., Sarac, A. J., Colpan, L., y Em, S. (2004). Hypothalamic-pituitary-gonadal axis and cortisol in young women with primary fibromyalgia: the potential roles of depression, fatigue, and sleep disturbance in the occurrence of hypocortisolism. *Annals of the rheumatic diseases*, 63(11), 1504-1506.
- Gursoy, S., Erdal, E., Herken, H., Madenci, E., Alasehirli, B., y Erdal, N. (2003). Significance of catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. *Rheumatology international*, 23(3), 104-107.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., y Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: Systematic review. *British Medical Journal*, 322, 1511–1516.

- Habib, S., Morrissey, S.-A., y Helmes, E. (2003). Readiness to adopt a self-management approach to pain: evaluation of the pain stages of change model in a non-pain-clinic sample. *Pain*, 104(1-2), 283-90.
- Halliday, J.L. (1944): Psychosomatic Medicine and the rheumatism problem. *The Practitioner*, 152: 6-15.
- Hamat, Y. C.; Valentine, J. L.; Howard, R., y cols., (1988). The plasma endorphin prostaglandin and catecholamin profile of patients with fibrositis treated with ciclobenzaprine and placebo: a 5 month study. *Journal of Rheumatology* 16 (supl 19): 154-159.
- Hartz, A., y Kirchdoerfer, E. (1987). Undetected fibrositis in primary care practice. *Journal of family practice, The*. 25(4), 365-9.
- Hauri, P., y Hawkins, D. R. (1973) Alpha delta slepp. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 34: 233-237.
- Hawley, D. J., y Wolfe, F.( 1993). Depression is not more common in rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*. 20: 2025-2031.
- Hawley, D.-J., y Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*, 20(12), 2025-31.
- Hench, P. K. (1976). Non articular Rheumatism, 22nd rheumatism review. Review of the american and english literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis and rheumatism*, 19: 1081-1089.
- Hench, P. S.: (1936). The problem of rheumatism and arthritis (Third rheumatism review). *Annals of Internal Medicine* 10: 880.
- Heyneman, N. E., Fremouw, W. J., Gano, D., Kirkland, F., y Heiden, L. (1990). Individual differences in the effectiveness of different coping strategies. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 63-77.
- Hirano P, Laurent D, Lorig K. (1994). Arthritis patient-education studies, 1987-1991: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 24: 9-54
- Hochberg y cols., (2008). Localización de puntos dolorosos. Sección 5. Fibromyalgia and related Syndrome. En *Rheumatology* (2 vols.). Elsevier Inc
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., y Kerns, R. D. (2006). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26 (1).
- Hollon, S.D.; Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire, *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.

- Holroyd, K. A., y Penzien, D. B. (1990). Pharmacological versus nonpharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A metaanalytic review of clinical trials. *Pain*, 42, 1-13.
- Hudson, J.-I., y cols., (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 441-446.
- Hudson, J.-I., y Pope, H.-G.J. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of "affective spectrum disorder"? *Journal Rheumatology Supplement*, 19, 15-22.
- Hudson, J. I., y Pope, H. G., Jr. (1996). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 22(2), 285-303.
- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E., Jr., Auchenbach, M. B., y Pope, H. G., Jr. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological psychiatry*, 56(11), 884-891.
- Ibarra M.D. (2006). Una nueva definición de dolor: Un imperativo en nuestros días. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2: 65-72.
- International Association for the Study of Pain [Sede Web]. September 2007. Síndrome de Fibromialgia.[Consultada en enero de 2008]. Disponible en [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
- Jacobsen, S., y Danneskiold-Samsoe, B. (1992). Dynamic muscular endurance in primary fibromyalgia compared with chronic myofascial pain syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(2), 170-173.
- Jacobsen, S., y Holm, B. (1992). Muscle strength and endurance compared to aerobic capacity in primary fibromyalgia syndrome. *Clinical and experimental rheumatology*, 10(4), 419-420.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., y McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300-307.
- Jamner L. D., y Tursky, E. (1987). Syndrome-specific descriptor profiling: A psychophysiological and psychophysical approach. *Health Psychology* 6,417-430.
- Jano On-line, (2004): Disponible on-line en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=35065>. Consultado en 09/04/07
- Jano On-line, 2006: Disponible on-line en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=45041>. Consultado en 09/04/07



- Jensen, B., Witttrup, I.-H., Rogind, H., Danneskiold-Samsøe, B., y Bliddal, H. (2000). Correlation between tender points and the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8(4), 19-29.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M.-P., y Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 431-438.
- Jensen, M.-P., Turner, J.-A., Romano, J.-M., y Lawler, B.-K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57(3), 301-309.
- Jensen, M.-P., Romano, J.-M., Turner, J.-A., Good, A.-B., y Wald, L.-H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81(1-2), 95-104.
- Jensen, M.-P., Nielson, W.-R., Turner, J.-A., Romano, J.-M., y Hill, M.-L. (2003). Readiness to self-management pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain. *Pain*, 104(3), 529-37.
- Kalyan-Raman, U.-P., Kalyan-Raman, K., Yunus, M.-B., y Masi, A.-T. (1984). Muscle pathology in primary fibromyalgia syndrome: a light microscopic, histochemical and ultrastructural study. *Journal of Rheumatology*, 11(6), 808-13.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. [Journal; Peer Reviewed Journal; Comment Reply]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339.
- Kaplan, H., y Brooke, M. H. (1971) Histochemical study of muscle in rheumatic disease». *Arthritis and Rheumatism.*, 14: 168-169.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., y cols., (2007). Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Keefe, F.-J., Caldwell, D.-S., Williams, D.-A., Gil, K.-M., y cols., (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: A comparative study. *Behavior Therapy*, 21(1), 49-62.
- Keefe, F.-J., Caldwell, D.-S., Williams, D.-A., Gil, K.-M., y cols., (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: II. Follow-up results. *Behavior Therapy*, 21(4), 435-447
- Keefe F.J., Van Horn Y. (1993). Cognitive-behavioral treatment of rheumatoid arthritis pain: maintaining treatment gains. *Arthritis. Care Research* 6:213-22.

- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J. C., Starr, K., Caldwell, D. S., y Tennen, H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain*, 69(1-2), 35-42.
- Keefe, F.-J., Lefebvre, J.-C., Kerns, R.-D., Rosenberg, R., Beaupre, P., Prochaska, J., Prochaska, J.-O., y Caldwell, D.-S. (2000). Understanding the adoption of arthritis self-management: stages of change profiles among arthritis patients. *Pain*, 87(3), 303-13.
- Keel, P. J., Bodoky, C., Gerhard, U., y Muller, W. (1998). Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clinical journal of pain, The*, 14(3), 232-238.
- Kelly, M. (1946). The nature of fibrositis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 5:69-77
- Kendall, P.C.; Hollon, S.D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ), *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 81-93.
- Kendall, P. C., Marrs Garcia, A., Nath, S. R., y Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. [Journal; Peer Reviewed Journal;]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 285-299.
- Keogh, E. (2007). Review of Chronic pain and family: A clinical perspective. *Psychology, Health and Medicine*, 12(4), 518-519.
- Keogh, E., y Cochrane, M. (2002). Anxiety sensitivity, cognitive biases, and the experience of pain. *The Journal of Pain*, 3(4), 320-329.
- Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 23:345-56.
- Kerns, R.-D. y Rosenberg, R. (2000). Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: application of the pain stages of change model. *Pain*, 84(1), 49-55.
- Kerns, R.-D., Rosenberg, R., Jamison, R.-N., Caudill, M.-A., y Haythornthwaite, J. (1997). Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72(1-2), 227-34.
- Kerns, R.-D., Rosenberg, R., y Jacob, M.-C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 57-67.
- Kole-Snijders, A.-M. J., Vlaeyen, J.-W. S., Goossens, M.-E. J. B., Rutten-van-Molken, M.-P. M. H., Heuts, P.-H. T. G., van-Breukelen, G., y cols., (1999). Chronic low-back pain: What does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 931-944.

- Kosek, E., Ekholm, J., y Hansson, P. (1996). Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain*, 68(2-3), 375-83.
- Kosek, E., Ekholm, J., y Hansson, P. (1996). Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain*, 68(2-3), 375-83.
- Kosek, E., y Hansson, P. (1997). Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*, 70(1), 41-51.
- Kotarba, J.-A. (1983). Perceptions of death, belief systems and the process of coping with chronic pain. *Social Science and Medicine*, 17(10), 681-689.
- Kranzler JD, Gendreau JF, Rao SG. (2002). The psychopharmacology of fibromyalgia: a drug development perspective. *Psychopharmacology Bulletin* 36:165-213.
- Krapf, M.W.; Muller, S.; Mennet, P.; Stratz, T., y Muller, W. (1992). The investigation of pH in musculus erector spinal by patients with low back pain and fibromyalgia using in vivo <sup>31</sup>P nuclear magnetic resonance. *Scandinavian Journal of Rheumatology., suplement.* 94: 23.
- Kravis, M. M., Munk, P. L., McCain, G. A., Vellet, A. D., y Levin, M. F. (1993). MR imaging of muscle and tender points in fibromyalgia. *Journal of magnetic resonance imaging JMRI*, 3(4), 669-670.
- Lambert, M.J. (1991). Introducción to psychotherapy research. En L.E. Beutler y Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies.* Washinton: APA
- Lawson, K.-C., Reesor, K.-A., Keefe, F.-J., y Turner, J.-A. (1990). Dimensions of pain-related cognitive coping: Cross-validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire. *Pain*, 43(2), 195-204.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao: Desclée de Brower.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer
- Lefebvre, M.-F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(4), 517-525.
- Lenthen, J., Slade, P. O., Troup, J. P. G., y Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 401-408.
- Lera M.S. (2006). *Características y respuesta al tratamiento Multidisciplinar de pacientes afectas de Fibromialgia.* Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona

- León Rubio, J.M.; Medina, S.; Cantero, F.J.; Gómez, T.; Barriga, S.; Gil, F. y Loscertales, F. (1997). Habilidades de Información y comunicación en la atención al usuario. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.
- Leventhal, H., y Everhart, D. (1979). Emotion, pain and physical illness. In C. E. Izard (Ed.), *Emotion and psychopathology* (pp. 263—299). New York: Plenum Press.
- Lindell, L., Bergman, S., Petersson, I. F., Jacobsson, L. T., y Herrstrom, P. (2000). Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scandinavian journal of primary health care*, 18(3), 149-153.
- Lindh, M. H., Johansson, L. G., Hedberg, M., y Grimby, G. L. (1994). Studies on maximal voluntary muscle contraction in patients with fibromyalgia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(11), 1217-1222.
- Linton, S.-J., y Gotestam, K. G. (1985). Relations between pain, anxiety, mood and muscle tension in chronic pain patients: A correlation study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(2), 90-95.
- Linton, S.-J. (1990). Activities of Daily Living Scale for patients with chronic pain. *Perceptual and Motor Skills*, 71(3, Pt 1).
- Lipton, S. (1991). Pain mechanisms and management. *British Medical Bulletin*; 47(3): i-iv
- Littlejohn (1994). “Síndromes dolorosos crónicos. En el umbral de la comprensión”. En: *Reumatología Hoy*. Barcelona: Ed. Mayo, S.A., 209-224.
- Loeser JD y Melzack R. Pain (199). An overview. *The Lancet* 353: 1607–1609.
- Lohnberg, J.-A. (2007). A review of outcome studies on cognitive-behavioral therapy for reducing fear-avoidance beliefs among individuals with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(2), 113-122.
- Lombardo, E.-R., Tan, G., Jensen, M.-P., y Anderson, K.-O. (2005). Anger management style and associations with self-efficacy and pain in male veterans. *The Journal of Pain*, 6(11), 765-770.
- López-Martínez, A E ; Esteve, R ; Ramírez-Maestre, C ; (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 8; 8 :562 - 568
- Lorig K. *Training Manual for leaders of the arthritis self-help course*. Atlanta, GA; 1982.
- Lorig K, Lubeck D, (1985) Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 28(6):680-5.

- Lorig K, Feigenbaum P, Regan C, Ung E, Chastain RL, Holman HR (1986). A comparison of lay-taught and professional-taught arthritis self- management courses. *Journal of Rheumatology*. ;13(4):763-7.
- Lorig K, Konkol L, González V. (1987). Arthritis patient education: a review of the literature. *Patient Educaion and Counseling* 10:207–252.
- Lorig K, Lubeck D, Seleznick M, Brown BW Jr, Ung E, Holman HR (1989). The beneficial outcomes of the arthritis self-management course are inadequately explained by behavior change. *Arthritis and Rheumatism*, 31(1):91-95.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., y Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 32(1), 37-44.
- Lorig, K., y González, V. (1992). The integration of theory with practice: A twielwe year case study. *Health Education Quarterly*, 19(3):355-368.
- Lorig K. y Holman HR (1993). Arthritis self-management studies: a twelve year review. *Health Education Quarterly*, 20(1):17-28.
- Lorig K, González VM, and Ritter P. (1999) Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial. *Medical Care*, 37(9):957-963.
- Mailis-Cagnon, A., Yegneswaran, B., Nicholson, K., Lakha, S. F., Papagapiou, M., Steiman, A.-J., y cols., (2007). Ethnocultural and sex characteristics of patients attending a tertiary care pain clinic in Toronto, Ontario. *Pain Research and Management*, 12(2), 100-106.
- Main, C.-J., y Waddell, G. (1991). A comparison of cognitive measures in low back pain: Statistical structure and clinical validity at initial assessment. *Pain*, 46(3), 287-298.
- Malone, M.D. and Strube, M.J., (1988). Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain, *Pain*, 34 231–244.
- Mannerkorpi, K., Svantesson, U., y Broberg, C. (2006). Relationships between performance-based tests and patients' ratings of activity limitations, self-efficacy, and pain in fibromyalgia. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(2), 259-264.
- Manning, M.-M., y Wright, T.-L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 421-431.
- Martin, P. R., Nathan, P., Milech, D., y Van Keppel, M. (1989). Cognitive therapy vs. self-management trainingin the treatment of chronic headaches. *British Journal of Clinical Psychology* 28, 347-361.

- Martín-Aragón M, Pastor MA, Lledó A, López-Roig S, Pons N y Terol MC (2000). Creencias de control y Síndrome Fibromiálgico: una revisión. *Revista de Psicología de la Salud*, 12 (1): 75-91
- Martínez-Lavin, M., y Hermosillo, A. G. (2000). Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 29(4), 197-199.
- Martínez-Lavin, M. (2002). Management of dysautonomia in fibromyalgia. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 28(2), 379-387.
- Mary Ersek, Judith A. Turner, Susan M. McCurry, Laura Gibbons, and Beth Miller Kraybill. (2003) Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 19(3) 156-167.
- Masi, A.-T. (1993). Review of the epidemiology and criteria of fibromyalgia and myofascial pain syndromes: Concepts of illness in populations as applied to dysfunctional syndromes. *Journal-of-Musculoskeletal-Pain*, 1(3-4), 113-136.
- Mason, L.-W., Goolkasian, P., y McCain, G.-A. (1998). Evaluation of a multimodal treatment program for fibromyalgia. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 163-178.
- McCracken LM. (1991). Cognitive-behavioral treatment of rheumatoid arthritis: a preliminary review of efficacy and methodology. *Ann Behavioral Medicine*;13:57-65.
- McCracken, L. M., Gross, R. T., Sorg, P. J., y Edmands, T. A. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behaviour research and therapy*, 31(7), 647-652.
- McCracken, L.-M., y Gross, R.-T. (1998). The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: Preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(3), 179-189.
- McDermid, A.-J., Rollman, G.-B., y McCain, G.-A. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66(2-3), 133-44.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*, 15, 189—194.
- Melzack, R., y Wall, P. O. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971—979.
- Melzack, R., y Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), *The sense of pain* (pp. 423—443). Springfield, IL: Thomas.

- Melzack R. (1975). The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* ; 7: 277 – 99 .
- Melzack, R. (2000). Del Umbral a la Neuromatriz, *Revista de la Sociedad Española Dolor* 7 ,149–156.
- Mengshoel, A. M., Forre, O., y Komnaes, H. B. (1990). Muscle strength and aerobic capacity in primary fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 8(5), 475-479.
- Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., Ariza Ariza, R., Navarro Sarabia, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatología Clínica*. 3(2), 55-62.
- Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., (2008). Variables que predicen la adherencia a la terapia para el dolor crónico. *Apuntes de Psicología* (en prensa).
- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, s217
- Mease, P., Arnold, L. M., Bennett, R., Boonen, A., Buskila, D., Carville, S., y cols., (2007). Fibromyalgia syndrome. *Journal of rheumatology, The*, 34(6), 1415-1425.
- Miller, C., y Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain management nursing official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(4), 148-152.
- Miro J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Desclée de Brouwer, 2003
- Mizener, D., Thomas, M., y Billings, R. (1988). Cognitive changes of migraineurs receiving biofeedback training. *Headache*, 28, 339-343.
- Moerman D.E. Meaning, medicine and the ‘placebo’ effect. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- Moher D. (1998). CONSORT: an evolving tool to help improve the quality of reports of randomized controlled trials. Consolidated Standards of Reporting Trials. *The Journal of the American Medical Association*, 279:1489-91.
- Moioli, B. y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la. Sociedad. Española de. Dolor* 12, 8: 476-484.
- Moix Queraltó, J. (2005). Analisis de los factores psicologicos moduladores del dolor cronico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.

- Moix, J., Ruiz, C., Arcos, M. Canellas, M. Truque, M., Kovacs, F.M. y la Red de Investigadores en Dolencias de Espalda (2007). La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual y de la técnica MBSR en la lumbalgia crónica tratada en unidades de dolor. V World Congres of Behavioral and Cognitive Therapies
- Monsalve, V.; de Andrés, J. (1999). El papel de las variables psicológicas en la toma de decisiones en el implante de sistemas de neuromodulación para el tratamiento del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 6;5 :357 – 362
- Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., y Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 341-51.
- Moldofsky, H., y Scarisbrick, P. (1976). Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medicine*, 38(1), 35-44.
- Moldofsky, H.; Lue, F. A., y Smythe, F. A (1983): Alpha EEC sleep and morning symptoms in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 10: 373-379.
- Moldofsky, H. (1993). Fibromyalgia, sleep disorder and chronic fatigue syndrome. *Ciba Foundation symposium*, 262-271
- Moldofsky, H. (1995). Sleep, wakefulness, neuroendocrine and immune function in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 3(2), 75-79.
- Moldofsky, H. K. (2001). Disordered sleep in fibromyalgia and related myofascial facial pain conditions. *Dental clinics of North America*, 45(4), 701-713.
- Moreno, M.-I.-C., Garcia, M.-I.-D., y Pareja, M.-A.-V. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 3(1), 75-87.
- Morley, S., Eccleston, C. Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 80 1–13
- Morley, S., y Williams, A.C. (2006). RCTs of psychological treatments for chronic pain: Progress and challenges. *Pain*, 121(3), 171-172.
- Mountz, J. M., Bradley, L. A., y Alarcon, G. S. (1998). Abnormal functional activity of the central nervous system in fibromyalgia syndrome. *American journal of the medical sciences*, The, 315(6), 385-396.
- Mullen PD, LaVille E.A, Biddle A.K, Lorig K. (1987). Efficacy of psychoeducational interventions on pain, depression, and disability in people with arthritis: a meta-analysis. *Journal of Rheumatology*;14 Suppl 15:33–9.



- Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. (1979) Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología* ;42:139-158.
- Murphy, D., Lindsay, S., y C-De-C-Williams, A. (1997). Chronic low back pain: Predictions of pain and relationship to anxiety and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 231-238.
- Murphy, R. M. y Zelman, F. P. (1987). Differential effects of substance P o serotonin-modulate spinal nociceptive reflexes. *Psychopharmacology*, 93, 118-121.
- Nathan, P.W. (1976). The gate control theory of pain: A critical review. *Brain*, 99, 123-158.
- Navarro Sarabia F., Toyos Sáenz de Mera, F.J. (2002). Dolor osteoarticular. En Dolor osteoarticular. Ed. Rodríguez de la Serna. Euromedile SL
- Netter, P., y Hennig, J. (1998). The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57, 105-108.
- Newton, C.-R., y Barbaree, H.-E. (1987). Cognitive changes accompanying headache treatment: The use of a thought-sampling procedure. *Cognitive Therapy and Research*, 11(6), 635-651.
- Nezu, A.-M., Maguth-Nezu, C., y Lombardo, E.-R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32(3), 537-583.
- Nicassio P.M. y Geenberg, M.A. Intervenciones cognitivas-conductuales y psicoeducacionales en el tratamiento de la artritis. En Kelley. Tratado de reumatología (2 vols.) (7ª ed.) de VV.AA.. Elsevier España SA. 2007
- Nicholas, M. K., Wilson, P. H., y Goyen, J. (1991). Operant-behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behaviour research and therapy*, 29(3), 225-238.
- Nielson, W.-R., Walker, C., y McCain, G.-A. (1992). Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: preliminary findings. *Journal of Rheumatology*, 19(1), 98-103.
- Nielson, W.-R., y Weir, R. (2001). Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 17(4 Suppl), S114-27.
- Norregaard, J., Bulow, P. M., Mehlsen, J., y Danneskiold-Samsøe, B. (1994). Biochemical changes in relation to a maximal exercise test in patients with fibromyalgia. *Clinical physiology Oxford, England*, 14(2), 159-167.
- Nouwen, A., y Bush, C. (1984). The relationship between paraspinial EMG and chronic low back pain. *Pain*, 20(2), 109-123.

- Okifuji, A y Turk, D.C. Fibromyalgia: Search for mechanisms and effective treatments. *Psychosocial Factors in Pain. Critical Perspectives*. R. Gatchel y D. C. Turk. The Guilford Press. New York (1999).
- Okifuji, A., Turk, D.-C. y Curran, S.-L. (1999). Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 1-12.
- Okifuji, A., Turk, D. C., y Sherman, J. J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *The Journal of rheumatology*, 27(1), 212-219.
- O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K., y Holman, H.-R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7(6), 527-544.
- O'Leary, K. D. y Bokovec, T.D. (1978). Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 821-839
- O'Malley, P. G., Balden, E., Tomkins, G., Santoro, J., Kroenke, K., y Jackson, J. L. (2000). Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine official journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine*, 15(9), 659-666.
- Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., Morley, S. J., y Assendelft, W. J. (2006). Behavioural treatment for chronic low-back pain (review). *The Cochrane Library*, 2, 1-24.
- Papas, R.-K., Robinson, M.-E., y Riley, J., III. (2001). Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups. *The Journal of Pain*, 2(5), 262-269.
- Parker JC, Iverson GL, Smarr KL, Stucky-Ropp RC. (1993). Cognitivebehavioral approaches to pain management in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*;6:207-12.
- Parsons, T. (1958). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In E. Garley Jaco (Ed.), *Patients, physicians, and illness* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 3—29). New York: Free Press.
- Pastor, M. A., Salas, E., Lopez, S., Rodriguez, J., Sanchez, S., y Pascual, E. (1993). Patients' beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *British journal of rheumatology*, 32(6), 484-489.
- Pastor, M.A., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Marín, J. (2003). Guía Para Los Tratamientos Eficaces en Las Enfermedades Reumáticas: El Caso De La Fibromialgia. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, E I. Amigo Vázquez (Eds). *Guía Para Los Tratamientos Psicológicos Eficaces (T.I)*. Madrid. Pirámide.

- Penzo, W. (1989): *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pérez Alvarez, M., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I., Fernández Hermida J.R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, Vol. 2, 123-140. Ed Piramide
- Pérez-Cajaraville J., Abejón D., Ortiz J. R. y Pérez J. R.(2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 12 ; 6:373-384
- Philips, H. C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 273-279.
- Philips, H.C. (1988) *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Ed. Pirámide.
- Povedano J, Salaberri J, Corteguera M, García A. (1989). Fibrosis como forma de presentación un mieloma no secretor. *Revista Clínica Española*; 185: 107-8.
- Prescott, E., Kjoller, M., Jacobsen, S., Bulow, P.-M., Danneskiold-Samsøe, B., y Kamper-Jørgensen, F. (1993). Fibromyalgia in the adult Danish population: I. A prevalence study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 22(5), 233-7.
- Price JR, Couper J.. Tratamiento cognoscitivo-comportamental para adultos con síndrome de fatiga crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.).
- Price, D. D. (1987). *Psychological and neural mechanism of pain*. New York: Raven Press.
- Price, D. D., y Staud, R. (2005). Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *Journal of rheumatology, The Supplement*, 22-28.
- Price, D. D., y Staud, R. (2005). Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *Journal of rheumatology, The Supplement*, 22-28.
- Rachman, S., y Arntz, A. (1991). The overprediction and underprediction of pain. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 339-355.
- Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., y López Martínez, A. E. (2003). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Reesor, K. A., y Craig, K. D. (1988). Medically incongruent chronic back pain: physical limitations, suffering, and ineffective coping. *Pain*, 32(1), 35-45.
- Reinecken M.A. y Freeman A. Cognitive Therapy. In *Essential Psychoterapies*. Ed. Guilford Press (2003).

- Rey R. (1998) Von Frey and the Theory of Specificity Rey R. The History of Pain. Massachusetts: Harvard University. Press 215-218.
- Reynolds,-D-V. (1969). Surgery in the rat during electrical analgesia induced by focal brain stimulation. *Science*. 25; 164(878): 444-5
- Richards, S. C., y Scott, D. L. (2002). Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ Clinical research ed*, 325(7357), 185.
- Richardson B: P. Serotonin and Nociception (1990). *Annals of the New York Academy of Sciences*. 600: 511-519.
- Rickard, K. (1988). The occurrence of maladaptive health-related behaviors and teacher-rated conduct problems in children of chronic low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(2), 107-116.
- Riedel, W., Layka, H., y Neeck, G. (1998). Secretory pattern of GH, TSH, thyroid hormones, ACTH, cortisol, FSH, and LH in patients with fibromyalgia syndrome following systemic injection of the relevant hypothalamic-releasing hormones. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57, 81-87.
- Riemsma R, Kirwan J, Taal E, Rasker J. (2002). Patient education for adults with rheumatoid arthritis *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD003688.
- Rimm, D. C., y Litvak, S. B. (1969). Self-verbalizations and emotional arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 181-187.
- Rivera, J., y Gonzalez, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 22(5), 554-560.
- Rivera J. Alegre C, Ballina FJ; Carbonell J. Carmona L., Castel B; Collado A; Esteve JJ. Martínez FJ; Tornero J; Vallejo MA; Vidal J. (2006). Documento de la SER sobre tratamiento de la fibromialgia. *Reumatismos*; 2 Supl 1 S55-66.
- Rivera, R. J., Moratalla, J. C., Valdepenas, M. F., Garcia, V. Y., Oses, P. J. J., Ruiz, Z. J., y cols., (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: A physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis Care and Research*, 51(2), 184-192.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F.J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en Dolor*. 2(4), 279-288.
- Roelofs, J , Boissevain, MD, Peters, J ML, de Jong JR, y Vlaeyen JWS. (2002). Psychological treatments for chronic low back pain: past, present and beyond. *Pain Reviews*; 9: 29-40

- Rollman G. B. y Lautenbacher, S. (1993). Hypervigilance effects in fibromyalgia: Pain experience and pain perception. In H. Vaeroy y H. Merskey (eds.), *Progress in fibromyalgia and myofascial pain*. Amsterdam: Elsevier.
- Romano, J.-M., y Turner, J.-A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97(1), 18-34.
- Romano, T. J. (1990). Clinical experiences with post-traumatic fibromyalgia syndrome. *West Virginia medical journal*, 86(5), 198-202.
- Romano, J.-M., Turner, J.-A., y Jensen, M.-P. (1997). The family environment in chronic pain patients: Comparison to controls and relationship to patient functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(4), 383-395.
- Romano, J.-M., Jensen, M.-P., Turner, J.-A., Good, A.-B., y Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31(3), 415-440.
- Romero Ganuza, F. J., y cols., (1992) Prevalencia de la fibrositis. *Revista Clínica Española*; 5: 280.
- Rook, J. C.; Pesch, R. N., Y Keeler, E. C. (1981). Chronic pain and the questionable use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Archives of physical medicine and rehabilitation*; 62(8): 373-6
- Rosenhall, U., Johansson, G., y Orndahl, G. (1987). Neuroaudiological findings in chronic primary fibromyalgia with dysesthesia. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 19(4), 147-152.
- Rossy, L.-A., Buckelew, S.-P., Dorr, N., Hagglund, K.-J., Thayer, J.-F., McIntosh, M.-J., y cols., (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 180-191.
- Rotter, J.B. (1977): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement: *Psychological Monographs*: 1977; 80(1): 1-28.
- Rowbotham, M. C. (2005). Is fibromyalgia a neuropathic pain syndrome? *Journal of rheumatology, The Supplement*, 38-40.
- Russell, I. J. (1998). Advances in fibromyalgia: possible role for central neurochemicals. *American journal of the medical sciences, The*, 315(6), 377-384.
- Russell, I. J., Orr, M. D., Littman, B., Vipraio, G. A., Alboukrek, D., Michalek, J. E., y cols., (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 37(11), 1593-1601.
- Russell, I.-J., Vaeroy, H., Javors, M., y Nyberg, F. (1992). Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 35(5), 550-6.

- Sandín B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill
- Sandstrom, M.-J., y Keefe, F.-J. (1998). Self-management of fibromyalgia: The role of formal coping skills training and physical exercise training programs. *Arthritis Care and Research, 11*(6), 432-447.
- Savage, O (1942). Management of rheumatic diseases in the Armed Forces. *British Medical Journal ; 2*: 236-238.
- Schachter, C. L., Busch, A. J., Peloso, P. M., y Sheppard, M. S. (2003). Effects of short versus long bouts of aerobic exercise in sedentary women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Physical therapy, 83*(4), 340-358.
- Schanberg, L.-E., Keefe, F.-J., Lefebvre, J.-C., Kredich, D.-W., y Gil, K.-M. (1998). Social context of pain in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: Parental pain history and family environment. *Clinical Journal of Pain, 14*(2), 107-115.
- Schmidt, A. J. M. (1985a). Cognitive factors in the performance of chronic low back pain patients. *Journal of Psychosomatic Research, 29*, 183-189.
- Schmidt, A. J. M. (1985b). Performance level of chronic low back pain patients in different treadmill test conditions. *Journal of Psychosomatic Research, 29*, 639-646.
- Schmidt, A.-J., y Arntz, A. (1987). Psychological research and chronic low back pain: A stand-still or breakthrough? *Social Science and Medicine, 25*(10), 1095-1104.
- Schmidt, A.-J., Gierlings, R.-E., y Peters, M.-L. (1989). Environmental and interoceptive influences on chronic low back pain behavior. *Pain, 38*(2), 137-143.
- Schwartz, D. P., DeGood, D. E., y Shetty, M. S. (1985). Direct assessment of beliefs and attitudes of chronic pain patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 66*(12), 806-809.
- Schwartz, L., Slater, M., Birchler, G., y Atkinson, J. FI. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: The role of pain and anger; and marital satisfaction. *Pain, 44*, 61-67.
- Schwartz, R. B.; Komaroff, A. L.; Garada, B. M., et al (1994). SPECT imaging of the brain: comparison of findings in patients with chronic fatigue syndrome, AIDS dementia complex and major unipolar depression. *American Journal Roentgenol; 162*: 943 -951.
- Selye, FI. (1950). *Stress*. Montreal: Acta Medical.
- Sherman, J. J., Turk, ID. C., y Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain, 16*, 212-219.

- Sherrnan, J., Cansan, C., Cordova, M., Mager, W., Studts, J., Moesko, M., y Okeson, J. (1988). Identification of posttraumatic stress disorder in orofacial pain patients. *Journal of Dental Research*, 77, 111-117.
- Shoor, S., y Lorig, K. R. (2002). Self-care and the doctor-patient Relationship. *Medical Care*, 40(4), 40-4
- Sim, J., y Adams, N. (2002). Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clinical journal of pain, The*, 18(5), 324-336.
- Smarr KL, Parker JC, Wright GE, Stucky-Ropp RC, Buckelew SP, Hoffitian RW, y cols., (1997). The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*;10:18-26.
- Smith, T.-W., Aberger, E.-W., Follick, M.-J., y Ahern, D.-K. (1986). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 573-575.
- Smith, T.-W., Follick, M.-J., Ahern, D.-K., y Adams, A. (1986). Cognitive distortion and disability in chronic low back pain. *Cognitive Therapy and Research*, 10(2), 201-210
- Smith, T.-W., Christensen, A.-J., Peck, J.-R., y Ward, J.-R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four-year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13(3), 213-217.
- Smythe, H. A. (1972). Non articular rheumatism and the fibrositis syndrome. En: J. H. Hollander, D. J. McCarty (eds.), *Arthritis and Allied Conditions*. Filadelfia: Lea Febiger, 8. ed., pp. 874-884.
- Smythe, H. A. (1979). "Fibrositis" as a disorder of pain modulation. *Clinic. Rheumatism. Disease.*; 5: 823-832.
- Smythe, H. A. (1984). Problems with the MMPI. *Journal of Rheumatology*, 11: 417-418.
- Smythe, H. A., y Moldofsky, H, (1977). Two contributions tu understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bulletin. Rheumatism. Disease*. 28: 928-93 1.
- Solomon, D.-H., Warsi, A., Brown-Stevenson, T., Farrell, M., Gauthier, S., Mikels, D., y Lee, T.-H. (2002). Does self-management education benefit all populations with arthritis? A randomized controlled trial in a primary care physician network. *Journal of Rheumatology*, 29(2), 362-8.
- Spanos, N. P., Horton, C., y Chaves, J. F. (1975). The effects of two cognitive strategies on pain threshold. *Journal of abnormal psychology*, 84(6), 677-681.
- Spiegel, D., y Bloom, J. R. (1983). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, 52, 341—345.

- Spinhoven, P., ter-Kuile, M.-M., Linssen, A. C., y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37(1), 77-83.
- Startup, M. J. y Shapiro, D. A. (1993). Therapist treatment fidelity in Prescriptive vs. Exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 443-356
- Staud, R. (2002). Evidence of involvement of central neural mechanisms in generating fibromyalgia pain. *Current rheumatology reports*, 4(4), 299-305.
- Staud, R., y Domingo, M. (2001). Evidence for abnormal pain processing in fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine*, 2(3), 208-215.
- Staud, R. (2002). Evidence of involvement of central neural mechanisms in generating fibromyalgia pain. *Current rheumatology reports*, 4(4), 299-305.
- Stockman, R. (1904). The causes pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edimburg Medical Journal*, 15: 197-116.
- Sullivan, M.-J., y D'Eon, J.-L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 260-263.
- Summers, J.-D. (1994). Anger and depression in chronic spinal cord injury pain as explained by the cognitive construct of hope. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55(6-B).
- Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. (1996). Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care Research*;9:292-301.
- Svebak, S., Anjia, R., y Karstad, S.-I. (1993). Task-induced electromyographic activation in fibromyalgia subjects and controls. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 22(3), 124-30.
- Symbaluk, D.-G., Heth, C. D., Cameron, J., y Pierce, W. D. (1997). Social modeling, monetary incentives and pain endurance: The role of self-efficacy and pain perception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(3), 258-269.
- Taal E, Rasker JI, Wiegman O. (1996). Patient education and self-management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. *Arthritis Care and Research* 9:229-38.
- Thieme, K., Turk, D. C., y Flor, H. (2007). Responder criteria for operant and cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis and rheumatism*, 57(5), 830-836.
- Thompson, J. M. (1990). Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*, 65(9), 1237-1248.



- Thorn, B.-E., Cross, T.-H., y Walker, B.-B. (2007). Meta-Analyses and Systematic Reviews of Psychological Treatments for Chronic Pain: Relevance to an Evidence-Based Practice. *Health Psychology, 26*(1), 10-12.
- Tota-Faucette, M. E., Gil, K. M., Williams, D. A., Keefe, F. J., y Goli, V. (1993). Predictors of response to pain management treatment. The role of family environment and changes in cognitive processes. *Clinical journal of pain, The, 9*(2), 115-123.
- Traut, E. F.(1968). Fibrositis. *Journal of the American Geriatrics Society, 16*:531-538.
- Travell, J., y Rinzler, S. H.( 1952). The myofascial genesis of pain. *Postgraduate Medicine. 11*: 425-434.
- Trexler, R. L. D. y Karst, T. O. (1972). Rational emotive therapy, placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety. *Journal of Abnormal Psychology 79*, 60-67.
- Tsao, J. C., Lu, Q., Myers, C. D., Kim, S. C., Turk, N., y Zeltzer, L. K. (2006). Parent and child anxiety sensitivity: relationship to children's experimental pain responsivity. *Journal of pain official journal of the American Pain Society, The, 7*(5), 319-326.
- Tunks, E., Crook, J., Norman, G., y Kalaher, S. (1988). Tender points in fibromyalgia. *Pain, 34*(1), 11-19.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. and Genest, M., *Pain and Behavioral Medicine*. Guilford Press, New York, 1983.
- Turk, D.-C., y Salovey, P. (1984). "Chronic pain as a variant of depressive disease": A critical reappraisal. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(7), 398-404.
- Turk, O. C., y Rudy, T. E. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 760— 768.
- Turk, D.-C., y Flor, H. (1987). Pain behaviors: The utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain, 31*(3), 277-295.
- Turk, D.-C., y Rudy, T.-E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 233-238.
- Turk, D.-C., y Rudy, T.-E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 99-122.
- Turk, D.-C., y Salovey, P. (1995). Cognitive behavioral treatment of illness behavior. En Nicassio P.M. y Smith T.W. (eds.) *The management of chronic illness: A biopsychosocial perspective*. Washington DC. American Psychological Association; 245-284.

- Turk, D.C., Okifuji, A., Starz, T.-W., y Sinclair, J.-D. (1996). Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*, 68(2-3), 423-30.
- Turk, D.C., y Okifuji, A. (1996). Perception of traumatic onset, compensation status, and physical findings: Impact on pain severity, emotional distress, and disability in chronic pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(5), 435-453.
- Turk, D.C., y Okifuji, A. (1997). Evaluating the role of physical, operant, cognitive, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients. *Behavior Modification*, 21(3), 259-80.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.-D., y Starz, T.-W. (1998). Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: clinical and statistical significance. *Arthritis Care and Research*, 11(3), 186-95.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.-D., y Starz, T.-W. (1998). Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care and Research*, 11(5), 397-404.
- Turk D.C. (2001). Physiological and psychological bases of pain. En A. Baum, T. Revenson, y J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 117-138). Mahwah, NJ: (London): L. Erlbaum
- Turk y Monarch. Biopsychosocial perspective on chronic pain. En *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. 2ª edición*. Turk y Gatchel, 2002
- Turk, D.-C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research and Management*, 7(1), 9-20.
- Turk, D.-C., y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Turner, J.-A., y Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24(3), 355-364.
- Turner, J.A., (1996) Educational and behavioral interventions for back pain in primary care, *Spine*, 21 2851–2859.
- Turner, J.-A., Jensen, M.-P., Warm, C.-A., y Cardenas, D.-D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98(1-2), 127-134.
- Turner, J.-A., Mancl, L., y Aaron, L.-A. (2005). Brief cognitive-behavioral therapy for temporomandibular disorder pain: Effects on daily electronic outcome and process measures. *Pain*, 117(3), 377-387.

- Turner, J.-A., Holtzman, S., y Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 127(3), 276-286.
- Tuzlukov, A. P., Skuba, N. D., Gorbatovskaia, N. S., y Ivachev, A. S. (1993). Morfologicheskaia kharakteristika sindroma fibromialgii. [The morphological characteristics of the fibromyalgia syndrome]. *Arkhiv patologii*, 55(2), 47-50.
- Uceda J, González MI, Fernández O, Hernández R. Fibromialgia: Aspectos históricos, definición y clasificación. *Revista Española de Reumatología* 2000; 27: 414-6.
- Urrows, S., Affleck, G., Tennen, H., y Higgins, P. (1994). Unique clinical and psychological correlates of fibromyalgia tender points and joint tenderness in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 37(10), 1513-20.
- Vaeroy, H., Helle, R., Forre, O., Kass, E., y Terenius, L. (1988). Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. *Pain*, 32(1), 21-6.
- Vaeroy-H, E., Merskey-H, E., Henriksson, K. G., Bengtsson, A., Lindman, R., y Thornell, L. E. (1993). Morphological changes in muscle in fibromyalgia and chronic shoulder myalgia. Progress in fibromyalgia and myofascial pain. *Pain research and clinical management*, 6, 61-73.
- Vaeroy-H, E., Merskey-H, E., Rollman, G. B., y Lautenbacher, S. (1993). Hypervigilance effects in fibromyalgia: pain experience and pain perception. Progress in fibromyalgia and myofascial pain. *Pain research and clinical management*, 6, 149-159.
- Vallejo Pareja M.A. y Comeche Moreno I.(1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: UNED y Fundación Universidad-Empresa.
- Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito Urbina JC, Carmona I, y grupo de trabajo EPISER 2000. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000 (Presentación oral) XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. 31 mayo-2 junio 2000, Santiago *Revista Española de Reumatología*; 27:157.
- Van Tulder, M. W., Koes, B. W., y Bouter, L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine*, 22, 2128-2156.
- Van Tulder, M. W., Ostelo, R., Vlaeyen, J. W. S., Linton, S. J., Morley, S. J., y Assendelft, W. J. J. (2001). Behavioral treatment for chronic low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 26, 270-281.

- Van-Denderen, J.-C., Boersma, J.-W., Zeinstra, P., Hollander, A.-P., y van-Neerbos, B.-R. (1992). Physiological effects of exhaustive physical exercise in primary fibromyalgia syndrome (PFS): is PFS a disorder of neuroendocrine reactivity? *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 21(1), 35-7.
- Van-Linthoudt, D., Roth, D., y Ott, H. (1990). Fibromyalgie associée a un adenome thyroïdien et une brucellose. *Presse medicale Paris, France 1983*, 19(34), 1587.
- Vase L, Price DD, Verne GN, Robinson ME. (2004). The contribution of changes in expected pain levels and desire to pain relief to placebo analgesia. In: Vase Price DD, Price Bushnell MC, editors. Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives. Seattle: IASP Press; 207-32.
- Vidal-Coll C. y Alegre C. (2007). Fibromialgia(FM): manifestaciones clínicas y clasificación. *Dolor*, 22, 3; 137
- Vlaeyen, J.-W. S., Haazen, I.-W. C. J., Schuerman, J.-A., Kole-Snijders, A.-M. J. y cols., (1995). Behavioural rehabilitation of chronic low back pain: Comparison of an operant treatment, an operant-cognitive treatment and an operant-responder treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(1), 95-118.
- Vlaeyen, J.-W. S., Seelen, H.-A. M., Peters, M., de-Jong, P., Aretz, E., Beisiegel, E., y cols., (1999). Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: An experimental investigation. *Pain*, 82(3), 297-304.
- Vlaeyen, J.-W. S., y Linton, S.-J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Vlaeyen, J.-W. S., de-Jong, J., Geilen, M., Heuts, P.-H., y van-Breukelen, G. (2001). Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: A replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 151-166.
- Vowles, K.-E., McCracken, L.-M., y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779-787.
- Waddell, G., y Main, C. 3. (1984). Assessment of severity in low back disorders, *Spine*, 9, 204-208.
- Wade, J.-B., Price, D.-D., Hamer, R.-M., Schwartz, S.-M., y cols., (1990). An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*, 40(3), 303-310.
- Wallace, J. F., y Newmaa, 3. P. (1997). Neroticism and the attentional mediation of dysregulatory psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 135—156.).

- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*; 16(2): 183-199.
- Walsh, D. A., y Radcliffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97(1-2), 23-31.
- Wampold BE, Brown GS. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 73:914-2
- Watt, M.-C., Stewart, S.-H., Lefaivre, M.-J., y Uman, L.-S. (2006). A brief cognitive-behavioral approach to reducing anxiety sensitivity decreases pain-related anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(4), 248-256.
- Weibel, R.-E., y Benor, D.-E. (1996). Chronic arthropathy and musculoskeletal symptoms associated with rubella vaccines. A review of 124 claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program. *Arthritis and Rheumatism*, 39(9), 1529-34.
- Weisberg, J.-N., y Keefe, F.-J. (1999). Personality, individual differences, and psychopathology in chronic pain. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 56-73). New York: Guilford Press.
- Wells, N. (1994). Perceived control over pain: relation to distress and disability. *Research in nursing and health*, 17(4), 295-302.
- Wells, N. (1994). Perceived control over pain: relation to distress and disability. *Research in nursing and health*, 17(4), 295-302.
- White, K. P., y Harth, M. (1996). An analytical review of 24 controlled clinical trials for fibromyalgia syndrome (FMS). *Pain*, 64(2), 211-219.
- White, K. P., y Nielson, W. R. (1995). Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: a followup assessment. *Journal of rheumatology, The*, 22(4), 717-721.
- White, K. P., Harth, M., Speechley, M., y Ostbye, T. (1999). Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *Journal of rheumatology, The*, 26(4), 880-884.
- White, K.-P., Speechley, M., Harth, M., y Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Journal of Rheumatology*, 26(7), 1570-6.
- White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T., y Speechley, M. (2002). Does the label "fibromyalgia" alter health status, function, and health service utilization? A

- prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis and rheumatism*, 47(3), 260-265.
- Whitehead, W.-E., y Bosmajian, L.-S. (1982). Behavioral medicine approaches to gastrointestinal disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 972-983.
- Williams, D. A., Cary, M. A., Groner, K. H., Chaplin, W., Glazer, L. J., Rodriguez, A. M., y cols., (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *Journal of rheumatology*, The, 29(6), 1280-1286.
- Williams, D. A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best practice and research Clinical rheumatology*, 17(4), 649-665.
- Williams, D.A., y Keefe, F.-J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46(2), 185-190.
- Williams, D.-A., y Thorn, B.-E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36(3), 351-358.
- Wilson, G. T. (1996). Manual based treatments; the clinical application of research findings. *Behaviour Research y Therapy*, 34: 295-314
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento Conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.
- Witting, R.; Zorick, F. J.; Blumer, D., et al (1983). Disturbed sleep complaining of chronic pain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, The., 170: 429-431.
- Woby, S.-R., Watson, P.-J., Roach, N.-K., y Urmston, M. (2004). Adjustment to chronic low back pain--The relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 761-774.
- Wolfe, F. (1998). Fibromyalgia in a grand biopsichological model (carta al Editor). Reply. *Journal of Rheumatology*., 25: 1029-1030.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., y cols., (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., y Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and rheumatism*, 38(1), 19-28.

- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.-J., y Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wolfe, F. (1996). The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. *Journal of Rheumatology*, 23(3), 534-9.
- Wolfe, F. (1997). The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of the rheumatic diseases*, 56(4), 268-271.
- Wolfe, F., Russell, I.-J., Vipraio, G., Ross, K., y Anderson, J. (1997). Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *Journal of Rheumatology*, 24(3), 555-9.
- Yates S.L., Morley S., Eccleston C. y Williams A. (2005). A scale for rating the quality of psychological trials for pain. *Pain* 117, 314–325
- Yoldi, B., y Alegre, C. (1992) Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología* . 19: 354-360.
- Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., y Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 11(1), 151-171.
- Yunus, M. B. (1984). Primary fibromyalgia syndrome: current concepts. *Comprehensive therapy*, 10(8), 21-28.
- Yunus, M. B., Kalyan-Raman, U. P., Kalyan-Raman, K., y Masi, A. T. (1986). Pathologic changes in muscle in primary fibromyalgia syndrome. *American journal of medicine, The*, 81(3A), 38-42.
- Yunus, M.-B., Masi, A.-T., y Aldag, J.-C. (1989). A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. *Journal Rheumatology Supplement*, 19, 62-71.
- Yunus, M. B.; Masi, A. T., y Aldag, J. C. (1989). Preliminary criteria for primary fibromyalgia syndrome (PFS). Multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patients and normal subjects. *Clinical Experimental Rheumatology*. 7: 63-69.
- Yunus, M. B. (1992). Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia: aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *Journal of rheumatology, The*, 19(6), 846-850.
- Yunus, M.-B., Dailey, J.-W., Aldag, J.-C., Masi, A.-T., y Jobe, P.-C. (1992). Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia: a controlled study. *Journal of Rheumatology*, 19(1), 90-4.

Yunus, M. B., Khan, M. A., Rawlings, K. K., Green, J. R., Olson, J. M., y Shah, S. (1999). Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *Journal of rheumatology, The*, 26(2), 408-412.

Zidar, J., Backman, E., Bengtsson, A., y Henriksson, K.-G. (1990). Quantitative EMG and muscle tension in painful muscles in fibromyalgia. *Pain*, 40(3), 249-54.



---

## **ANEXOS**

---



# ANEXOS



## ENSAYO CLÍNICO TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL FIBROMIALGIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS  
NIVEL BASAL, PRESENTACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Investigador:

\_\_\_\_\_

Iniciales de paciente:

\_\_\_\_\_

FECHA:

NÚMERO DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ N° DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

## Carta de presentación

### Invitación a participar en el estudio y consentimiento informado

Nuestro Hospital está participando en un proyecto de investigación sobre el uso adecuado de tres intervenciones no farmacológicas para mejorar la fibromialgia. No estamos experimentando con medicamentos ni tratamientos nuevos. Queremos comprobar si estas técnicas psicológicas, tienen un papel en el tratamiento de esta enfermedad que permita mejorar sus síntomas y evitar los efectos adversos de algunos de los medicamentos que se utilizan en esta enfermedad, con los objetivos que perseguimos, pretendemos mejorar en definitiva su calidad de vida y en el caso de que estas técnicas sean útiles aportar este conocimiento para que puedan ser incorporadas a la atención sanitaria que se brinda a las pacientes con fibromialgia, por lo que es muy importante su participación hasta el final en el estudio.

Los pacientes incluidos en el estudio recibirán al azar una de las tres posibles intervenciones:

La terapia cognitivo conductual (TCC):

Consistirá en 12 sesiones grupales con frecuencia semanal. Las sesiones las dirigirá un médico de AE del equipo investigador.

La Terapia de Gestión personal (GP)

Consistirá en 6 sesiones grupales con frecuencia semanal dirigidas por un paciente de fibromialgia entrenado por el equipo investigador.

Terapia de Control (GC)

Tratamiento de la enfermedad por su médico, en las que se le proporcionará un seguimiento de la enfermedad y vigilancia de la medicación recetada.

**LAS TRES TERAPIAS HAN DEMOSTRADO SU EFECTIVIDAD EN LA MEJORÍA DEL DOLOR.**

En el caso de que al final del estudio alguno de estos tratamientos se demuestre que es mejor que los demás, se le ofrecerá recibir dicho tratamiento si está de acuerdo sin coste alguno para usted.

En las revisiones usted tendrá la oportunidad de contarnos los medicamentos que toma, cómo los toma, cómo le sientan, si tiene algún problema con ellos y que síntomas experimenta por la enfermedad, y su percepción de su calidad de vida. Posteriormente, y tras estudiar su caso, acordaremos con usted si tenemos que hacer algún cambio, y el plan de tratamiento a seguir. Necesitaremos mantener al menos una entrevista con usted, y quizá más de una. Trabajaremos con varios profesionales: su médico, su enfermera/o, y los profesionales del equipo de investigación que le administrarán los tratamientos. Usted tendrá la oportunidad de resolver las dudas que tenga sobre su enfermedad y tratamiento.

En cualquier caso, siempre le atenderá su médico en la forma habitual.

Su nombre no aparecerá en ninguna publicación o informe emitido de este estudio, sin embargo, el monitor del ensayo, auditores y las autoridades gubernamentales reguladoras de los medicamentos tendrán acceso directo a las partes más relevantes de

sus registros médicos para verificar la autenticidad de la información recogida en el estudio.

Si durante el curso del estudio usted tiene dudas acerca de la naturaleza de la investigación o sobre sus derechos o bien piensa que ha sufrido un daño relacionado con la investigación, debe contactar con su médico, con los investigadores que le atienden o con el coordinador del estudio, Luis Antonio Merayo Alonso, teléfono 653519145, así mismo si durante la duración del estudio surgiera la posibilidad de algún tratamiento distinto a los incluidos en el estudio debe consultar con los investigadores del estudio.

Si desea participar voluntariamente en el estudio deberá firmar la hoja de consentimiento informado que recoge que así desea hacerlo y cumplir unos criterios sobre la enfermedad. Tomar parte en el estudio es totalmente voluntario. Si decide no participar seguirá recibiendo la atención habitual por parte de su médico y su enfermera sin ningún tipo de penalización.

Gracias por dedicarnos su tiempo

Atentamente,

Fdo. : \_\_\_\_\_

Investigador del proyecto

Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento informado para participar en el ensayo clínico

“Valoración de la terapia cognitiva-conductual, la gestión personal en pacientes con fibromialgia en atención especializada”.

He leído la hoja de información que se me ha entregado  
He podido hacer preguntas sobre el estudio  
He recibido suficiente información sobre el estudio  
He hablado con .....

He comprendido la información que se me ha suministrado  
Comprendo que mi participación es voluntaria  
Entiendo que puedo retirarme del estudio

- Cuando quiera
- Sin dar explicaciones
- Sin que eso repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy el consentimiento para la filmación de las sesiones de grupo de la terapia psicológica que se va a realizar, con fines científicos o educativos, puesto que mi identidad no será relevada en las imágenes.

Acepto participar en el estudio  
Firmado (Fecha, nombre, apellidos y firma):

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este proyecto al paciente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en su nombre.

\_\_\_\_\_  
FIRMA: Luis Antonio Merayo A

## Batería de pruebas

Datos Sociolaborales

Nº de código \_\_\_\_ Fecha

<b>Apellidos</b>	
<b>Nombre</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Población</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>Núm SS</b>	
<b>Sexo</b>	MUJER 0 VARON 1
<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Estado Civil</b>	1 SOLTERO 2 CASADO 3 VIUDO 4 SEPARADO/DIVORCIADO
<b>Nivel Educación</b>	ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA/F.P. UNIVERSITARIO
<b>Tabaco</b>	SI NO
<b>Alcohol</b>	SI NO
<b>Ejercicio</b>	NINGUNO 0 OCASIONAL 1 REGULAR (2 veces en semana o >) 2
<b>Situación laboral</b>	1 ACTIVO 2 PARO 3 JUBILACIÓN 4 BAJA 5 NUNCA TRAB / SUS LABORES

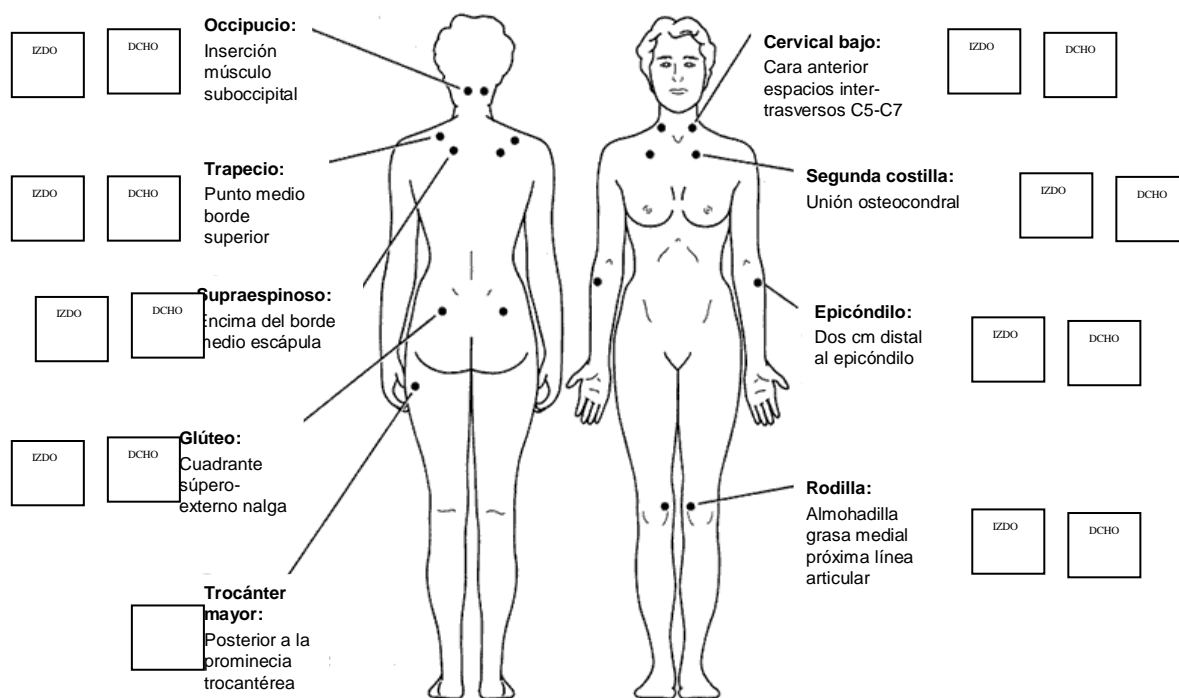
Historia Actual

<b>Dolor Difuso</b>	DERECHA IZQUIERDA ARRIBA ABAJO
<b>Antigüedad Síntomas (3meses)</b>	Nº MESES .....
<b>Dolor predominante</b>	Cervical Lumbar Cabeza Hombro Codo Rodilla Cadera Otro
Antecedentes patológicos	SI NO TIPO
<b>Uso de medicamentos</b>	<b>Evaluación basal consumo de la semana previa</b>
<b>AINES</b>	SI NO TIPO _____nº / SEMANA__
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	SI NO TIPO _____nº / SEMANA__
<b>ANSIOLITICOS</b>	SI NO TIPO _____nº / SEMANA__
<b>RELAJANTES</b>	SI NO TIPO _____nº / SEMANA__
<b>HIPNOTICOS</b>	SI NO TIPO _____nº / SEMANA__
<b>OTROS (OPIACEOS)</b>	SI NO TIPO _____nº / SEMANA__
<b>Expediente incap/judicial en curso</b>	SI NO



**EXPLORACIÓN DE LOS PUNTOS DOLOROSOS  
EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA**

0	SIN DOLOR
1	EL PACIENTE REFIERE MOLESTIAS PERO NO DOLOR
2	EL PACIENTE REFIERE DOLOR
3	EXPLORACION DEL PUNTO DOLOROSO DA LUGAR A DOLOR QUE SE ACOMPAÑA DE GESTO DE DOLOR
4	EL PACIENTE RELATA DOLOR Y REALIZA RETIRADA DEL MIEMBRO



**NÚMERO DE PUNTOS DOLOROSOS ( $\Sigma$ NPD  $\geq$  2) \_\_\_\_\_**  
**PUNTUACION TOTAL DE LOS PUNTOS SENSIBLES ( $\Sigma$ TPD) \_\_\_\_\_**

**ESCALA NUMÉRICA DE VALORACIÓN  
DE LA INTENSIDAD DE DOLOR**

Indique de 0 a 10 cuál ha sido el **mayor dolor que ha tenido en los últimos siete días**: (0 es nada de dolor y 10 es el mayor dolor que pueda imaginar) \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										El
de										mayor
dolor										dolor

Indique de 0 a 10 cuál ha sido el **menor dolor que ha tenido en los últimos siete días**: (0 es nada de dolor y 10 es el mayor dolor que pueda imaginar) \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										El
de										mayor
dolor										dolor

**En este momento ¿Cuánto dolor tiene?** (0 es nada de dolor y 10 es el mayor dolor que pueda imaginar)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										El
de										mayor
dolor										dolor

**¿Cuál ha sido el dolor general de los últimos 7 días?** (0 es nada de dolor, y 10 es el mayor dolor que jamás haya tenido)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										El
de										mayor
dolor										dolor

## GHQ-28

Nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

*Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.  
Muchas gracias por su colaboración.*

<b>ÚLTIMAMENTE:</b>
---------------------

**A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

Mejor que lo habitual	A	Peor que lo habitual	C
Igual que lo habitual	B	Mucho peor que lo habitual	D

**2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?**

Más activo que lo habitual	A	Bastante más que lo habitual	C
Igual que lo habitual.	B	Mucho menos que lo habitual	D

**2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**

Menos tiempo que lo habitual.	A	Más tiempo que lo habitual	C
Igual que lo habitual.	B	Mucho más tiempo que lo habitual.	D

**3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**

Mejor que lo habitual	A	Peor que lo habitual	C
Igual que lo habitual	B	Mucho peor que lo habitual.	D

**4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?**

Mas satisfecho que lo habitual	A	Menos satisfecho que lo habitual	C
Igual que lo habitual	B	Mucho menos satisfecho que lo habitual	D

**5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?**

Más útil que lo habitual	A	Menos que lo habitual	C
Igual de útil que lo habitual	B	Mucho menos útil que lo habitual.	D

**6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

Más que lo habitual	A	Menos que lo habitual	C
Igual que lo habitual	B	Mucho menos que lo habitual.	D

**7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

Más que lo habitual	A	Menos que lo habitual	C
Igual que lo habitual	B	Mucho menos que lo habitual.	D

**D. 1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

Claramente, no	A	Se me ha cruzado por la mente	C
Me parece que no	B	Claramente, lo he pensado	D

**5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?**

No, en absoluto	A	Bastante más que lo habitual	C
No más que lo habitual	B	Mucho más que lo habitual	D

**7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

Claramente, no	A	Se me ha cruzado por la mente	C
Me parece que no	B	Claramente, lo he pensado	D

## **Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)**

**INSTRUCCIONES:** Haga un círculo alrededor del número que mejor describa su capacidad para realizar las siguientes tareas durante la última semana

**Es usted capaz de**

	SIEMPRE	BASTANTES VECES	EN OCASIONES	NUNCA
Ir de compras	0	1	2	3
Lavar y tender la ropa	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar a mano platos u otros utensilios	0	1	2	3
Limpiar el suelo	0	1	2	3
Hacer la cama	0	1	2	3
Pasear por el barrio	0	1	2	3
Visitar a amigos y familiares	0	1	2	3
Hacer trabajos ligeros de casa	0	1	2	3
Conducir	0	1	2	3

**2. ¿Cuántos días de la semana se sintió bien?**

0 1 2 3 4 5 6 7

**3. ¿Cuánto días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de la fibromialgia? (Si no trabaja usted fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)**

0 1 2 3 4 5 6 7

INSTRUCCIONES: Haga un círculo alrededor del número que mejor describa sus sensaciones durante la última semana

4. Si fue a trabajar ¿en qué grado el dolor o los síntomas de la fibromialgia interfirieron en la realización de su trabajo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No fue problema								Fue una gran dificultad		

5. ¿Cómo ha sido de fuerte su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor							Dolor muy fuerte			

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada cansada								Muy cansada		

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bien							Muy cansada			

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada rígida								Muy rígida		

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa, o angustiada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada nerviosa								Muy nerviosa		

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada deprimida								Muy deprimida		



**EuroQol 5-D**

Marque con una señal como esta (X) las afirmaciones que describan mejor su estado de salud en el día de **hoy**.

**Movilidad**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

**Cuidado Personal**

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

**Actividades Cotidianas (ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares durante el tiempo libre)**

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

**Dolor/Malestar**

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

**Ansiedad/Depresión**

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es (por favor, marque un cuadro):

Mejor

Igual

Peor

Para ayudar a la gente a describir lo buen o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un **100 el mejor estado** de salud que pueda imaginarse y con un **0 el peor estado** de salud que pueda imaginarse.

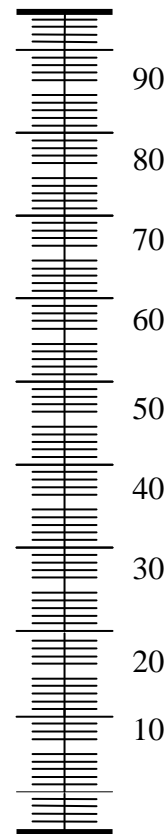
Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno y malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “*Su estado de salud hoy*” hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud HOY



El mejor estado de salud imaginable

100



0

El peor estado de salud imaginable

EEC  
ESCALA DE EXPECTATIVAS DE CAMBIO

NOMBRE:

CENTRO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ESCALA GENERAL.

INDIQUE EN QUÉ GRADO CONFÍA EN LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN GENERAL.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Muchísimo

ESCALA GLOBAL.

INDIQUE EN QUÉ GRADO CONFÍA EN MEJORAR GLOBALMENTE COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO QUE AQUÍ PUEDE RECIBIR.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada  
Muchísimo

ESCALA ESPECÍFICA.

INDIQUE EN QUÉ GRADO CONFÍA QUE MEJORARÁ EN CADA UNA DE LAS CONDUCTAS OBJETIVO COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO QUE VA A RECIBIR.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada  
Muchísimo

Conducta 1ª.....DOLOR.....

Conducta 2ª.....CANSANCIO.....

Conducta 3ª.....DEPRESIÓN.....

Conducta 4ª.....INSOMIO.....

Conducta 5ª.....IRRITABILIDAD.....

Conducta 6ª.....ANSIEDAD.....



## ANEXO B

### **Protocolo de terapia cognitivo – conductual para el tratamiento del Síndrome de Fibromialgia**

En este apartado, desarrollamos un resumen de lo que se desarrolló en las sesiones del tratamiento Cognitivo Conductual del Síndrome de Fibromialgia. Concretamente se describen las nueve sesiones grupales de las que constó. La duración aproximada de las sesiones fue de 90 minutos.

En cada una de las sesiones se realizó:

1. Revisión de las tareas para casa de la sesión anterior (menos la primera).
2. Los objetivos, las explicaciones y los ejercicios para aplicar durante la sesión.
3. Un resumen de la sesión para que el paciente lo tenga en casa.
4. Las tareas para casa que debe llevar a cabo el paciente.

El propósito de este esquema es el de proporcionar una estructura tanto al terapeuta como al cliente para mejorar la alianza terapéutica. Este protocolo fue acompañado de un CD de relajación, explicadas en la sesión y varios ejercicios de meditación.

La estructura de las sesiones está basada en el programa de Philips (1988) adaptado para las características del síndrome de fibromialgia. Cada sesión fue independiente y la interrelación entre ellas se destacó siempre que fue posible.

Antes de comenzar la realización del tratamiento se dedicó una sesión a conocer a todos los miembros del grupo, así como a procurar una mayor aproximación entre los participantes y tratar de desinhibir a las personas del grupo.

Para ello, se propuso a los pacientes que formasen pareja con el compañero que tenían a su lado para que se conociesen, centrándose en preguntar sus preferencias, sus hobbies y las actividades que más le agradaban.

A continuación el terapeuta abrió la rueda de presentaciones, que además de su nombre hizo referencia a su experiencia con el tratamiento con el dolor y a la función que cumpliría en el grupo a lo largo de la terapia. Se hizo hincapié en la responsabilidad que habían adquirido todos los participantes en el consentimiento informado para asistir a todas las sesiones y llegar a tiempo, preguntar cualquier duda, probar las actividades nuevas por lo menos por dos semanas (antes de decidir qué es lo que mejor pudiera servirle) y hacerse pequeños propósitos semanales de lo que desea cumplir.

Seguidamente se dio paso a la presentación de cada uno de los participantes. Se les solicitó que presentarán a su compañero informando previamente sobre su nombre y sus aficiones.

Por último, se les administró una batería de cuestionarios psicológicos relacionados con el dolor con el fin de medir el cambio terapéutico, proporcionando una oportunidad excelente para preparar a los pacientes para un activo programa de tratamiento psicológico.

ESQUEMA PROGRAMA DE TRATAMIENTO DIVIDIDO POR SESIONES				
	1	2	3	5
	Visión general del tratamiento	Estados emocionales y dolor	Ejercicio físico y fibromialgia	Análisis de pensamientos negativos y de aceptación
Revisión de tareas		Práctica y registro de respiración diafragmática Registro de nivel basal de ejercicio Conocimiento de la naturaleza del dolor	Resolución de problemas y toma de decisiones ejercicio físico Guía de propósitos: ejercicio y relajación Satisfacción de los pasos	Guía de propósitos: ejercicio y relajación Satisfacción de los pasos Registros dolor – estado de ánimo Registro de eventos estresantes
Contenido	Visión general de la fibromialgia. Explicación sobre la relación de los procesos psicológicos y el dolor: El Modelo de Melzack. Los círculos viciosos: dolor- ansiedad-tensión. Estableciendo el contexto de terapia:	Explicación de la relación entre pensamiento, emoción y conducta.	Importancia del ejercicio físico Interpretaciones erróneas Beneficios del ejercicio físico Cualidades susceptibles de entrenamiento ¿Qué ejercicios hacer? Principios y elementos de la prescripción de la actividad física Frecuencia cardíaca adecuada Recomendaciones Programa de entrenamiento aeróbico	Explicación del efecto de nuestros pensamientos distorsionados en la vida y en el dolor. Identificación de los principales pensamientos distorsionados
Ejercicios	Ejemplos de la puerta del dolor. Planificación de metas Breve ejercicio de respiración	Ejercicio entrenamiento en control de la respiración Pautas ejercicios de meditación	Serie de ejercicios de flexibilidad (por la monitora del grupo de manejo personal)	Ejercicio de reestructuración cognitiva pensamientos catastróficos
Asignación de tareas	Práctica y registro de respiración diafragmática Diario de dolor	Práctica y registro de respiración diafragmática Diario de dolor	Guía de propósitos: ejercicio y relajación Registros dolor – estado de ánimo	Plan de propósitos Satisfacción de los pasos

ESQUEMA PROGRAMA DE TRATAMIENTO DIVIDIDO POR SESIONES					
	6	7	8	9	10
	Haciendo espacio para la aceptación, para cambiar lo que pueda cambiarse	Familia y enfermedad	Mejorando la comunicación	El manejo del cansancio	Las recaídas
Revisión de tareas	Plan de propósitos Satisfacción de los pasos	Registro de eventos estresantes (Situación – pensamiento – emoción) Plan de propósitos Satisfacción pasos	Ejercicio de comunicación eficaz Registre el n° de cosas positivas que cada uno ha hecho para el otro en el periodo de una semana Registren la cantidad de ocio durante los últimos días y anoten en que lo han empleado Plan de propósitos Satisfacción pasos	Los ejercicios que no se completaron en la sesión anterior Plan propósitos	Lista de actividades Periodos de actividad Programación de actividades lúdicas Satisfacción pasos Plan propósitos
Contenido	Debate de pensamientos negativos y compromiso con los valores Técnicas de revalorización del dolor	Creencias familia El papel de la atención y las quejas Conducta pasiva, asertiva y agresiva	Comunicación con el médico Visualización video de habilidades sociales: Técnicas de comunicación Expresión de sentimientos negativos Fibromialgia, sexualidad y pareja (si da tiempo)	Principios de ergonomía Estrategias para combatir el cansancio Organización del tiempo. Estrategias y Barreras Programación de actividades Ciclos de actividad – descanso La fatiga (causas) La memoria	Revisión y valoración de técnicas aprendidas Entrega de pensamientos reestructurados Agradecimientos y entrega calendario próximas visitas
Ejercicios	Ejercicio de diálogos interiores positivos	Modelado y ensayo de conductas de retirada de atención en conductas de dolor. Ejercicios asertividad (pasos asertividad para pedir ayuda) Ejercicio de conducta asertiva, pasiva y agresiva	Ejercicio de resolución de problemas (individual y por parejas) Como mejorar la comunicación con el médico. Rol play en la consulta con el médico Rol play: Autorevelación y “decir no” Ejercicios de interrogación	Programa de tareas diarias para casa Elaboración de un plan	
Asignación de tareas	Registro de eventos estresantes (Situación – pensamiento – emoción) Plan de propósitos	Ejercicio de comunicación eficaz Registre el n° de cosas positivas que cada uno ha hecho para el otro en el periodo de una semana	Los ejercicios que no se completen	Lista de actividades Periodos de actividad Progr. actividades lúdicas	

Los pacientes que faltaban a una sesión debía recuperarla en una sesión individual, salvo en caso de recidiva de la fibromialgia o complicaciones asociadas



## **SESIÓN UNO: Introducción a la terapia cognitivo-conductual**

### **Objetivos**

1. Describir la fibromialgia
2. Explicar los mecanismos del dolor
3. Preparar a los pacientes para un abordaje psicológico
4. Hacerse propósitos

### **Contenido**

Al ir llegando los participantes se les distribuyeron unas etiquetas con el nombre, se dio la bienvenida al grupo, mostrándoles los objetivos para la sesión. A continuación se pidió a los participantes que pensasen en una ó dos maneras en que la fibromialgia afecta sus vidas (física o emocionalmente). Después, se permitió a los participantes compartir muy brevemente con el grupo cómo les afecta su fibromialgia.

El terapeuta tomaba nota de lo que decían las personas en una pizarra poniendo una marca (X) al lado de una palabra cada vez que se mencionaba, copiándose a un diario de sesiones para comparar el progreso en la última sesión. Se hizo referencia a las principales características comunes a todos los miembros del grupo: el dolor y el cansancio.

Se recordaron las "responsabilidades" de la sesión con el grupo y se distribuyeron copias del esquema del programa de tratamiento, revisando los temas que iban a ser vistos en las sesiones de grupo, mencionando la relación de los temas con las declaraciones hechas por el grupo al inicio de la sesión. Se estableció el símil del rompecabezas, enfatizando la importancia de una asistencia regular a las sesiones: cada sesión como una pieza de un rompecabezas; los pacientes que pierdan una pieza no podrán ver el cuadro completo.

Se les explicó que para manejar una enfermedad crónica la primera responsabilidad que la persona debe asumir es entender su enfermedad y qué está pasando en su

organismo. Esto significa convertirse en una persona proactiva, aprendiendo cada vez más acerca de las causas y tratamientos para su enfermedad. Cuanto más conocimiento tuviesen sobre la fibromialgia mejor la podrían sobrellevar y así tomar decisiones cotidianas necesarias para modificar conductas y hábitos que favorezcan un cambio terapéutico actual y futuro.

Se les proporcionó información de la enfermedad, mediante un DVD elaborado al efecto basado en el programa de educación al paciente, publicado por la Sociedad Española de Reumatología ([www.ser.es](http://www.ser.es)). En ese DVD se explicó:

- ¿Qué es la fibromialgia?,
- ¿Qué la produce?,
- ¿Qué síntomas produce?,
- ¿Cómo se diagnostica? y en qué consiste el tratamiento de la fibromialgia?
- ¿Qué pronóstico tiene?

Además incluía grabaciones de pacientes con su misma enfermedad durante la entrevista previa al tratamiento y tras un seguimiento de tres meses, de un estudio piloto previo. Esta información se les proporcionó para facilitar los efectos del modelado, fortaleciendo la motivación del paciente para un acercamiento al programa de tratamiento.

Se describió cómo el dolor no es una respuesta simple provocada por un estímulo (sensación) sino que es una experiencia compleja que está compuesta por tres aspectos:

1. Las características sensoriales (intensidad, lugar, tipo de sensación).
2. Las características emocionales (que hace de esa experiencia algo desagradable).
3. Las características cognitivas (que dan significado a esa experiencia).

Todas estas características son las que al final generan la experiencia dolorosa que sentimos, y por esa razón, para el alivio del dolor no solamente se trabajan las características sensoriales (normalmente esto se hace con los medicamentos), sino también se trabajan las características emocionales y cognitivas (y esto se hace principalmente con técnicas psicológicas). Esto es, no duele donde se tiene la lesión, sino en el cerebro, que es donde se genera esta respuesta que sentimos.

Esto quiere decir que cuando se utilizan técnicas psicológicas no es porque se piense que el dolor que siente es psicológico, que se lo estén inventando o porque padecen un trastorno mental, sino porque se trabajan todas las dimensiones que componen esa experiencia. Por este motivo nuestro objetivo fundamental en el tratamiento de su dolor es el mismo que el de los profesionales de la medicina, esto es, el alivio del dolor.

Se introdujo el concepto de los factores psicológicos como moduladores de la experiencia del dolor (algo que incide sobre el dolor, no que lo crea o que lo genera) que tienen la capacidad de incrementar el dolor o disminuirlo. Se les explicó el ciclo del dolor proporcionándole el siguiente ejemplo, ilustrando la diapositiva de la Ilustración 41:

“Todos tenemos reacciones diferentes al dolor, como preocuparse, angustiarse, temerle, rechazar, y otras más. Según nuestras reacciones, podemos hacer que nuestra percepción del dolor aumente o disminuya. No es necesario resignarse al dolor, usted puede romper el ciclo del dolor al ser proactivo(a) llevando a cabo una variedad de actividades, como el ejercicio y otras técnicas que reducen la ansiedad y relajan los músculos. A lo largo de estas sesiones vamos a explicarlas y a practicarlas para que usted pueda manejar el dolor en su vida”.



**Ilustración 41. Círculo vicioso del dolor**

Se les pidió que elaboraran una lista de los factores que creen que puede influir positiva o negativamente en el dolor anotándolos en la pizarra clasificándolos según su naturaleza, tal y como aparecen en la Tabla 62.

**Tabla 62. Factores físicos, emocionales, cognitivos y psicosociales moduladores de la intensidad del dolor.**

FACTORES	AUMENTAN EL DOLOR (Abren la puerta de control)	DISMINUYEN EL DOLOR (Cierran la puerta de control)
<b>FÍSICOS</b>	Intensidad de la estimulación dolorosa. Duración de la estimulación dolorosa. Extensión del daño o lesión. Gravedad del daño o lesión.	Constitución de la persona Factores hereditarios Nivel de Actividad Tratamientos físicos
<b>EMOCIONALES</b>	Depresión, Sentimientos negativos. Ansiedad. Ira, dificultad para expresar emociones.	Sentimientos positivos Relajación, tranquilidad Estabilidad emocional
<b>COGNITIVOS</b>	Atención centrada en el dolor. Creencias negativas sobre el dolor. Percepción de no control del dolor.	Distracciones Creencias positivas sobre el dolor. Percepción de control del dolor.
<b>PSICOSOCIALES</b>	El entorno Experiencias anteriores negativas Apoyo social inadecuado	El entorno Experiencias anteriores positivas Apoyo social adecuado

Esta tarea permitió: por una parte, profundizar en la relación entre dolor y psicología, y por otra parte da pie a introducir la base teórica de la psicología cognitivo-conductual.

Se transmitió la idea que la Terapia Cognitivo-Conductual basa su atención en analizar y trabajar todas aquellas dimensiones emocionales, cognitivas (pensamiento) y comportamentales que hacen que uno note más o menos dolor.

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a cambiar su relación con el dolor de tal manera que les permita ampliar su sentido de identidad, su relación con los demás y su futuro más allá del dolor y explorar habilidades para tratar más efectivamente con su dolor, p.e., entrenamiento en relajación, manejo de la atención ciclos de descanso de actividad, ejercicio graduado, y descubriendo y modificando los pensamientos e ideas que lo hacen sufrir.

Se cerró la sesión proponiendo que entre las sesiones, durante la semana se propusieran “Realizar propósitos”. Se enfatizó a los participantes que esta actividad, Hacerse propósitos, es la clave de todo el programa. Hacerse propósitos ayuda a los participantes a adquirir nuevos patrones de conducta, hábitos y habilidades. También es importante porque aumenta la confianza en ellos mismos, ayudándolos a realizar cambios en su estilo de vida y a dominar nuevas habilidades. Por eso, les pedimos a los participantes hacer un propósito en esta y todas las siguientes sesiones del programa.

Para la realización de esta actividad se dijo a los participantes: “Hemos encontrado que las personas que más se benefician de los programas de tratamiento son aquellas personas proactivas que se hacen propósitos semanales y los llevan a cabo. Por lo tanto, en esta sesión les pediremos a cada uno de ustedes que se hagan un propósito semanal o un "plan de acción" para lograr cambiar o mejorar algo que ustedes desean en su vida cotidiana”.

Se les recordó que el terapeuta modelaría la estructura del propósito semanal, por esta razón era importante que se prepararan con anticipación de acuerdo al siguiente guión:

1. ¿Qué es lo que va a hacer?
2. ¿Cuánto va a hacer?
3. ¿Cuándo lo va a hacer? ¿a qué hora?
4. ¿Cuántas veces por semana va a hacerlo?

Se les pidió a cada uno de los participantes que anunciara su propósito personal, pidiéndoles además, que eligieran un número en una escala del 0 al 10 que refleje cuán seguros se sienten que cumplirán dicho propósito para la siguiente semana. (0 es no estar seguro y 10 es estar completamente seguro). Si es menos de 7, se sugería a esa persona hacerse un propósito menos rígido o más realizable.

Se les pidió a los participantes que para la próxima sesión tendrían que realizar en sus casas y elaborar un listado sobre los factores que cada paciente cree que afectan negativamente a su experiencia personal de dolor.

Por último, se sugirió que en la próxima sesión viniesen con ropa cómoda, pues la sesión consistiría en el aprendizaje de una técnica de relajación. Por último se les agradeció que hubiesen venido.

## **SESIÓN DOS: Relajación muscular**

### **Revisión de tareas para casa.**

Se les pidió el listado elaborado por cada paciente sobre los factores psicológicos que influyen negativamente sobre la percepción subjetiva del dolor. Se revisaron los propósitos semanales y posibles dudas al respecto. Se pidió al grupo que en una lluvia de ideas corta ofrecieran sugerencias para la solución de problemas de las dificultades de llevar a cabo su propósito, pidiéndole un nuevo propósito.

### **Objetivos**

1. Conocer el teórico círculo vicioso dolor-tensión-dolor
2. Preparar al paciente para la terapia psicológica
3. Incorporar la habilidad de la relajación muscular como estrategia para romper dicho círculo.
4. Mostrar al paciente el papel de la atención en la percepción de las sensaciones corporales.
5. Entrenamiento en técnicas de distracción.

### **Contenido**

Esta sesión se centra en la forma en la que uno puede usar la relajación para modificar o atenuar la experiencia del dolor

Usando la ilustración 42, se recuerda al grupo el círculo vicioso que se describió en la primera sesión entre dolor y tensión muscular. El entrenamiento en respiración profunda diafragmática para ayudar a romper ese círculo. El objetivo fundamental es que los pacientes aprendan a realizar aspiraciones profundas, estables y espaciadas como ayuda a su relajación. Se parte de considerar el dolor crónico como un trastorno fruto de la inadecuada adaptación a situaciones estresantes o que en sí mismo produce tensión y estrés. La relajación actuaría combatiendo la

hipercontracción muscular creando una respuesta o un estado incompatible con la misma y resulta, por otra parte, una técnica muy bien recibida por los pacientes.



**Ilustración 42. Círculo dolor - tensión muscular**

El entrenamiento en relajación se realiza en las primeras sesiones del tratamiento, entre otras razones, porque adquirir la habilidad puede resultar algo costoso para el paciente y al realizarse al inicio puede incorporarse como parte de las tareas para casa durante varias semanas con la consiguiente posibilidad de supervisar su práctica.

A continuación se focalizó la exposición en torno al “círculo vicioso” dolor – tensión muscular – dolor y el papel que la relajación puede jugar para romper ese círculo. Apoyándose en gráficos como el que de la figura 42 y siguiendo a Philips (1988).

Se invitó a los pacientes a discutir sobre el modelo y a expresar sus propia experiencia sobre los efectos de los factores físicos – emocionales y cognitivos sobre el dolor percibido. En este momento se incorporó cuál es el papel esperable del entrenamiento en relajación. Incidiría en la base psicofisiológica del dolor a través del aprendizaje de respuesta al desactivar la hiperreactividad muscular, desactivación autonómica y somática incompatible además con las respuestas de ansiedad asociadas, disminuyendo estas sensaciones. De esta manera se incrementaría también la percepción de autocontrol, de autoeficacia, y se facilitarían nuevas estrategias de afrontamiento del dolor.

Una vez asentados los conceptos se pasó a explicar detalladamente en qué consistía y cómo se iba a realizar el entrenamiento.

La sesión tuvo dos partes diferenciadas: una para la respiración y otra para la relajación siguiendo en ambos casos las instrucciones en un CD. El tipo de



entrenamiento que se siguió fue el propuesto por Dr. José Antonio García Higuera editado en el Curso Terapéutico de Aceptación (2004). En este curso se incluye el aprendizaje de técnicas de relajación, de respiración, un entrenamiento intenso de concentración en el presente, para poder aceptar las sensaciones que se asocian al dolor, y finalmente llevar nuestra conciencia a su plenitud potenciando nuestra capacidad de darnos cuenta de los procesos psicológicos que ocurren en nuestra vida para poder situarlos en su justa medida. Se enseña a no actuar. Y desde la no acción deshacer los círculos viciosos.

Nos propusimos mostrar al paciente cómo el hecho de centrar la atención en el cuerpo y vigilarlo en exceso puede hacer que tome más conciencia de los niveles de dolor. El desarrollo de este hábito de centrar la atención en las sensaciones del dolor de su propio cuerpo es comprensible y bastante adaptativo cuando existe el daño agudo. Sin embargo, a medida que el tiempo pasa, ésta superatención empieza a ser contraproducente respecto al dominio del dolor y de las relaciones con los demás.


Se ilustró con ejemplos la influencia de la atención de la detección de síntomas corporales.

Se dijo a los participantes:

- a. Como ustedes saben, la mente tiene una influencia muy importante en el cuerpo. Por ejemplo, imagínense que están chupando un limón verde y jugoso, noten como las glándulas salivales empiezan a secretar saliva y noten la sensación que se produce en su boca y olfato. Hay una reacción física cuando utilizamos activamente la mente. (Se dió tiempo suficiente para que los participantes experimenten las sensaciones).
  
- b. Ahora, traten de sobarse circularmente el estómago al mismo tiempo que se dan pequeñas palmadas en la cabeza. (Animen a los participantes a hacerlo). O ¿alguien ha tratado de resolver una suma al mismo tiempo que habla con alguien? Como pueden ver, es difícil concentrar la atención en dos cosas a la

vez. Cuando nos concentramos en una idea o actividad distinta al dolor, sentimos menos dolor. Esta es la técnica de distracción. ( Ilustración 43)

## DISTRACCIÓN

<b>Se aplica cuando:</b>	Hacemos actividades cortas que nos causan dolor (Por Eje., abrir frascos o subir escalones) o para quitarnos de la mente problemas o preocupaciones de la vida cotidiana		
<b>¿Cómo?:</b> 	Enfocando la mente en algo distinto al dolor. Es más natural que la mente se enfoque en una sola cosa a la vez.		
	<b>EXTERNAS</b>	<b>MENTALES</b>	<b>SOMÁTICAS</b>
	Objetos (internos o externos), sonidos	Planear el día, Fantasear vacaciones	Centrarse en la respiración, otras áreas
<b>Precaución:</b>	<b>No ignore su dolor</b>		

**Ilustración 43. Explicación Técnica Distracción**

- Esta técnica es especialmente útil para cuando se realizan actividades cortas que son dolorosas, por ejemplo, abrir un frasco o subir las escaleras. También puede usarse cuando se tienen problemas para dormir.
- La mente tiene dificultad en enfocarse en dos cosas al mismo tiempo, por lo tanto, si podemos enfocar nuestra mente en algo distinto del dolor, se percibe menos. Este es un ejercicio mental, no es hacer una actividad.
- No estamos recomendando que las personas ignoren su dolor, pero sí sugerimos poner en práctica la técnica para distraernos del dolor, cuando sentimos que el dolor limita nuestras actividades cotidianas.

- c. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, se preguntó a los participantes: "¿En qué pueden pensar para distraerse del dolor?" Sin discutir u opinar sobre las respuestas, se escribieron a la vista de todos. Se mostraron otros ejemplos.
  
- d. Se revisó la lista elaborada, señalando la diferencia entre actividades (p.e., tejer o leer) y los pensamientos (acordarse de una canción o de un lugar). Las actividades también sirven como distracción, pero implican ir o hacer algo físicamente, por ejemplo ir al cine, oír música, leer, tejer, cocinar, etc. La ventaja de los pensamientos es que pueden utilizarse para enfocar la mente en algo distinto del dolor sin necesidad de dejar de hacer la actividad que le causa dolor (por ejemplo, subir escaleras o barrer el piso). Ambos, actividades y pensamientos, son útiles en el manejo del dolor.

### **Tareas para casa**

Terminada la sesión, se dan unos minutos para comentar la experiencia y aclarar posibles dudas y se pasa a proponer las tareas y propósitos semanales. Inicialmente la única tarea que se propone es realizar la sesión de relajación propuesta en el CD, a ser posible todos los días, y registrar su ejecución para revisarla.

## **SESIÓN TRES: Ejercicio físico y fibromialgia**

### **Revisión de tareas para casa.**

Se revisaron los propósitos semanales y posibles dudas al respecto. Se pidió al grupo que en una lluvia de ideas corta ofrecieran sugerencias para la solución de problemas de las dificultades de llevar a cabo su propósito, pidiéndole un nuevo propósito. Asimismo se revisó la práctica de respiración y de la relajación por tensión-relajación muscular. Se analizaron los registros y se comentaron posibles dificultades y dudas

### **Objetivos**

Favorecer la adquisición de hábitos de ejercicio físico saludables

### **Contenido**

La presentación didáctica de esta sesión fue realizada por el Dr. Juan M. Fernández Torrico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital “Virgen Macarena” (Sevilla), poniendo de manifiesto las consecuencias del desuso muscular y la inactividad en la fibromialgia. También se señalaron los beneficios del incremento de la tolerancia de la actividad y del buen nivel físico general. Finalmente, se discutió con detalle la forma en que la actividad y su abandono pueden contractuar y se propuso un programa de ejercicios aeróbicos para el grupo basado en el proceso asistencial integrado del Síndrome de Fibromialgia, editado por la Junta de Andalucía (2005). Se explicaron las razones por las que la inactividad y el abandono pueden exacerbar la sintomatología principal de la fibromialgia y las interpretaciones erróneas en relación a la adherencia del ejercicio (p.e., “El ejercicio me genera crisis de dolor de 3 o 4 días y son perjudiciales para mi enfermedad”), los beneficios del ejercicio, las cualidades susceptibles de entrenamiento y el tipo de ejercicio beneficioso para la fibromialgia. Para que los pacientes puedan participar en la elaboración de un listado de los beneficios del ejercicio para la fibromialgia se les preguntó: “¿Cuáles creen que son los beneficios que obtenemos al realizar ejercicios?”. Se escribió las respuestas a

la vista de todos y se repasaron los consejos para hacer ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento.

Para la realización de esta sesión se contó con la colaboración de las dos monitoras que lideraban el grupo de tratamiento de Gestión Personal. Se realizaron una serie de ejercicios de intensidad suave, modelados por un paciente con fibromialgia. Mientras uno de los monitores modelaba el ejercicio, el otro caminaba alrededor de los participantes para asegurarse de que los estaban haciendo de forma adecuada y sin lastimarse. Las monitoras demostraron cómo hacer los ejercicios de forma correcta y contestaron a todas las dudas o preguntas sobre los ejercicios antes de que los participantes los practicasen en casa.

Se contó con la colaboración de dos pacientes con fibromialgia en la realización de ejercicios porque los participantes del curso se identifican y aprenden mejor cuando los instructores también tienen fibromialgia. Ellos pueden apreciar que es posible manejar su enfermedad y esto les dará confianza para desarrollar sus propias habilidades. Por esta razón, creemos que es importante que por lo menos uno de los instructores sea alguien que tenga fibromialgia. Otro ejemplo de modelar es el compartir experiencias y la resolución de problemas. Estas actividades hacen que los participantes se ayuden unos a otros a encontrar soluciones para sus problemas, expresando opiniones y haciendo preguntas.

### **Tareas para casa**

Terminada la sesión, se dan unos minutos para comentar la experiencia y aclarar posibles dudas y se pasa a proponer las tareas y propósitos semanales para la realización de ejercicio físico. Se propone continuar con los ejercicios de relajación propuestos en el CD, a ser posible todos los días, y registrar su ejecución para revisarla.

## **SESIÓN CUATRO: Restructuración cognitiva (I)**

### **Revisión de tareas para casa.**

En primer lugar se comprobó la asistencia al grupo, para continuar revisando los propósitos semanales y posibles dudas al respecto. Se pidió al grupo que en una lluvia de ideas corta ofrecieran sugerencias para la solución de problemas de las dificultades de llevar a cabo su propósito, pidiéndole un nuevo propósito.

Se revisó la práctica de respiración y de la relajación por tensión-relajación muscular. Se analizaron los registros y se comentaron posibles dificultades y dudas

### **Objetivos**

1. Distinguir entre pensamientos racionales e irracionales
2. Identificar pensamientos distorsionados que afectan a nuestro sufrimiento.
3. Entrenar a los pacientes en la observación, identificación y registro de pensamientos negativos irracionales.

### **Contenido**

La técnica de reestructuración cognitiva se desarrolló en dos sesiones. Esta primera parte se diseñó con el objetivo de explicar las relaciones entre la valoración de sus pensamientos respecto a la fibromialgia (en general, como enfermedad o en particular respecto a su sintomatología, sobre todo dolor o astenia) y el malestar emocional.

Para clarificar las reacciones cognitivas al dolor, utilizamos ejemplos provenientes de los propios auto registros de los pacientes utilizados en la sesión de evaluación antes del tratamiento, comprobando una considerable similitud en las valoraciones que realizaban (Ilustración 44) el grupo de pacientes de TCC.

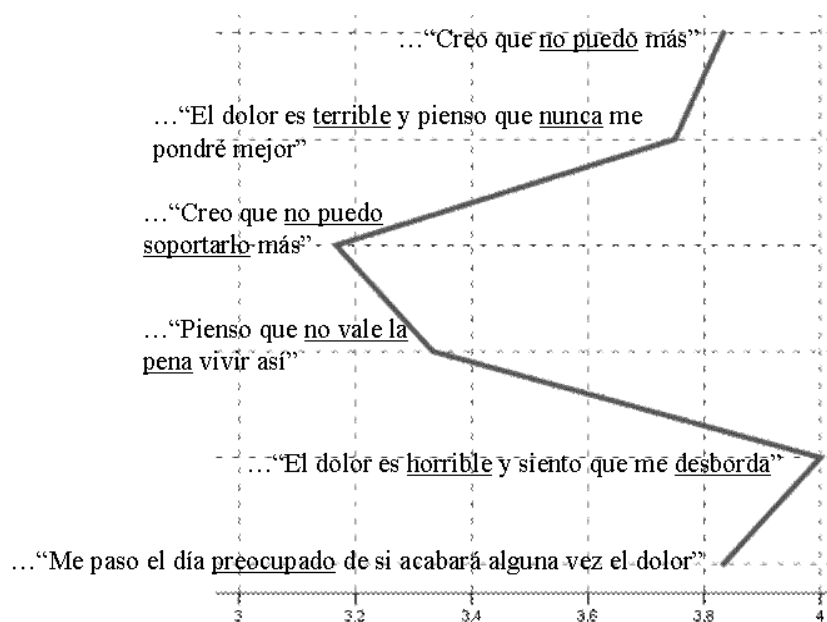


Ilustración 44. Puntuaciones en catastrofismo

Al llegar a este punto, explicamos el modelo A-B-C (Ellis, y Grieger (1977):) donde **A** es una situación o acontecimiento activador que le hace sentir mal; **B** es el conjunto de pensamientos que se disparan en la persona como consecuencia de A, las valoraciones que la persona hace del acontecimiento y el grado de credibilidad que le damos a los mismos; y **C** es el conjunto de consecuencias emocionales y conductuales e intensidad de las mismas que se producen en la persona.

Se les proyectó la siguiente diapositiva como ejemplo:

Acontecimiento <b>A</b>	Creencias <b>B</b>	Consecuencias <b>C</b>
Preparando la cena siento un gran dolor en el brazo.	“¿Por qué tengo siempre este dolor?”; “Esto no va a cambiar nunca”; “Creo que no puedo más”	<u>Emocional:</u> Tristeza <u>Conductual:</u> No hacer la cena (abandono de la actividad)
	“Otra vez el dolor”; “Ya me ha pasado otras veces”; “Pararé un momento a ver si se pasa”; “Voy a pedir ayuda”	<u>Emocional:</u> Disgusto y Tranquilidad. <u>Conductual:</u> Búsqueda de soluciones.

Se explicó a los pacientes: “Los pensamientos, las opiniones y las creencias que tengamos sobre lo que nos sucede, nuestra enfermedad y sus consecuencias, pueden

influir de manera negativa o positiva sobre la percepción del dolor, y sobre nuestras reacciones emocionales y comportamentales”.

El propósito fue que aprendieran a identificar y modificar con las formas inadecuadas de interpretar la situación para que se den conductas y emociones adaptativas, que les permitiesen seguir funcionando saludablemente.

Finalizamos esta primera parte señalando la importancia de estos pensamientos y expusimos una serie de características que nos ayuden a descubrirlos y que los diferencien de los adaptativos (racionales).

Una vez que explicamos que diferenciamos los pensamientos irracionales de los racionales enumerando y explicado sus características, se comenzó con la explicación de las distorsiones cognitivas. En este punto se enumeraron y se explicaron mediante ejemplos los tipos de distorsiones cognitivas más frecuentes.

A continuación se practicó la identificación y el registro de los pensamientos que provocan emociones negativas en nuestros pacientes, para asegurarnos de que la explicación fue comprendida, proponiéndoles un ejemplo de cómo realizar el ejercicio de afrontamiento del pensamiento catastrófico cumplimentado en la primera sesión. Se pidieron voluntarios para comentar sus anotaciones.

### **Tareas para casa**

Terminada la sesión, se dan unos minutos para comentar la experiencia y aclarar posibles dudas y se pasa a proponer las tareas y propósitos semanales para la realización de ejercicio físico. Se propone continuar con los ejercicios de relajación propuestos en el CD a ser posible todos los días y registrar su ejecución para revisarla.

Una vez puestas en común las opiniones de los pacientes se pidió que usaran un diario de pensamientos durante una semana, insertando las anotaciones sólo cuando



se sintieran una emoción negativa, y recogiendo los pensamientos que apareciesen unidos a esta.

Se les ofreció a continuación un listado de los principales pensamientos sabotadores de acción, y algunas de las posibles discusiones.

## **SESIÓN CINCO: Restructuración cognitiva (II)**

### **Revisión de tareas para casa.**

En primer lugar se comprobó la asistencia al grupo, para continuar revisando los propósitos semanales y posibles dudas al respecto. Se pidió al grupo que en una lluvia de ideas corta ofrecieran sugerencias para la solución de problemas de las dificultades de llevar a cabo su propósito, pidiéndole un nuevo propósito. Se preguntó sobre la práctica de relajación. Se comentaron las dificultades y se reforzaron los avances. Una vez revisadas y comentadas las tareas para casa de la primera sesión, pasamos a enumerar y explicar los pasos del proceso por el cual se van a combatir las distorsiones cognitivas.

### **Objetivos**

1. Ofrecer estrategias de reestructuración cognitiva para aquellas preocupaciones negativas sobre el dolor y la enfermedad no basadas en la realidad.
2. Aplicar las estrategias mostradas para la sustitución de los pensamientos negativos.

### **Contenido**

Se comenzó esta fase de la sesión enseñando a los pacientes las estrategias cognitivas para combatir las distorsiones. A continuación mostramos un resumen de la explicación de los pasos de la estrategia de reestructuración cognitiva a seguir para sustituir los pensamientos negativos:

Se les proyectó la siguiente diapositiva:

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identificar la emoción</li><li>2. Describir la situación o suceso.</li><li>3. Identificar las distorsiones cognitivas</li><li>4. Discutir y criticar</li><li>5. Buscar pensamiento alternativo</li></ol> |
|---|

A continuación, se presentó un listado de creencias irracionales correspondientes a los pensamientos distorsionados comentados en la sesión anterior. La importancia de esta técnica no radica sólo en los pensamientos irracionales, sino en ofrecer una guía para poder transformarlos y adaptarlos a nuestro objetivo.

Se escogió como ejemplo de práctica de la sesión alguno de los pensamientos catastróficos más comunes expuestos por el grupo y entre todos se criticó el pensamiento siguiendo las pautas anteriormente dadas y se sustituyó por uno positivo.

### **Tareas para casa**

Terminada la sesión, se dan unos minutos para comentar la experiencia y aclarar posibles dudas y se pasa a proponer las tareas y propósitos semanales. Inicialmente la única tarea que se propone es continuar con las prácticas de relajación e identificar los pensamientos automáticos, identificar las distorsiones cognitivas asociadas a cada pensamiento y sustituir los pensamientos distorsionados por pensamientos adaptativos que generen respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas.

Se les proyecta la siguiente diapositiva:

<b>FECHA Y HORA</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>PENSAMIENTOS (% DE CREDIBILIDAD)</b>	<b>EMOCIÓN (INTENSIDAD 0-10)</b>	<b>DISTORSIÓN</b>	<b>PENSAMIENTO ADAPTATIVO</b>
	<i>Cómo ha sucedido la situación</i>	<i>Qué se ha pensado. Qué porcentaje de credibilidad se le da. (0-100)</i>	<i>Qué se ha sentido. Con qué intensidad (0-10)</i>	<i>Tipo de distorsión</i>	<i>Critica del pensamiento irracional. Sustituir por un pensamiento más adaptativo.</i>

## **SESIÓN SEIS: Resolución de problemas**

### **Revisión de tareas para casa**

En primer lugar se comprobó la asistencia al grupo, y se preguntó sobre la práctica de relajación. Se comentaron las dificultades al rellenar el auto registro de reestructuración cognitiva sobre todo la columna de pensamientos alternativos y se reforzaron los avances.

### **Objetivos**

1. Instruir al paciente en los principios de la técnica de solución de problemas.
2. Mostrar y explicar las diferentes fases de la técnica.
3. Aplicar el procedimiento a un problema seleccionado por el paciente.

### **Contenido**

La orientación según el método de resolución de problemas ha demostrado ser especialmente útil en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico. Una forma muy útil de pensar en el dolor es considerarlo como un conjunto secuencial de problemas, en vez de cómo uno simple “ataque” compuesto de una sola fase y asociado con un solo problema. Muchos pacientes de fibromialgia perciben el dolor /cansancio como el gran problema, sin fases ni componentes distintos. Sin embargo, el dolor crónico consiste en una serie de problemas, algunos poco importantes y otros graves, de naturaleza diferentes (laboral, familiar, social, económico, relacionado con el tiempo libre y también pero no exclusivamente, física). Es posible que no se pueda eliminar el dolor totalmente, pero siempre se pueden resolver o, por lo menos, mejorar, alguno de estos problemas que, en su conjunto, constituyen la fibromialgia.

Tras esta breve introducción de algunas ideas clave para la sesión se explicó la finalidad de la técnica de solución de problemas:

- ▶ Las *situaciones* no son el problema, el problema es no responder o no encontrar la solución a la situación
- ▶ Ninguna situación es intrínsecamente problemática. Hay que aprender a definir problemas no en términos de situaciones imposibles sino de soluciones inapropiadas
- ▶ **PROBLEMA** es el fracaso para encontrar una respuesta eficaz
- ▶ **SOLUCIÓN** es
  - \* Una respuesta de afrontamiento o patrón de respuesta que es efectivo en alterar la situación problemática.
  - \* Las reacciones personales propias para que no sea percibida como problema.
  - \* Maximiza las consecuencias positivas (beneficios) y minimiza las consecuencias negativas (costes).
- ▶ **SOLUCIÓN DE PROBLEMAS** es el proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo o grupo identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra en el día a día.
- ▶ Las **EMOCIONES** juegan un papel importante, facilitando o inhibiendo la ejecución de solución de problemas. Alta intensidad y frecuencia de emociones negativas (ansiedad, ira, tristeza) dificultan el reconocimiento de los problemas y la evaluación de las soluciones, ya que es más difícil procesar la información de forma objetiva, buscar alternativas, en definitiva **PENSAR CON CLARIDAD**.

“El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento sistemático que ayuda a las personas a, en el manejo de los síntomas de la fibromialgia por un lado y también de la vida en general, para aprender a ser capaz de crear una variedad de alternativas de solución; y por otro, a incrementar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas, ayudándonos a adquirir confianza en nuestras habilidades”.

Antes de pasar al siguiente punto se realizó una ronda de preguntas sobre el grado de acuerdo o desacuerdo sobre el planteamiento realizado.

Se explicó cada una de los objetivos de las fases del proceso de solución de problemas, fomentando la creencia de que los problemas son algo normal, pero que se pueden afrontar y resolver de forma eficaz.

Para iniciar el trabajo se eligió a un miembro del grupo que comentara las dificultades que había encontrado en la práctica de los diferentes propósitos semanales. Se pidió al grupo que en una lluvia de ideas corta se ofrecieran a los pacientes sugerencias para

la solución de problemas de las dificultades de llevar a cabo su propósito, siguiendo los pasos ilustrados.

### **PASOS PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS**

**PASO 1: Identifique el problema** (Este es el paso más difícil y más importante. Por ejemplo, el decir que no hay tiempo para comer a sus horas o para hacer ejercicios cuando el problema real puede ser que se siente fatigado(a) debido a la fibromialgia).

**PASO 2: Enliste ideas para solucionarlo** (Por ejemplo, planear a preparar sus alimentos con anticipación o empezar con pequeños intervalos de ejercicios de 5 a 10 minutos cada vez, o planear caminatas a las tiendas etc.).

**PASO 3: Seleccione una idea y póngala en práctica.** (Por ejemplo preparar sus alimentos el día anterior, o planee caminatas de una a dos vueltas alrededor de su casa.

**PASO 4: Evalúe los resultados**

**PASO 5: Sustituya por otra idea** (si la anterior no funcionó)

**PASO 6: Utilice otros recursos** (pida ayuda a su familiares, amigos, o a profesionales especializados en la salud si no funcionaron las soluciones)

**PASO 7: Aceptar que hay problemas que no tienen solución inmediata** (pero continuará buscando soluciones). “Sé que suena fácil y que en el momento de ponerlo en práctica cuesta trabajo, pero hay que tratar de separar lo que se puede resolver de lo que no tiene solución inmediata, y ver lo que uno mismo se quiere brindar en ese instante”.

Uno de las valoraciones negativas que se trabajó utilizando esta estrategia, permitió identificar la frase “no puedo” como un problema común y contra restar su apreciación por otras más objetivas.

#### **Tareas para casa**

Terminada la sesión, se dan unos minutos para comentar la experiencia y aclarar posibles dudas y se pasa a proponer las tareas y propósitos semanales.

## **SESIÓN SÉPTIMA: Asertividad**

### **Revisión de tareas para casa:**

En primer lugar se comprobó la asistencia al grupo, para continuar revisando los propósitos semanales y posibles dudas al respecto. Se pidió al grupo que en una lluvia de ideas corta ofrecieran sugerencias para la solución de problemas de las dificultades de llevar a cabo su propósito, pidiéndole un nuevo propósito.

### **Objetivos:**

- Adquirir experiencia práctica en el entrenamiento en habilidades sociales.
- Analizar la asertividad

### **Contenido**

El entrenamiento en asertividad es, muchas veces, una intervención importante para conseguir que el paciente recupere su rol social, especialmente dentro de la familia, con el fin de que pueda mejorar su autoestima. El terapeuta y el paciente en colaboración deben identificar y modificar los pensamientos, sentimientos y estrategias comunicativas desadaptativas que subyacen a la conducta no asertiva. A continuación se practican estrategias más adaptativas. El entrenamiento en asertividad puede ser útil para enfrentarse con las reacciones de los distintos miembros de la familia y, lo que a veces es más importante, del personal sanitario, cuando estos se oponen a que el paciente sea activo e intente controlar el dolor por sí mismo. La implicación de las personas que son importantes en la vida del paciente debe servir para mejorar el mantenimiento y la generalización de los resultados del tratamiento. Muchas veces, el paciente utiliza el dolor como una forma de evitar la interacción social que le resulta estresante. El entrenamiento en asertividad puede servir para analizar y resolver este tipo de problemas que surgen en las relaciones interpersonales y, por tanto, puede servir para reducir, aunque sea de forma indirecta, las conductas relacionadas con el dolor.

Para conseguir los objetivos de la sesión, se desarrolló una breve explicación sobre asertividad y su utilidad para el funcionamiento interpersonal adecuado (Ilustración 45). Posteriormente se desarrolló una sesión de entrenamiento asertivo.

Desarrollar la asertividad nos permitirá conseguir:

- Mayor autoestima.
- Mayor eficacia y competencia en las relaciones con los demás.
- Menor estrés ante las dificultades y conflictos interpersonales.

**Ilustración 45. Explicación asertividad**

Para explicar la asertividad se utilizó un ejercicio sobre discriminación de estilos de comunicación interpersonal, mediante la puesta en escena de un vídeo de habilidades sociales y comunicación (León Rubio y cols., 1997) donde se mostraban los tres estilos de respuesta (pasiva, asertiva y agresiva).

Se les preguntó por escrito que es lo que entendían por asertividad. A continuación se les mostró el vídeo en el que se observan tres personas en una situación de entrevista de trabajo, cada una de ellas representa un estilo de comunicación interpersonal diferente.

Después de ver el vídeo, se les pidió que leyesen en voz alta lo que escribieron antes y que comenten las similitudes o diferencias con los estilos de comunicación que se expresan en el vídeo.

Tras la observación de cada uno de ellos, valoraron las ventajas de sus comportamientos, calificándolos con dos o tres adjetivos y por último se esbozaron las ventajas que el uso de la asertividad comporta para personas con fibromialgia y el uso de los servicios de salud. Tras esta explicación se les preguntó qué ventajas preveían para sí mismos y para la comunicación con su médico de atención primaria.



Para la práctica de la sesión se eligió una de las problemáticas más comunes de entre las que refirieron las participantes. Por ejemplo, expresar que hoy no pueden realizar una tarea de casa o expresar que no se sienten comprendidos. Para ello se eligieron varios miembros del grupo y se les asignó a cada uno de ellos un sombrero con una de las siguientes etiquetas: alábame, ignórame, préstame atención, ridiculízame, no tengo razón, tengo razón, respétame y una con la etiqueta en blanco. Se les pidió que iniciasen un debate sobre un tema de interés; durante el mismo deberán tratar a los demás según la etiqueta que éstos tengan en su sombrero. Se les indicó que la tarea consistía en alcanzar un acuerdo unánime sobre el tema de debate, lo que sería prácticamente imposible. Cuando la discusión se agotó, se preguntó sobre las siguientes cuestiones: a) Qué etiqueta creen tener; b) Cómo lo han descubierto; c) Cómo se han sentido durante la discusión.

Se les pidió que reanudasen la discusión, pero aplicando ahora los tres pasos para la asertividad, cuando lo estimaran conveniente.

- 1) *Escuchar de forma activa* (te entiendo...; me pongo en tu lugar...; comprendo lo...).
- 2) *Decir lo que se piensa u opina* (sin embargo, yo...; no obstante, yo...; a pesar de..., yo...).
- 3) *Expresar lo que se quiere que ocurra* (por tanto, me gustaría...; es por ello que quiero...).

Se modeló la ejecución de la conducta objetivo, mostrando un ejemplo de contestación a una crítica.

- *Crítica:* No me creo tu enfermedad. Hoy estás como si nada. Tú fibromialgia te hace muy variable
- *Respuesta:* Tienes razón que en este momento estoy mejor. Te he escuchado. Me siento herida, cuando achacas todo a lo mismo. Desearía que comprendieses que la enfermedad tiene sus días. Pienso que si colaborases en los ejercicios y la relajación 10 minutos después de comer me ayudaría a llevar la enfermedad mejor

Por último, siguiendo el ejercicio se pidió que cada miembro de la pareja pensara en algo que quisiera pedir al otro miembro. Se pedía que le dijese a este último que

denegara de forma persistente lo que le pidiese su compañero, recordándole los pasos necesarios para decir NO asertivamente.

### **Tareas para casa**

Para consolidar las habilidades adquiridas en la sesión se propone un autorregistro durante la semana de dos situaciones que impliquen emociones intensas en las cuales haya otras personas involucradas. El objetivo es comprobar el grado de aplicación de las estrategias promovidas.

## **SESIÓN OCHO: Gestión del tiempo**

### **Revisión de tareas**

Se inició la sesión resumiendo la información del encuentro de la semana anterior y se pusieron en común las experiencias que vivieron los pacientes al aplicar los pasos propuestos para mantener una relación asertiva.

### **Objetivos**

- Favorecer una distribución de las tareas diarias de forma práctica.
- Promover la realización de actividades gratificantes

### **Contenido**

El objetivo que pretende esta sección es animar a los pacientes a normalizar sus niveles de actividad, mediante la organización del tiempo.

Al grupo se le explicó: “A lo largo del día existe un número determinado de tareas que debemos o queremos llevar a cabo, lo cual implica organizar el tiempo adecuadamente. No obstante, cuando la persona por ejemplo no establece un horario realista, no delega, o se embarca en demasiadas actividades, es posible que experimente una sensación de estrés, frustración o desbordamiento que le dificulte todavía más cumplir con sus compromisos y, en general, con sus actividades cotidianas. En las personas con fibromialgia, dado que necesitan más tiempo para llevar a cabo sus actividades, es común que esta sensación de estrés todavía sea más acusada. Por ello, aunque la organización del tiempo es algo útil para todos, lo es especialmente para las personas que sufren dolor.

La organización efectiva del tiempo tiene como objetivo prevenir o poner solución a esta problemática. Para ello es importante seguir los siguientes pasos”

En primer lugar, se reflexionó sobre la forma habitual de distribuir el tiempo. Para ayudar a esta reflexión se pidió a un miembro del grupo que reflexionara sobre su propia actividad diaria, invitando al grupo a seguir los mismos pasos, clasificando las actividades en diversas categorías: trabajo, tareas de casa, descanso, actividades sociales, ocio...

A continuación se estimó el tiempo que aproximadamente se dedicaba a cada grupo de actividades para valorar si estaba bien distribuido; a partir de esta reflexión podría empezar a considerarse qué actividades podrían cambiarse, a cuáles dedicar más tiempo, de cuáles recordarlo, etc.

Una vez analizada la disfunción del tiempo, se analizaron las actividades según eran más o menos importantes. Dado que las pacientes con dolor crónico y en particular con fibromialgia tienen tendencia a eliminar las actividades reforzantes por falta de tiempo, se partió de la premisa de que las actividades que no constituye motivaciones son prioritarias.

En ese momento se promovió una reflexión entre los pacientes sobre sus obligaciones para que valorasen:

1. Hasta qué punto son importantes sus obligaciones o si realmente son necesarias o si existen algunas autoimpuestas.
2. Si podrían eliminar algunas de sus obligaciones, (comentándolo en el grupo).
3. Cambios que se podrían producir en el trabajo y en el hogar para ahorrar esfuerzos, preguntando si alguien lo había realizado.
4. Capacidad para abarcar todas las actividades y delegar siempre que sea posible.
5. Necesidad de bajar el listón, disminuyendo la autoexigencia.
6. La importancia de dividir la tarea en partes más pequeñas y manejables de modo que la actividad resulte menos cansada y se obtenga una mayor sensación de control.

Entre los objetivos de esta sesión, se propuso la identificación al menos de 5 actividades agradables de un listado y que se puedan realizar a diario, y un número similar o mayor de actividades que se puedan realizar esporádicamente a lo largo de la semana o del mes. Una vez identificadas se propusieron para poner en práctica.

Las actividades gratificantes cumplen un doble papel en el control del dolor: por un lado permiten mantener una buena salud mental disminuyendo el riesgo de aparición de problemas asociados con el dolor crónico, como depresión y ansiedad; y por otro lado pueden utilizarse en el marco de los procesos de control del dolor centrados en la atención, ya que estas actividades reforzantes pueden usarse para desviar la atención del foco de dolor”.

### **Tareas para casa**

La asignación específica consecuencia de esta sesión es animar a los pacientes a poner en práctica las actividades reforzantes identificadas. y en base a ellas establecer un horario realista y distribuir el tiempo de forma equilibrada entre obligaciones, actividades gratificantes, ejercicio, etc.

## **SESION NUEVE: Prevención de recaídas**

### **Revisión de tareas para casa**

Respecto a la sesión anterior, se preguntó a los pacientes si habían leído o identificado las actividades reforzantes para incluir en su vida diaria. Asimismo se resolvieron las dudas planteadas.

### **Objetivos**

1. Promover hábitos de sueño saludables
2. Facilitar la prevención de recaídas.
3. Repasar estrategias del programa

### **Contenido**

Las alteraciones del sueño son un hecho clínico muy frecuente en la fibromialgia. La dificultad para dormir puede ser simplemente, el resultado de un estilo de vida y/o de un ambiente poco propicio para un buen descanso. Conseguir una buena higiene del sueño tiene un papel paliativo muy relevante en el control del insomnio, y algunos aspectos del estilo de vida como la dieta, el ejercicio y los horarios u otros del entorno (el ruido, la luz), pueden actuar en detrimento de la calidad del sueño.

En esta primera parte de la sesión, se reflexionó sobre la casuística de las deficiencias de sueño en los pacientes de fibromialgia. Cuando la hipótesis respecto a mecanismos responsables del insomnio son hipertensión muscular o un excesivo estado de alerta, el tratamiento consiste en relajación progresiva. Cuando la hipótesis explicativa se pasa de unos hábitos inadecuados de sueño, consistentes en realizar actividades incompatibles con dormir (leer, pensar, ver la televisión) el tratamiento consiste en la técnica de “control de estímulos”. El supuesto básico de este procedimiento es conseguir que la situación controle el comportamiento deseado: el

de dormirse. El medio para conseguirlo estriba en requerir del paciente que abandone la situación en cuanto hayan transcurrido unos pocos minutos sin poder dormirse y en evitar todo comportamiento incompatible con el sueño en este contexto, al menos mientras del periodo de entrenamiento. Además de estas medidas, en estos pacientes están especialmente implicadas las medidas higiénicas consistentes en normalizar los ritmos de sueño-vigilia, eliminando sueño diurno (sobre todo matutino), y en el incremento de la actividad física mediante el ejercicio moderado.

El objetivo de la prevención de recaídas consiste en preparar al paciente sobre la posibilidad de sufrir una recaída, así como reforzar el trabajo efectuado durante el tratamiento ayudándole a reflexionar sobre las nuevas habilidades y las estrategias que ha aprendido a lo largo de las sesiones.

Se intentó normalizar la posibilidad de recaer, pues muy probablemente ocurriría en uno u otro momento. Se reflexionó sobre la posibilidad de que pudiera ocurrir para evitar desmotivarse y no desestimar la mejoría lograda durante la intervención.

Esta reflexión se enfocó de la siguiente manera: “Durante el tratamiento, la finalidad ha sido desarrollar las habilidades y estrategias necesarias para reducir y controlar sus episodios de dolor. No obstante, es inevitable que en algunos periodos controlar su dolor sea más difícil que en otros. La prevención de recaídas consiste en utilizar todo lo que ha aprendido a lo largo del tratamiento para poder identificar las causas de una posible recaída, detectar las señales de que algo no anda bien y manejar este periodo difícil.

Piense que la posibilidad de recaídas no es una situación de “todo o nada” en la que uno desestime todo lo aprendido, sino que es un proceso gradual de recuperación. Tan importante es cómo responde a este periodo difícil de su vida como las dificultades en las que se encuentra en este momento”. *Se trabaja con la idea de no recaer, pero a la par con el pensamiento de que eso puede pasar y de que, cuando ocurra, simplemente seguiremos trabajando con la vista puesta en el horizonte de sus valores, de lo que les importa.*

Una vez hecha esta introducción se pidió a los participantes que se pusiera en común las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles podrían ser las posibles causas de una recaída? (Ejemplo: Caer enfermo y tener que reposar); 2) ¿Cuáles serían las señales de aviso? ¿Qué síntomas empiezo a experimentar? ¿Qué cosas empiezo a hacer? ¿Cómo empiezo a pensar sobre mí mismo? (Ejemplo: Evitar actividades); 3) ¿Qué pasos debo llevar a cabo si empiezo a encontrarme en dificultades? (Ejemplo: Leer el folleto “Relación entre los procesos psicológicos y el dolor”).



## ANEXO C

### **Spanish Arthritis Self-Management Program. Adaptación para la fibromialgia**

En el programa, de Manejo Personal de la fibromialgia (Lorig, González, y Ritter, 1999) tanto el curso para los participantes así como el entrenamiento de los instructores están basados en los principios teóricos del incremento en la confianza en sí mismo (la eficacia personal). Ambos se enseñan utilizando un manual que describe los temas para enseñar así como los métodos a usarse en cada actividad. Los métodos de instrucción son diseñados para facilitar la interacción y participación del grupo, animando a los participantes a compartir experiencias personales y encontrar soluciones a los problemas comunes. En el entrenamiento y el curso se enfatiza más el proceso que el contenido; por eso las siguientes sugerencias muestra la organización y el manejo del tiempo durante el entrenamiento. El taller consiste en 6 sesiones semanales de 2 horas cada una. Cada sesión tiene de 5 a 7 actividades.

A continuación el esquema del programa y describiremos el manual de los monitores (pacientes de fibromialgia), tal y como se les proporcionó para que siguieran el protocolo de tratamiento. A los monitores se les instruyó sobre cómo manejar diferentes personalidades, situaciones en el programa y las técnicas de dinámica de grupo empleadas.

**PROGRAMA DEL CURSO DE GESTION PERSONAL  
DEL DOLOR CRÓNICO**

CONTENIDO	SESIONES					
	1	2	3	4	5	6
PRINCIPIOS DE AUTOAYUDA	✓					
¿QUE ES EL DOLOR CRÓNICO?	✓					
EJERCICIOS PARA LA SALUD	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL DOLOR	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DEPRESIÓN			✓			
NUTRICIÓN				✓		
MEMORIA				✓		
VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS					✓	
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN					✓	
MEDICAMENTOS						✓
FATIGA						✓
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓
REVISIÓN DE COMPROMISO / FEEDBACK	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## SESIÓN UNO

SESION	PROPÓSITOS	OBJETIVOS
UNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse a los participantes del grupo y a los participantes entre sí.</li> <li>• Informar al grupo sobre los principios generales para ayudarse a sí mismo(a)</li> <li>• Identificar cómo la fibromialgia ha afectado la vida de los participantes del grupo</li> <li>• Proporcionar información básica acerca de las enfermedades reumáticas.</li> <li>• Introducir a los participantes la importancia del ejercicio</li> </ul>	<p>Al finalizar esta sesión, los participantes podrán:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresar su papel en el cuidado de su fibromialgia.</li> <li>2. Informar sobre la enfermedad.</li> <li>3. Exponer los beneficios del ejercicio para la fibromialgia.</li> <li>4. Señalar las 3 partes de un programa de ejercicio.</li> <li>5. Ponerse una meta sobre hacer ejercicio para la siguiente semana.</li> </ol>

### Temas de hoy

Actividad 1: Presentaciones

Actividad 2: Cómo convertirse en una persona proactiva en el cuidado de su fibromialgia

Actividad 3: ¿Qué es la fibromialgia?

Actividad 4: Introducción al ejercicio

Actividad 5: Práctica de los ejercicios

Actividad 6: Conclusión

Al ir llegando los participantes se les distribuye unas etiquetas con el nombre, se da la bienvenida al grupo, mostrándoles los objetivos para la sesión. A continuación se les pide a los participantes que piensen en 1 ó 2 maneras en que la fibromialgia afecta sus vidas (física o emocionalmente). Después, se invita a los participantes a compartir muy brevemente con el grupo cómo les afecta su fibromialgia.

Los monitores toman nota de lo que dicen los participantes en una pizarra poniendo una marca (X) al lado de una palabra cada vez que se mencione, copiándose a un diario de sesiones para comparar el progreso en la última sesión. Se hace referencia a la principal característica que unía a todos los miembros del grupo: el dolor y el cansancio.

Diapositiva 1

<b>COMO ME AFECTA LA FIBROMIALGIA</b>	
Tristeza	No puedo hacer actividades
Dolor <input type="checkbox"/> (X) (X) (X) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desesperación
Depresión (X) (X) <input type="checkbox"/>	

Se recuerda las "responsabilidades" de la sesión con el grupo y se distribuyen copias del resumen (Diapositiva 2) del programa de tratamiento, revisando los temas que serán vistos en las sesiones de grupo, mencionando la relación de los temas con las declaraciones hechas por el grupo al inicio de la sesión.

Diapositiva 2

**RESUMEN**

Sesión 1: Cómo convertirse en una persona proactiva en el cuidado de su fibromialgia. ¿Qué es la fibromialgia?. Beneficios y práctica de los ejercicios.

Sesión 2: Compartir experiencias / Resolución de problemas. Propósitos Introducción a las técnicas que manejan el dolor. Consejos para ejercitar / Práctica de los ejercicios Práctica de la relajación.

Sesión 3: Compartir experiencias / Propósitos. Manejo de la depresión. Pensando positivamente. Cómo incrementar los ejercicios. Práctica de ejercicio aeróbico.

Sesión 4: Compartir experiencias / Propósitos. Nutrición. Memoria. Técnicas de la distracción. Práctica de los ejercicios. Práctica de la relajación por imágenes guiadas.

Sesión 5: Compartir experiencias / Propósitos. Relaciones interpersonales. Cómo mejorar la relación con su doctor. Práctica de los ejercicios y de la relajación.

Sesión 6: Compartir experiencias / Propósitos Cómo evaluar otras alternativas o tratamientos para la fibromialgia. Manejo de la fatiga. Repaso de las técnicas que manejan los síntomas. Planeando el futuro. Práctica de los ejercicios. Celebración de los éxitos del grupo.

Se les explica que para manejar una enfermedad crónica la primera responsabilidad que la persona debe asumir es entender su enfermedad y qué está pasando en su organismo. Esto significa convertirse en una persona proactiva aprendiendo cada vez más acerca de las causas y tratamientos para su enfermedad. Cuanto más conocimiento tuviesen sobre la fibromialgia mejor la podrían sobrellevar y así tomar decisiones cotidianas necesarias para modificar conductas y hábitos que favorezcan un cambio terapéutico actual y futuro.

Diapositiva 3 / **SER PROACTIVO SIGNIFICA . . .**

1. Mantenerse informado sobre su condición o estado de salud.
2. Tomar responsabilidad y poner en práctica las técnicas y habilidades para el manejo de su fibromialgia.
3. Realizar actividades que son importantes para usted.
4. Trabajar de cerca con su doctor y otros proveedores de la salud.

Se les proporciona información de la enfermedad, mediante un DVD elaborado al efecto basado en el programa de educación al paciente, publicado por la Sociedad Española de Reumatología ([www.ser.es](http://www.ser.es)). En ese DVD se explica:

- ¿Qué es la fibromialgia?,
- ¿Qué la produce?,
- ¿Qué síntomas produce?,
- ¿Cómo se diagnostica?
- ¿En qué consiste el tratamiento de la fibromialgia?
- ¿Qué pronóstico tiene?

Además se incluyen grabaciones de pacientes con su misma enfermedad durante la entrevista previa al tratamiento y tras un seguimiento de tres meses. Esta información se les proporciona para facilitar los efectos del modelado, fortaleciendo la motivación del paciente para un acercamiento al programa de tratamiento.

#### **Actividad 4: Introducción al ejercicio**

Los monitores del grupo siguieron las instrucciones redactadas en los párrafos siguientes:

1. En este curso hablaremos sobre el ejercicio como una manera de ponerse en forma y divertirse. Además, practicaremos algunos ejercicios. Sólo porque tenemos fibromialgia no significa que no podemos estar en forma y divertirnos.
2. Diga a los participantes que queremos crear una lista de ideas cortas sobre los beneficios del ejercicio en general y anótelas a la vista de todos. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte, "¿Cuáles son algunos de los beneficios que obtenemos al hacer ejercicio?" Después de haber terminado de escribir las ideas en la pizarra, asegúrese de que se hayan incluido los siguientes puntos:

- a. Ayuda a fortalecer el corazón y los pulmones
  - b. Fortalece los músculos, los huesos y los mantiene fuertes
  - c. Aumenta la resistencia y la condición física
  - d. Aumenta la flexibilidad de las articulaciones
  - e. Ayuda a controlar el peso
  - f. Disminuye la fatiga y la ansiedad
  - g. Mejora la salud y bienestar en general
3. Explique que un programa de ejercicio saludable ayuda a lograr todos estos beneficios y aún más. Refiriéndose a la diapositiva 4, explique que un programa de ejercicio saludable consiste en tres partes:

Diapositiva 4

#### **TRES PARTES DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO**

**Calentamiento** - como preparación para los ejercicios de resistencia cardiopulmonar, para la fuerza y flexibilidad muscular.

**Ejercicios de resistencia cardiopulmonar (aeróbicos)** - para el corazón, los pulmones, la condición física y el control de peso (p.e., caminar, bicicleta estática, gimnasia rítmica o aeróbicos de bajo impacto).

**Enfriamiento** - para relajar su cuerpo y prevenir el dolor muscular después de haber hecho ejercicio.

4. Explique que el calentamiento normalmente incluye algunos ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento (que practicaremos cada semana en clase) y un incremento gradual en la condición física. Es decir cuando usted es capaz de hacer 15 minutos de ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento, usted está listo(a) para empezar la fase de ejercicios de resistencia cardiopulmonar. Recuerde enfriar al cuerpo gradualmente después de los ejercicios de resistencia cardiopulmonar, disminuyendo la actividad cardiopulmonar y haciendo ejercicios adicionales de flexibilidad y fortalecimiento hacia el final de su rutina.

5. Explique a los participantes que en las siguientes dos semanas, hablarán más acerca del ejercicio. Sugiera al grupo vestirse cómodamente para practicar ejercicios en la clase.

### **Actividad 5: Práctica de los ejercicios**

#### **Notas:**

Invite a todo el grupo a participar. Si alguna persona no quiere hacer ejercicios no le exija. Si las personas lo desean pueden hacer ejercicios sentadas.

Use el proceso asistencial y prepárese con anticipación. Proporcione una copia de los ejercicios. Explique a los participantes que al comienzo del casete hay ejercicios que pueden practicar en casa.

1. Diga al grupo que empezaran con la primera rutina de ejercicios de intensidad suave. Mientras uno de los instructores modela el ejercicio, el otro debería caminar alrededor de los participantes para asegurarse que los están haciendo de forma apropiada y sin lastimarse. Si alguno de los participantes prefieren hacer los ejercicios sentados, asegúrese que uno de los líderes también haga los ejercicios sentado(a) mostrando cómo adaptar los ejercicios cuando sea necesario.
2. Explique que los ejercicios de enfriamiento deberían hacerse en una superficie firme y suave para mayor comodidad. Los instructores deben demostrar cómo hacer los ejercicios en forma correcta y contestar todas las dudas o preguntas sobre los ejercicios antes que los participantes los practiquen en casa.
3. Reparta a los participantes la Guía ilustrada de ejercicios correspondiente al proceso asistencial integrado de fibromialgia para que se los lleven y puedan practicar en casa. Infórmeles además que ustedes pueden aclarar las dudas que surjan sobre los ejercicios al empezar a practicar los ejercicios del libro en casa.



### Actividad 6: Conclusión de la sesión

1. Invite a los participantes a practicar los ejercicios porque van a compartir sus experiencias en la próxima sesión y pensar en un propósito que quieren hacer para la próxima semana sobre cómo mejorar su condición física.
2. Sugiera a los participantes leer el folleto lo que fue cubierto en la sesión de hoy para la próxima semana si así ellos lo desean.
3. Pida a los participantes que por favor traigan consigo sus libros a todas las clases porque los vamos a usar y sugiérales vestirse con ropa cómoda para practicar los ejercicios. Explique que el ejercicio no va a ser extenuante y que nadie está obligado a hacerlo o a completar toda la rutina, anímelos a que hagan solamente lo que puedan sin mucho esfuerzo.
4. Agradezca a los participantes por haber venido y dígales que uno de los animadores va a llamarles durante la semana para ver cómo están.
5. Recoja las etiquetas con los nombres y permanezca durante 10 ó 15 minutos para contestar preguntas.

**Nota:** Los instructores llamarán a los participantes para apoyarlos con sus propósitos y ejercicios. Los líderes deben dividirse la lista para llamar a los participantes. **MODELEN** cómo los participantes van a llamar a sus compañeros en las siguientes semanas. SEA BREVE. "Hola soy María de la clase Manejo Personal de la Fibromialgia. ¿Cómo le va con sus propósitos y ejercicio esta semana?" "Yo hice el mío, dos veces esta semana, y me va bien". He aprendido algo acerca de mí mismo". "Me gustaría escuchar acerca de su experiencia la próxima semana, en clase".

**SESION DOS**

SESION	PROPÓSITOS	OBJETIVOS
DOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a los participantes acerca de los principios para la resolución de problemas y su aplicación</li> <li>• Introducir el concepto de hacerse propósitos y ponerlos en práctica</li> <li>• Ofrecer a los participantes algunos consejos para hacer ejercicios</li> <li>• Introducir los conceptos para el manejo del dolor</li> <li>• Asistir a los participantes para que elijan un programa de acondicionamiento físico</li> <li>• Practicar ejercicios y la técnica de relajación muscular progresiva</li> </ul>	<p>Al final de esta sesión, los participantes podrán:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir los 7 pasos para la resolución de problemas y demostrar su aplicación.</li> <li>2. Planear su programa de condicionamiento físico poniéndose metas a largo plazo sobre el ejercicio.</li> <li>3. Describir la relación entre el estrés, el dolor y los pensamientos negativos.</li> <li>4. Hacerse propósitos sobre el ejercicio.</li> <li>5. Definir la regla del dolor después de hacer ejercicio.</li> <li>6. Practicar algunos ejercicios y el método de relajación muscular progresiva.</li> </ol>

**Temas de hoy**

(Muestre a la clase los temas del día en la pizarra)

Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas

Actividad 2: Hacerse propósitos para la semana

Actividad 3: Introducción al manejo del dolor

Actividad 4: Consejos para ejercitar

Actividad 5: Práctica de los ejercicios

Actividad 6: Práctica del método de relajación muscular progresiva

### **Actividad 1: Compartir experiencias / Resolución de problemas**

**Nota:** Anime a participar a todos los miembros del grupo.

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1- 8.

1. Recuerde a los participantes que en la sesión anterior los invitamos a practicar ejercicios según sus necesidades y ahora vamos a compartir experiencias. Mida su tiempo. No pase más de 3 a 5 minutos por persona y vaya en orden. Es probable que las personas que empiecen a hablar sobre sus propósitos primero tomen un poco más de tiempo al hablar que las que hablan después. Trate de empezar con un orden diferente cada vez. Si dos o más personas tienen problemas similares, trate de solucionarlos al mismo tiempo, sumando el tiempo designado para ellas (6 a 10 minutos por persona). **NO PASE MUCHO TIEMPO CON PERSONAS DEL TIPO "SI, PERO..."** u otras "personas problemáticas"; trate con ellas durante el descanso. La regla general es si alguien ha dicho "sí pero..." tres veces, siga con la siguiente persona.
2. Animadores, empiecen ustedes como modelo, pero sean breves. Comparta como le fue en hacer los ejercicios y como le fue al cumplir su propósito usando las preguntas de abajo. Ahora pida un voluntario que le gustaría compartir, después de que esta persona comparta siga con la siguiente persona sentada a un lado. Pidan a cada participante lo siguiente: (que sólo hable una persona a la vez.)
  - a. Que comparta cómo le fue con la práctica de ejercicios del proceso asistencial. Si alguien no practicó los ejercicios, pida a esa persona que piense en alguna actividad que le gustaría proponerse y después, vuelva a preguntarle su decisión cuando llegue a la formulación de propósitos, (los

propósitos para la siguiente semana también pueden ser sobre otros temas distintos al ejercicio.)

- b. Que hable acerca del éxito que tuvo o no tuvo al practicar los ejercicios.
  - c. Que describa además cualquier dificultad que haya tenido en el cumplimiento de su propósito de hacer ejercicio. Si tuvo problemas, los animadores no deben darle la solución al participante, sino que primero, uno de los animadores debe preguntar al participante si ha pensado ya en alguna solución o si ha probado alguna solución para el problema que le impidió hacer su propósito, (los animadores deben moderar las intervenciones de los participantes para que haya orden y todos puedan ser escuchados).
3. Pregunte a los participantes si alguien ha tenido un problema similar. Pídales que respondan solamente levantando la mano en este momento.
  4. Aplicando la técnica de la lluvia de ideas, pida al grupo que ofrezcan ideas para ayudar a solucionar el problema del participante, (sólo si lo desea la persona con el problema.) Enliste brevemente todas las soluciones (sin discutir las todavía) a la vista de todos. Los animadores también pueden ofrecer sus soluciones, después de que otras personas del grupo hayan participado. Mida su tiempo.
  5. Pregunte a la persona del problema si puede utilizar alguna de las estrategias sugeridas, y si es así, que especifique cuál. Invite al participante a anotar la solución que le parezca mejor.
  6. Si a la persona no le parecen aplicables ninguna de las soluciones sugeridas, después de dos o tres "sí, pero..." continúe con la siguiente persona. Diga al participante "sí, pero..." que hablará con él/ella durante el descanso, hágalo

así. NO PASE MUCHO TIEMPO CONVENCRIENDO A LAS PERSONAS "SI, PERO..."

7. Explique a los participantes que en este curso solucionaremos los problemas que se presenten en la misma forma que lo hicimos ahora (entre todos). Dígales en sus palabras, que como personas proactivas encontrarán que la resolución de problemas es una parte esencial del manejo de los síntomas de la artritis y también de la vida en general y nos ayuda a adquirir confianza en nuestras habilidades. Refiérase a la diapositiva \_\_\_ y usando como ejemplo uno de los problemas ya discutidos, repase cómo lo resolvieron basándose en los pasos de la resolución de problemas.

Diapositiva 5

### **PASOS PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS**

**PASO 1: Identifique el problema** (Este es el paso más difícil y más importante.

Por ejemplo, el decir que no hay tiempo para comer a sus horas o para hacer ejercicios cuando el problema real puede ser que se siente fatigado(a) debido a su enfermedad).

**PASO 2: Enliste ideas para solucionarlo**(Por ejemplo, planear a preparar sus alimentos con anticipación o empezar con pequeños intervalos de ejercicios de 5 a 10 minutos cada vez, o planear caminatas a las tiendas etc.).

**PASO 3: Seleccione una idea y póngala en practica.** (Por ejemplo preparar sus alimentos el día anterior, o planee caminatas de una a dos vueltas cerca de su casa.

**PASO 4: Evalúe los resultados**

**PASO 5: Sustituya por otra idea** (si la anterior no funcionó)

**PASO 6: Utilice otros recursos** (pida ayuda a su familiares, amigos, o a profesionales especializados en la salud si no funcionaron las soluciones)

**PASO 7: Aceptar que hay problemas que no tienen solución inmediata** (pero continuará buscando solución).

Si nadie tuvo problemas al realizar sus propósitos, uno de los animadores debe proporcionar un ejemplo suyo, y muy brevemente explicar su resolución siguiendo los pasos ilustrados en la diapositiva 5

8. Anime a los participantes a leer en el folleto: “Resolución de problemas.”

## Actividad 2: Hacerse propósitos

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1- 7

### Técnicas de instrucción

- Charla (breve)
- Discusión

Esta actividad debe hacerse en un sólo grupo. Diga a los participantes:

1. Hemos encontrado que las personas que más se benefician de los programas de manejo-personal son aquellas personas proactivas que se hacen propósitos semanales y los llevan a cabo. Por lo tanto, en esta clase les pediremos a cada uno de ustedes que se hagan un propósito semanal o un "plan de acción" para lograr cambiar o mejorar algo que ustedes desean en su vida cotidiana.
2. Algunas sugerencias para hacerse propósitos, son: (Refiérase a la diapositiva 6)

Diapositiva 6

### **CONSEJOS PARA HACERNOS PROPOSITOS**

**1. Escoja algo que usted desea hacer**

**2. Algo razonable o realista** (es algo que puede cumplir en esa semana)

**3. Especifique algún hábito que desea cambiar o empezar**

**4. Responda las siguientes preguntas:**

¿**Qué puedo hacer?** (por ejemplo, caminar, o evitar bocadillos)

¿**Cuánto es razonable hacer?** (por ejemplo, caminar 4 vueltas alrededor de casa, o evitar 2 bocadillos durante el día)

¿**Cuándo lo puedo hacer?** (por ejemplo, después de la cena, o qué días de la semana; lunes, miércoles, o viernes)

¿**Con qué frecuencia?** (por ejemplo, 4 veces a la semana)

**5. Con que seguridad se siente usted de poder cumplir completamente su propósito** (más de 7 en una escala del 1 al 10, mide la seguridad del participante)

3. Algunos ejemplos de propósitos semanales pueden ser: "4 días de esta semana voy a caminar 3 vueltas alrededor de la casa antes de la comida" o "3 noches de esta semana voy a practicar las técnicas de relajación durante 15 minutos después de la cena." Diga al grupo que esta semana vamos a hacernos el propósito de hacer algo de ejercicio. Si alguien no quiere hacer algo de ejercicio, diga a esa persona que el propósito puede ser sobre otro tema distinto al ejercicio.
4. Animadores: Expresen sus propósitos sobre el ejercicio que realizarán durante la próxima semana: Recuerden que ustedes van a modelar la estructura del propósito semanal, por esta razón es importante que se preparen con anticipación. Si uno de los animadores ya ha elegido hacer ejercicio como propósito, el otro animador debe elegir otra actividad diferente para modelar a los participantes que no deseen hacer ejercicio o que ya lo hacen.
5. Animadores: Ahora, pidan a cada uno de los participantes que anuncie su propósito personal y pídale además, que elijan un número en una escala del 0 al 10 que refleje cuán seguros(as) se sienten de que cumplirán dicho propósito para la siguiente semana. (0 es no estar seguro(a) y 10 es estar completamente seguro(a)). Si es menos de 7, sugiera a esa persona hacerse un propósito menos rígido o más realizable.
6. Si algún(a) participante tiene problemas para expresar su propósito (p.e., especificar la actividad, número de veces por día, días por semana, etc.), pida a otros participantes que ofrezcan sugerencias **antes** de que usted ofrezca las suyas. No pase más de 3 ó 4 minutos por persona. Si alguien tiene problemas especiales, maneje el problema después de la clase. Para ayudar a los participantes a formular sus propósitos, refiérase al guión para hacerse propósitos a continuación.
7. Anime a los participantes que así lo deseen a leer en el proceso asistencial integrado el capítulo de estrategias de autoayuda, y muéstreles la guía para escribir sus propósitos para que puedan seguir su progreso más de cerca.

Aquellos que ya eligieron ejercicios para mejorar su condición física, pueden (opcionalmente) marcarlos en su planeador de ejercicios ( Ilustración 46)

Una manera de asegurarse que el ejercicio le está ayudando, es mantener un cuaderno especial para su programa de ejercicios.

<u>Fecha</u>	<u>peso</u>
Domingo 14 de marzo	62 kg.
<u>Ejercicio realizado</u>	<u>tiempo</u> <u>distancia</u>
caminar	25 min. 1 km.
<u>Grado de disfrute</u>	
Desagradable.....	
Agradable.....	
Muy agradable.....	
<u>Grado de dolor</u>	
Muy doloroso.....	
Algo doloroso.....	
Sin dolor.....	
Notas después del ejercicio (por ejemplo: articulaciones rojas y calientes)	
Un poco rígido y cansado al principio, pero después me senti bien.	

Ilustración 46. Autoregistro de ejercicios

## Guión para hacerse propósitos

### I. Decidir lo que quiere lograr

Pregunte a la persona, "Qué va a hacer esta semana". Es importante que la actividad sea sugerida por el participante y **no** por usted. Dicha actividad no tiene que ser algo que fue visto en clase - sino algo que el participante quiere hacer para cambiar su comportamiento. No permita que nadie diga, "Bueno, voy a tratar ..." Cada persona debe decir: "Voy a hacerlo".

### II. Hacer un plan

Esta parte es esencial. La parte I no tiene valor sin la parte II. El plan debe contener todos los elementos siguientes:

1. ¿Qué es exactamente lo que el/la participante va a hacer? (p.e., qué distancia va a caminar, cómo va a comer menos, cuál técnica de relajación va a practicar).



2. ¿Cuánto? (p.e., 3 veces por día, 4 vueltas en la vecindad, durante 15 minutos, etc.,)
3. ¿Cuándo va el/la participante a llevar a cabo la actividad? Esto debe especificarse (p.e., antes de la comida, después de la cena, por la tarde cuando regrese del trabajo, etc.)
4. ¿Cuántas veces va a realizar la actividad en la semana? Esta parte puede ser engañosa. La mayoría de los participantes tienden a decir "todos los días". El objetivo de hacerse propósitos es tener éxito a toda costa; por lo tanto, es mejor hacer algo 4 veces a la semana y exceder la meta haciéndolo 5 veces en esa semana, que proponerse algo todos los días y fallar uno o dos días. Para asegurar el éxito, normalmente motivamos a las personas para que realicen sus propósitos/actividades de 3 a 5 días por semana. Recuerde que el éxito y la eficacia personal son tan importantes o tal vez aún más importantes que la realización de cualquier actividad.

### III. Verificar el propósito (opcional)

Una vez que el propósito haya sido concretado, pregunte al participante: "Dada una escala del 0 al 10, en donde 0 significa que usted se siente inseguro(a) de llevar a cabo lo que se ha propuesto y 10 significa que usted está totalmente seguro(a) de poder realizar su propósito por completo, qué tan seguro(a) se siente usted de (repetir verbalmente el propósito de él/la participante)? Si la respuesta es 7 o más, seguramente es realizable. Si la respuesta está por debajo de 7, entonces el propósito debe revisarse. Pregunte al participante: "¿Qué cree que le hace dudar?, ¿qué problemas ve venir?". Después, discuta los problemas. Pida a otros participantes que ofrezcan soluciones. Usted debe ofrecer soluciones hasta el final. Una vez que termina la etapa de resolución de problemas, pida al participante reformular su propósito y regrese a la III parte.

### **Actividad 3: Introducción al manejo del dolor**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-5

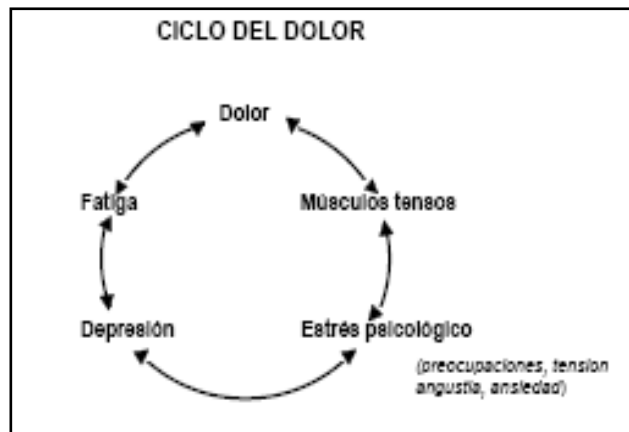
#### **Técnica de instrucción**

- Charla

**Nota:** Refiérase a la diapositiva 7. Utilice la experiencia personal muy brevemente. Si habla sobre usted más de un minuto, ya ha hablado demasiado tiempo.

1. Diga a los participantes: El dolor es una respuesta natural del cuerpo que puede estar relacionada por lo menos con 5 factores diferentes:
  - a. Problemas físicos causados por una enfermedad (p.e., la inflamación)
  - b. Músculos tensos, que son una reacción para proteger la articulación lesionada
  - c. Tensión o estrés psicológico (p.e., preocupaciones, angustias o mortificaciones)
  - d. Depresión u otras emociones/sentimientos
  - e. Fatiga o cansancio extremo causado por la enfermedad

(Vea la diapositiva 7 )



2. Explique en sus propias palabras el ciclo del dolor proporcionando este ejemplo:

La fibromialgia causa dolor generalizado músculo – esquelético crónico debido a la disfunción del sistema nervioso autónomo. En respuesta a este problema, usted tensiona los músculos alrededor de las áreas afectadas para protegerlas. Debido a que usted mantiene tensos o contraídos a estos músculos por largos períodos de tiempo, también comienzan a provocar dolor. (Pida a los

participantes que levanten los hombros y los sostengan allí unos 15 segundos o que hagan un puño con la mano durante el mismo tiempo para darse cuenta de que la tensión muscular por largo tiempo produce dolor). Al aumentar el dolor, sus músculos se tensionan aún más y usted se preocupa y se estresa, pensando en cuándo cesará. Debido al dolor, posiblemente deje de hacer actividades que hace normalmente, lo que ocasionará que se debiliten sus músculos aún más y que usted se deprima, empeorando su dolor y alimentando el ciclo vicioso del dolor.

3. Todos tenemos reacciones diferentes al dolor, como preocuparse, angustiarse, temerle, rechazar, reconocerle (negación) y otras más. Según nuestras reacciones, podemos hacer que nuestra percepción del dolor aumente o disminuya. No es necesario resignarse al dolor, usted puede romper el ciclo del dolor al ser proactivo(a) llevando a cabo una variedad de actividades, como el ejercicio y otras técnicas que reducen la ansiedad y relajan los músculos. En este curso vamos a explicarlas y a practicarlas para que usted pueda manejar el dolor en su vida. Una técnica que practicaremos hoy, se llama "técnica de relajación muscular progresiva."
4. Mencione al grupo que otras técnicas para manejar el dolor pueden practicarse en casa o cuando así lo necesiten. Estas incluyen:
  1. **Tratamientos con calor o frío** (son efectivos para aliviar temporalmente el dolor). Por lo general, el calor se utiliza para relajar músculos tensos (p.e., baños de agua caliente, cojines eléctricos, lámparas de luz infrarroja, tratamientos de parafina o cera). Los tratamientos con frío, ayudan a adormecer el área afectada (p.e., compresas frías, hielo picado envuelto en toallas o bolsas de hielo terapéuticas). Los tratamientos con calor o frío se aplican al área afectada durante 15 minutos cada vez.
  2. **Precaución:** Utilizar ciertas cremas y aplicar calor o frío al mismo tiempo puede no ser buena idea porque al aplicar frío, se reduce la circulación al área afectada, y si después se aplica una cuya función es aumentar la circulación, se produciría el

efecto contrario al deseado. También los tratamientos de calor y frío no se deben aplicar por más de 15 a 20 minutos para prevenir quemaduras. Consulte con algún profesional de la salud (médicos, enfermeras, educadores de la salud o terapeutas físicos, etc.) si tiene dudas.

3. **Masajes:** son efectivos para relajar la tensión muscular y estimular la circulación. Existen 3 clases de masajes, explique demostrando brevemente con el grupo:
  - a) Acariciar suavemente
  - b) Amasar, como si fuera masa para preparar pan o tortillas
  - c) Movimiento circular profundo (usando un poco más presión sin lesionar)

#### **Actividad 4: Consejos para ejercitar**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-3

##### **Técnicas de instrucción**

- Lluvia de ideas
- Charla
- Práctica de los ejercicios en grupo

**Nota:** Refiérase a la diapositiva 8 cuando llegue al punto 3.

1. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte, "¿Cuáles creen que son los beneficios de los ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento?" Escriba las respuestas a la vista de todos.
  
3. Al finalizar la lluvia de ideas verifique que las respuestas incluyan todos los incisos siguientes, si falta alguno, agréguelo verbalmente por favor:
  - a. Buena postura corporal
  - b. Afloja los músculos y articulaciones apretadas (reduce la tensión muscular)
  - c. Nutre las articulaciones
  - d. Ayuda con la rigidez muscular de las mañanas
  - e. Fortalece los músculos y los mantiene fuertes

- f. Para el calentamiento y enfriamiento cuando hace ejercicios aeróbicos
  - g. Haga ejercicios suaves de flexibilidad en los días que no se sienta muy bien
4. Repase ahora los consejos para hacer ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento. Revise la diapositiva 8. Mencione la regla de "si el dolor aumenta después de dos horas de haber hecho ejercicio, la próxima vez, haga menor número de repeticiones pero no deje de hacer ejercicio."

(Vea la diapositiva 8)

#### **CONSEJOS PARA EL EJERCICIO**

- **Caliéntese antes de hacer ejercicios.** (Esto se logra moviéndose despacio al principio y respirando profundamente.)
- **Estire los músculos hasta que sienta tensión y deténgase allí unos segundos.** (Por lo menos quince segundos)
- **Empiece haciendo de 3 a 5 repeticiones de cada ejercicio durante 5 a 10 minutos.**
- **Haga los ejercicios por 2 ó 3 semanas antes de aumentar el número de repeticiones.**
- **Haga los ejercicios empezando en el piso y después de pie, para evitar acostarse y levantarse frecuentemente y viceversa.**
- **Haga el mismo número de repeticiones para cada lado. No retenga la respiración.** (Cuenta en voz alta para asegurarse que respira sin dificultad.)
- **Si el dolor aumenta después de dos horas de haber hecho ejercicio, la próxima vez haga menor número de repeticiones, cambie el tipo de ejercicio o ejercite por menos tiempo, mas no deje de hacer ejercicio.**

## **Actividad 5: Practica de los Ejercicios**

Notas: Invite a todo el grupo a participar. Si alguna persona no quiere hacer ejercicios no le exija. Si las personas lo desean pueden hacer ejercicios sentadas.

Use los ejercicios especificados en el proceso asistencial integrado de fibromialgia, prepárese con anticipación... Explique a los participantes que hay ejercicios que pueden practicar en casa.

1. Diga al grupo que empezaremos con la primera rutina de ejercicios de intensidad suave. Mientras uno de los instructores modela el ejercicio, el otro debería caminar alrededor de los participantes para asegurarse que los están haciendo en forma correcta y sin lastimarse. Si algunos de los participantes prefieren hacer los ejercicios sentados, asegúrese que uno de los líderes también haga los ejercicios sentado(a) mostrando cómo adaptar los ejercicios cuando sea necesario.
2. Explique que los ejercicios de enfriamiento deberían hacerse en una superficie firme y suave para mayor comodidad. Los instructores deben demostrar cómo hacer los ejercicios en forma correcta y contestar todas las dudas o preguntas sobre los ejercicios antes que los participantes los practiquen en casa.
3. Anímelos a practicar los ejercicios en casa.

## **Actividad 6: Relajación muscular progresiva**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-4

### **Técnicas de instrucción**

- Charla
- Práctica con el CD de relajación

1. A veces no podemos descansar completamente o no conseguimos obtener un buen descanso (debido a problemas o preocupaciones) y nuestros músculos se mantienen tensos. Este ejercicio le ayudará a relajar no sólo la mente, sino también los músculos aprendiendo la diferencia entre músculo tenso y músculo relajado.
2. Guíe a la clase en la relajación muscular progresiva, usando el CD o leyendo el guión:

### **Guión Relajación muscular progresiva**

Póngase usted en una posición tan cómoda como le sea posible, ya sea sentado(a) o acostado(a). Afloje la ropa apretada. Evite cruzar las piernas y los tobillos. Descanse los superficie en donde está sentado(a) o acostado(a).

Cierre los ojos . . . haga una respiración profunda hasta sentir a su abdomen expandirse, sostenga el aire . . . y al exhalar por la boca, deje que salga la mayor tensión posible de su cuerpo con su respiración. Deje a sus músculos sentirse pesados y a su cuerpo sentirse relajado en la superficie que lo sostiene.

En este ejercicio vamos a guiarle por los grupos musculares mayores de su cuerpo. Le pediremos que contraiga los músculos que mencionemos y después los relaje. Al tensionar los diferentes grupos musculares, dese cuenta si tiene dolor en alguna área en particular, si es así, no tense más esos músculos, sólo trate de relajarlos con su respiración.

Empecemos con el reconocimiento de nuestro cuerpo. Sienta cómo están sus pies y sus pantorrillas, estire los dedos de los pies hacia arriba, deténgase allí unos momentos . . . dese cuenta de la tensión en sus pies y en sus pantorrillas. Ahora, relaje y perciba cómo se va la sensación de incomodidad y sienta cómo es reemplazada por una sensación de alivio y calor.

Ahora contraiga los músculos de sus muslos y glúteos. Sostenga la contracción por unos segundos sintiendo la tensión . . . relaje. Los músculos relajados se sienten pesados y sostenidos por la superficie en que descansan.

Tensione ahora los músculos de su abdomen y pecho. Observe la tendencia a sostener la respiración cuando contrae los músculos . . . Relaje. Es natural sentir la necesidad de respirar profundamente después de contraer los músculos. Haga otra respiración profunda y en la exhalación deje salir todas las tensiones. . . libere sus músculos.

Ahora, estire los dedos de las manos y los músculos de los brazos . . . relaje. Sienta cómo se desvanece la tensión y se restablece el flujo de la circulación.

Levante sus hombros hacia las orejas, contrayendo los músculos del cuello y de los hombros, este es otro de los lugares en donde muchos de nosotros llevamos mucha tensión . . . relájese, observe como los músculos se sienten ahora más calientes y más vivos.

Para liberar más tensiones en esta área, junte sus omóplatos (en la parte alta de la espalda), echando los hombros hacia atrás . . . relaje. Ahora, lentamente, haga movimientos circulares con sus hombros. Observe qué bien se siente cuando la circulación regresa a su cuello y hombros, trayendo consigo una sensación de calor.

Contraiga o apriete los músculos de su cabeza y cara. Observe la tensión especialmente alrededor de los ojos y en su mandíbula . . . ahora relaje, permita que se afloje la mandíbula y que su boca se abra ligeramente . . . dése cuenta de la diferencia.

Recorra su cuerpo tratando de encontrar tensiones. Si encuentra alguna, profundice su relajación imaginando que la tensión es un nudo. Visualice cómo el nudo se suelta gradualmente, hasta que el músculo se vuelve suave, pesado.

Ahora, haga otra respiración profunda, hasta sentir a su abdomen expandirse y al exhalar, permita a su cuerpo hundirse en la superficie que lo sostiene, relajándose aún más profundamente.

Disfrute de esta sensación tan cómoda de relajación. . . Recuérdela. Con práctica usted se volverá más hábil en reconocer la tensión muscular y en soltarla.

(Pause unos segundos)



Prepárese para regresar aquí y ahora. Respire profundamente una vez. . . y otra vez. .  
. y la tercera vez. Cuando esté listo(a), abra sus ojos.

3. Como toda habilidad o técnica que recién conocemos, es necesario practicarla por lo menos 3 o 4 veces en la próxima semana; antes de decidir si realmente nos agrada hacerlo y nos está ayudando.

4. Entregue a los participantes el CD de relajación. Informe a los participantes que el CD contiene este ejercicio y anímelos a practicarlo en casa

### **Actividad 7: Conclusión**

1. Anime a los participantes a intercambiar números de teléfono para llamarse y apoyarse durante la semana.
2. Recuerde a los participantes que uno de los animadores les llamará durante la semana para ver cómo van las cosas.
3. Recoja las etiquetas con los nombres.
4. Quédese unos minutos más para contestar preguntas y recoger los materiales de la clase.

## SESIÓN TRES

SESION	PROPÓSITOS	OBJETIVOS
<b>TRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir estrategias para manejar la depresión</li> <li>• Introducir el concepto de pensar positivamente y practicarlo</li> <li>• Informar a los participantes cómo vigilar el ejercicio de resistencia aeróbica</li> <li>• Practicar los ejercicios y cómo vigilar la intensidad de éstos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacerse sus propósitos para la siguiente semana.</li> <li>2. Nombrar por lo menos (5) estrategias para manejar la depresión.</li> <li>3. Demostrar cómo cambiar actitudes o pensamientos negativos por positivos.</li> <li>4. Conocer y practicar formas de vigilar el ejercicio de resistencia aeróbica.</li> <li>5. Continuar o aumentar el tiempo de su programa de acondicionamiento físico.</li> <li>6. Encontrar a un(a) amigo(a) para llamar durante la semana.</li> </ol>

### Temas de hoy

(Muestre a la clase los temas del día)

Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas/Propósitos

Actividad 2: Manejando de la depresión

Actividad 3: Pensando positivamente

Actividad 4: Cómo incrementar el ejercicio

Actividad 5: Conclusión

**Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas/Propósitos**

**Nota:** A partir de esta sesión "compartir experiencias" y "hacerse propósitos" se realizarán en combinación. Recuerde aplicar la técnica de resolución de problemas, si los participantes tienen problemas para cumplir sus propósitos. Animen a participar a todos los miembros del grupo, pero no pase mucho tiempo con una persona.

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1- 8.

1. Empiece usted como modelo, pero muy brevemente. Ahora pida a cada participante lo siguiente: (Afirmar por favor que sólo hable una persona a la vez.)
  - a. Que explique concretamente el propósito que realizó la semana pasada.
  - b. Que hable sobre cómo le fue: ¿pudo llevar a cabo su propósito sin problemas?
  - c. Que describa cualquier problema que haya interferido en el cumplimiento de su propósito o los ejercicios. (¿Por qué no pudo llevar a cabo su propósito?)  
Si hubo problemas, pregunte a la persona si tiene alguna solución en mente o si ha probado alguna solución.
2. Pida a los participantes que hayan tenido un problema similar que levanten la mano en este momento.
3. Ahora pida al grupo que en una **lluvia de ideas** cortas le **ofrezcan** sugerencias al participante para solucionar su problema. Escriba todas las soluciones brevemente (**sin discutirlos o comentarlos**) en una lista a la vista de todos. Los animadores también pueden ofrecer soluciones, **después** de que otras personas del grupo hayan ofrecido las suyas. Mida su tiempo.
4. Pregunte a la persona del problema si puede utilizar alguna(s) de las estrategias sugeridas para resolver el problema, y si es así, que especifique cuál. Invite al participante a escribir la solución si le sirve. Si no le funcionan las sugerencias ofrecidas al participante, dígame Ud. que hablará con él/ella durante el descanso-

hágalo así. NO PASE MUCHO TIEMPO CONVENCRIENDO A LAS PERSONAS "SI, PERO..."

5. Después de haber compartido su propósito y el éxito o problemas que tuvo al realizarlo, pida al participante que se haga un nuevo propósito sobre lo que desea cumplir durante la semana y lo exprese concretamente (qué, cuándo, cuánto tiempo y con qué frecuencia.). El propósito puede ser sobre cualquier tema.
6. Pregunte al participante qué seguridad tiene en una escala del 0 al 10 de que va a llevar a cabo su propósito el 100%, no solamente parte del propósito. Motiven a los participantes para superar su propósito cada semana y reconozcan su esfuerzo cada vez que lo hagan.
7. Si alguien tiene dificultades para hacer su propósito, pida sugerencias al grupo antes de ofrecer su ayuda. Trate de mantener sus intervenciones al mínimo. No pase más de cuatro minutos con cada persona. Si alguien tiene problemas, ayúdele después de la clase o durante el descanso. Para ayudar a los participantes a formular sus propósitos, refiérase al guión para hacerse propósitos a continuación.
8. Animen a los participantes para que se apoyen y motiven mutuamente para el cumplimiento de los propósitos (buscar algún amigo o amiga y llamarse durante la semana.)

(Revisar guía para plantear propósito en la sesión dos)

## **Actividad 2: Manejando la depresión**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los números 1-4

### **Técnicas de instrucción**

- Charla
- Lluvia de ideas
- Discusión (breve)

**Nota:** Muestre la diapositiva del ciclo del dolor.

1. Con la cartulina, repase el ciclo del dolor (diapositiva \_\_ de la sesión dos). Recuerde a los participantes cómo el dolor provocado por su fibromialgia se ve afectado por las angustias, miedos o estrés psicológico que a su vez, causan más tensión muscular y depresión. Es natural que las personas con fibromialgia se sientan deprimidas, sin embargo, si dejamos que la depresión nos gane terreno, el dolor, el miedo y las preocupaciones pueden parecer peores. Por esta razón, es necesario identificar el sentimiento de la depresión cuando éste empieza a invadirnos y estar preparados para romper el ciclo vicioso.
2. La depresión es una respuesta común y normal, pero es importante reconocer cuando nos sentimos deprimidos y aprender a dar pasos para poder combatir la depresión. Usando la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes: "¿Cómo se manifiesta la depresión? o ¿Cuáles son las señales de su depresión? Sin discutir o cambiar las respuestas, escribálas en la pizarra. Agregue alguno de los siguientes puntos si no fueron mencionados:
  - Pérdida del interés en los amigos o en actividades sociales
  - Aislamiento o distanciamiento
  - Dificultad o cambios en el sueño
  - Incremento o falta de apetito
  - Pérdida de interés en el cuidado personal o apariencia personal
  - Pérdida o incremento de peso
  - Sentimientos generales de tristeza, llorar mucho
  - Pérdida del interés en la intimidad o en las relaciones sexuales con su cónyuge/pareja
  - Pensamientos suicidas
  - Accidentes frecuentes

- Baja estima personal o una pobre imagen de sí mismo(a)
  - Discusiones constantes o pleitos e irritabilidad
  - Sentirse cansado(a) o fatigado(a) constantemente
  - Sentirse confundido(a), falta de concentración
3. Esos son signos de una etapa depresiva, pero no los tiene que tener todos para considerarse deprimido. Si reconoce por lo menos 4 de estos síntomas, quiere decir que está experimentando un episodio de depresión. Los más significativos son: sentirse triste/llorar la mayor parte del tiempo, pérdida de interés en sus actividades regulares, alteraciones del sueño y pensamientos suicidas. Es importante ponerle atención a esto y hacer algo que nos ayude a salir de ese estado.
4. Aplicando la técnica de lluvia de ideas otra vez, pregunte a los participantes "¿Qué hacen para sentirse mejor cuando se sienten deprimidos(as)?" Escriba las respuestas en la pizarra. Vigilando su tiempo, permita que haya un poco de discusión. Enfatique la importancia de los siguientes puntos en ayudar a combatir la depresión:
- a) El contacto con otras personas (p.e., llamar por teléfono o hablar con alguien)
  - b) Planear eventos con anticipación (p.e., hacer proyectos que sean de interés)
  - c) Salir de la casa todos los días
  - d) Hacer algo bueno para sí mismo todos los días
  - e) Hacer ejercicio (como caminar).
4. Explique al grupo: Algunas veces poner en práctica todo esto no es suficiente en el manejo de la depresión. Por eso si después de 2 ó 3 semanas todos estos métodos no le ayudan a salir de su estado depresivo, y las señales aumenta, es muy importante que busque ayuda profesional. Esto puede incluir consejería y/o medicina. Existen tratamientos y técnicas muy efectivas para manejar la

depresión y evitar que se haga crónica. Obtenga información de los recursos sociales ofrecidos en su comunidad por las iglesias, teléfono de la esperanza, etc. para servicios de ayuda.

5. Ahora vamos a hablar de una técnica que es muy efectiva para manejar la depresión y otros síntomas. Esta técnica se llama "pensando positivamente."

### **Actividad 3: Pensando positivamente**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-8

#### **Técnicas de instrucción**

- Charla (breve)
- Discusión (breve)
- Lluvia de ideas
- Práctica

1. Diga en sus palabras que todos tenemos el hábito de pensar o decir cosas negativas sobre nosotros mismos. Por ejemplo "¡ay, siempre me equivoco!" o "¡ay, nada me sale bien!" Los pensamientos negativos hacia uno(a) mismo(a), pueden llevarnos a desarrollar una autoestima baja, a la resignación, al incremento del dolor, depresión e inactividad. Como personas proactivas, aprender a reemplazar las ideas o pensamientos negativos por positivos puede ayudarnos a controlar mejor nuestra enfermedad y nuestras vidas.
2. Ahora LEA a los participantes en voz alta los siguientes ejemplos de actitudes o pensamientos negativos y positivos

**Negativo:** "¡Ay, cómo me duele!. No voy a poder hacer nada hoy. Mejor me quedo en la cama todo el día y no hago nada. ¡Qué dolor!"

**Positivo:** "Ya tengo dolor. Bueno, no voy a dejar que este dolor interfiera con mis planes de hoy. Voy a hacer mis ejercicios, a tomar un baño caliente y a escuchar mi CD de relajación. Esto me ayudará en la mañana. Entonces, me sentiré mejor y podré visitar a mis amigos. Puedo descansar si es necesario."

**Negativo:** "La fibromialgia no tiene cura, mejor me resigno al dolor pues ya estoy mayor

**Positivo:** "A pesar de mi edad, sé que puedo mejorar mi dolor y mi condición física, voy a hacer un esfuerzo por probar nuevas formas de manejar mi fibromialgia".

**Nota:** Invite a los participantes a comentar cómo les hicieron sentir cada ejemplo anterior.

3. La forma en que pensamos acerca de nuestra enfermedad, nosotros mismos y nuestras vidas, afecta nuestra experiencia del dolor y nuestra habilidad de manejarla.
4. **Actividad en parejas.** Permita que cada uno elija a una pareja (distintos a sus cónyuges). Explique qué vamos a compartir con la otra persona de nuestra pareja algunas actitudes o pensamientos negativos que tenemos en relación a la artritis o la vida, o que hemos escuchado de otras personas. (No tome más de 5 minutos para esta actividad en parejas)

Diapositiva 9

<b>EJEMPLO PARA EL INSTRUCTOR</b>	
Actitudes negativas	Pensamientos negativos
Ya estoy mayor, para qué hacer algo por mi fibromialgia	No puedo hacer ejercicio porque no tengo fuerza y me duele
No puedo bajar de peso	No sirvo para nada

Después de los 5 minutos pida su atención a todo el grupo y pida a unos dos o tres voluntarios que le digan los pensamientos o actitudes negativas que



discutieron en parejas. (Esté preparado(a) para ofrecer sus propias ideas si nadie participa.). Anote los pensamientos o actitudes negativas en la pizarra como lo muestra el siguiente ejemplo para el instructor:

- Ahora, pida ayuda al grupo y reemplace cada uno de los pensamientos y actitudes negativas que dieron en la lista los participantes y que ha escrito como en el ejemplo por actitudes/pensamientos positivos(os). Vea el ejemplo a continuación de la transformación de los pensamientos y actitudes.

Diapositiva 10

<b>EJEMPLO PARA EL INSTRUCTOR</b>	
<b>Actitudes transformadas</b>	<b>Pensamientos transformados</b>
Sé que hay muchas cosas que puedo hacer para controlar mi fibromialgia	Voy a empezar caminando sólo unos minutos para sentirme más activo(a)
Voy a empezar a caminar y a dejar de comer grasas, esto me ayudará a controlar el peso	Voy a organizarme y hacer las actividades que me son más importantes

- Brevemente, repase los cinco pasos para desarrollar pensamientos positivos (refiérase a la diapositiva 11):

<b>Diapositiva 11</b>
<p><b>PASOS PARA EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO POSITIVO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Identifique o escriba sus pensamientos o actitudes negativas</b></li> <li><b>Reemplace estos pensamientos negativos con pensamientos positivos/actitudes positivas o afirmativas</b></li> <li><b>Repítase a sí mismo(a) los pensamientos o actitudes afirmativas</b></li> <li><b>Practique pensar positivamente</b> (cuando surge una situación real)</li> <li><b>Tenga paciencia</b> (toma tiempo incorporar nuevos patrones de pensamiento y hacerlos automáticos)</li> </ol>

7. Cambiar pensamientos y actitudes negativas es como cambiar cualquier hábito. Al principio, tenemos que hacer un esfuerzo para detenernos en el momento en que pensamos negativamente y reemplazar esta actitud con una positiva; con el tiempo, pensar positivamente se convertirá en una respuesta automática, como es aprender a escribir o a hacer punto. Sea paciente consigo mismo(a).
8. Sugiera a los participantes que pongan atención a sus pensamientos/actitudes negativas en la siguiente semana y practiquen cambiarlos por pensamientos/actitudes positivas.

#### **Actividad 4: Cómo incrementar el ejercicio**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-4

##### **Técnicas de instrucción**

- Charla
- Discusión
- Práctica de los ejercicios

**Nota:** Refiérase a las diapositivas 12 y 13

1. El ejercicio es una excelente herramienta para combatir el dolor. El ejercicio de resistencia también llamado “ejercicio cardiopulmonar” o “ejercicio aeróbico” es el tipo de ejercicio un poco más intenso, que ayuda a elevar la frecuencia cardiaca. Usted puede sentir que está alcanzando una actividad aeróbica cuando siente las siguientes señales:
  - aumento en los latidos del corazón
  - incremento en la respiración
  - ligero calor, sudor o transpiración

Cualquier tipo de ejercicio o actividad puede considerarse ejercicio de resistencia dependiendo de la condición física de cada persona. No importa cuánto tiempo o con qué intensidad ejercite, tenga en cuenta que el ejercicio de resistencia requiere el movimiento rítmico y repetitivo usando el grupo de músculos principales en nuestro cuerpo (por ejemplo, de los brazos, antebrazos y/o los muslos y piernas).

2. Cuando pensamos en planear e incrementar nuestro programa de ejercicio, hay que recordar tres componentes primordiales (referirse a la diapositiva 12):

<b>Diapositiva 12</b>
-----------------------

<b>FUNDAMENTOS DEL EJERCICIO DE RESISTENCIA</b>
---

<b>Frecuencia - Cuántas veces a la semana realiza una actividad ó ejercicio</b> (3 – 5 días a la semana. Comenzar por lo menos 3 días por semana)
---

<b>Duración - Cuánto tiempo utiliza cada día para hacer ejercicio</b>
---

(recuerde, la meta es acumular 30 minutos en cada día que hace ejercicio)
---

<b>Intensidad – Cuán vigoroso lo puede hacer</b>
--

(sin exceder un nivel moderado)
---------------------------------

- a. **Frecuencia:** puede empezar 1 ó 3 días a la semana e ir aumentando en forma gradual un día hasta alcanzar a realizar 5 días de ejercicio por semana.
- b. **Duración:** La meta es hacer 30 minutos de ejercicio por día. Para lograrlo en forma efectiva y sin lastimarse puede empezar con periodos cortos de ejercicio varias veces al día o alternar los ejercicios con intervalos de descanso. Debe comenzar con ejercicio de calentamiento antes de continuar con el ejercicio más vigoroso, y disminuir la intensidad del ejercicio antes de parar completamente. El tiempo que utilice para hacer ejercicios de calentamiento y de enfriamiento son parte del tiempo total de su programa de ejercicio.

- c. **Intensidad:** Es la medida del esfuerzo que hace al hacer ejercicio. Al igual que la duración se puede incrementar gradualmente con intervalos cortos de ejercicios lentos, moderados, y vigorosos sin exceder la condición física de la persona. La intensidad del ejercicio, es decir, cuán vigorosamente ejercitan las personas, depende de cada persona y de su condición física. Por ejemplo, una carrera de 10 Km para un atleta entrenado, puede no ser tan intensa como lo sería una caminata de 15 minutos para una persona con fibromialgia. La forma como puede vigilar la intensidad de ejercicio es la siguiente. (refiérase a la diapositiva 13):

<b>Diapositiva 13</b>
<b>VIGILANDO LA INTENSIDAD DE SU EJERCICIO</b>
<b>Hablando al mismo tiempo que hace ejercicio</b> (usted debe poder hablar cómodamente mientras hace ejercicio)
<b>Observando ciertos signos</b> (dificultad para respirar suficiente aire, dolor en el costado del estómago, mareos, zumbidos en los oídos)

**Nota:** Uno de los líderes debe modelar los ejercicios sentado mientras que el otro líder los hará de pie. También recuerde traer música (de su preferencia) para que la pueda usar durante esta actividad.

3. Diga a los participantes que ahora (opcionalmente) vamos a practicar la prueba de hablar cómodamente y hacer ejercicio. Dependiendo del tamaño de la sala y del espacio disponible, los animadores pueden escoger una de las dos actividades siguientes que deben limitar a 15 minutos cada una:

- a. Si todos pueden hacerlo sentados. Para este ejercicio puede utilizar música clásica o la de su preferencia. Debe planear este ejercicio con anticipación. Por ejemplo, diga a los participantes que pretendan ser un(a) director(a) de orquesta o que imaginen que flotan en el espacio sentados y pueden mover sus extremidades en diferentes direcciones. El objetivo es mover los brazos y las piernas empezando lentamente y poco a poco, incrementando la intensidad (vea algunos ejemplos de la guía de ejercicios del proceso de fibromialgia para obtener ideas). Después de hacerlo despacio durante 7 minutos, comience a hacerlo más vigorosamente por otros 8 minutos y diga a los participantes que hablen con su compañero(a) a la derecha o izquierda y que observen qué tan cómodamente pueden hablar al mismo tiempo que intensifican sus movimientos. Anime a los participantes a experimentar el movimiento en diferentes direcciones. Guíelos en este ejercicio.
  
- b. Si todos pueden hacerlo de pie. Debe preparar este ejercicio con anticipación. Utilice la música de su preferencia (sugerimos una música para bailar). El objetivo de este ejercicio es caminar inicialmente alrededor de la sala en un círculo (asegúrese de que todos los participantes puedan hacerlo, sino es así, elija el ejercicio anterior). Después de caminar despacio durante 4 a 6 minutos para calentarse, hagan el estiramiento del tendón de Aquiles con ambas piernas (p. 96) por 15 segundos con cada pierna. A continuación, invite a los participantes a bailar, moviendo naturalmente los brazos, durante otros 10 minutos más. Al mismo tiempo que bailen, pida a los participantes que hablen y que observen qué tan fácilmente pueden hablar. La intensidad del baile debe ser moderada. Los participantes no deben sentirse sin aire. Si alguien necesita tomar un descanso permítale hacerlo.

4. **Compartir experiencias.** Ahora pregunte al grupo sus experiencias al realizar esta prueba. ¿Pudieron usar la prueba de hablar al hacer ejercicio para vigilar la intensidad de su ejercicio? ¿Pudieron desacelerar su ritmo cuando estaban cansados y luego aumentarlo de nuevo para completar la duración de su ejercicio?

Enfatice que esta prueba puede hacerse en casa para medir la intensidad de sus actividades físicas.

### **Actividad 5: Conclusión**

1. Recuérdeles llamar a su "amigo(a)" durante la semana. También pueden escoger a un(a) nuevo(a) amigo si así lo desean.
2. Recuérdeles pensar en el propósito que desean llevar a cabo la próxima semana
3. Recoja las etiquetas con los nombres
4. Permanezca unos minutos más para contestar preguntas y recoger el material

## SESIÓN CUATRO

SESION	PROPÓSITOS	OBJETIVOS
<b>CUATRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer información a los participantes sobre la importancia de la nutrición para su salud y para la artritis</li> <li>• Informar al grupo sobre la memoria y la fibromialgia</li> <li>• Practicar la técnica de la distracción</li> <li>• Practicar ejercicios con el casete</li> <li>• Practicar la relajación por imágenes guiadas</li> </ul>	<p>Al final de esta sesión, los participantes podrán:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresar por lo menos (4) razones por las que la nutrición es importante.</li> <li>2. Expresar (3) formas en las que se puede ejercitar la memoria.</li> <li>3. Nombrar y practicar las técnicas de la distracción.</li> <li>4. Practicar los ejercicios del casete.</li> <li>5. Practicar un nuevo tipo de relajación (relajación por imágenes guiadas).</li> <li>6. Hacer su propósito para la siguiente semana.</li> </ol>

### Temas de hoy

(Muestre a la clase los temas del día)

Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas/Propósitos

Actividad 2: Nutrición y Fibromialgia

Actividad 3: Memoria y Fibromialgia

Actividad 4: Distracción

Actividad 5: Práctica de los ejercicios

Actividad 6: Manejo del dolor a través de la relajación por imágenes

Actividad 7: Conclusión

### **Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas/Propósitos**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-7.

1. Empiece usted como modelo, pero sea breve. Ahora pida a cada participante lo siguiente: (Afirmar por favor que sólo hable una persona a la vez.)
  - a. Que explique concretamente el propósito que realizó la semana pasada.
  - b. Que hable sobre cómo le fue: **¿pudo llevar a cabo su propósito sin problemas?**
  - c. Que describa cualquier problema que haya interferido en el cumplimiento de su propósito o los ejercicios. (**¿Por qué no pudo llevar a cabo su propósito?**) Si hubo problemas, pregunte a la persona si ha pensado en alguna solución o si ha probado alguna solución a su problema.
2. Pida a los participantes que hayan tenido un problema similar que levanten la mano en este momento.
3. Ahora pida al grupo que en una lluvia de ideas cortas le ofrezcan sugerencias al participante para solucionar su problema. Escriba todas las soluciones brevemente (sin discutir las o comentarlas) en una lista a la vista de todos. Los animadores también pueden ofrecer soluciones después que otras personas del grupo hayan ofrecido las suyas. Mida su tiempo.
4. Pregunte a la persona del problema si puede utilizar alguna(s) de las estrategia(s) sugeridas para resolver su problema, y si es así, que especifique cuál. Invite al participante a escribir la solución si le sirve. Si no le funcionan las sugerencias ofrecidas al participante, dígame Ud. que hablará con él/ella durante el descanso-



hágalo así. NO PASE MUCHO TIEMPO CONVENCRIENDO A LAS PERSONAS "SI, PERO..."

5. Pida al participante después de haber reportado su propósito, el éxito o problemas que tuvo al realizarlo, que ahora se haga otro nuevo propósito sobre lo que desea cumplir durante la semana y lo exprese concretamente (qué, cuándo, cuánto tiempo y con qué frecuencia.). El propósito puede ser sobre cualquier tema.
6. Pregunte a la participante qué seguridad tiene en una escala del 0 al 10 de que va a llevar a cabo su propósito el 100%, no solamente parte del propósito.
7. Si alguien tiene dificultades para hacerse un propósito, pida sugerencias al grupo antes de ofrecer su ayuda. Trate de mantener sus intervenciones al mínimo. No pase más de cuatro minutos con cada persona. Si alguien tiene problemas, ayúdele después de la clase o durante el descanso. (Para ayudar a los participantes a formular sus propósitos, refiérase al guión) Hacerse más de un propósito está bien.

### **Actividad: Nutrición**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-5

### **Técnicas de instrucción**

- Charla (breve)
- Lluvia de ideas

1. Explique a los participantes que hasta ahora no se conocen alimentos específicos (p.e., vitaminas, etc.). que curen o mejoren la fibromialgia. Si algún alimento le hace sentir mejor, ¡adelante! Sin embargo, no podemos esperar que tenga el mismo efecto para otras personas. En la última sesión hablaremos de cómo

evaluar otras alternativas o tratamientos para la fibromialgia. Esto no significa que la nutrición no es una parte importante para manejar su fibromialgia. Hay muchos beneficios que se obtienen de una nutrición saludable.

Es preciso tener en cuenta, por otra parte, que los enfermos de Fibromialgia, y debido a las peculiaridades de su dolencia, pueden llegar a descuidar su alimentación. El tratamiento prescrito, el haber de soportar minuto a minuto la sensación de dolor y los problemas emocionales asociados son las causas de la pérdida de apetito. A ello se unen el insomnio, el cansancio y la depresión, que no hacen sino dificultar aún más el autocuidado

2. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes: "¿Cuáles creen ustedes que son los beneficios de una nutrición saludable para la fibromialgia? Sin discutir las respuestas, uno de los animadores debe escribirlas a la vista de todos en una lista. Al finalizar, mencione los siguientes puntos si es que no han sido mencionados:

- Mantiene la salud y bienestar físico en general
- Ayuda a mantener un peso saludable
- Reduce los efectos secundarios de las medicinas que dañan el estómago
- Previene el estreñimiento
- Reduce la fatiga
- Previene y detiene la osteoporosis

Aunque no hay una dieta específica para las personas con fibromialgia, se deben consumir comidas balanceadas que proporcionen muchas energías, tales como las frutas, vegetales, frijoles, granos enteros y cantidades moderadas de proteína.

3. Aplicando la técnica de lluvia de ideas otra vez, pregunte a los participantes: "¿Qué significa para ustedes comer saludablemente o una nutrición saludable?" Sin discutir las respuestas, anótelas en una lista a la vista de todos. Al finalizar, mencione los siguientes puntos si es que no lo han hecho ya los participantes:

- Comer una variedad amplia de alimentos
  - Incluir fibra (verduras, frutas o cereales todos los días)
  - Consumir menos grasas
  - Tomar suficientes líquidos (agua, sopas o jugos)
  - Hacer cambios pequeños gradualmente para lograr una alimentación saludable.
4. Comer saludablemente no significa pasar hambre o eliminar alimentos que nos gustan, sino realizar cambios pequeños poco a poco y hacerlos parte de nuestro hábito alimenticio. Por ejemplo, reducir el consumo de grasas e incrementar gradualmente el consumo de fibras. También limitar la cantidad de bebidas alcohólicas y aumentar el consumo de agua. Ser una persona proactiva es aprender a comer saludablemente.
5. Finalmente, diga a los participantes en sus palabras: La nutrición en conjunto con el ejercicio juega un papel muy importante para **mantener o lograr un peso saludable**. El sobrepeso puede empeorar su fibromialgia, al poner más estrés sobre las caderas, rodillas y tobillos. Por otro lado, poco peso significa menos masa muscular, fuerza y resistencia, por lo que podría estar más fatigado(a). Consulte a su médico antes de tomar decisiones sobre su peso.

### **Actividad 3: Memoria y fibromialgia**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-5

#### **Técnicas de instrucción**

- Charla (breve)
- Lluvia de ideas

**Diga a los participantes:**

1. Es muy frecuente que los pacientes con fibromialgia presenten problemas de memoria y concentración y son una fuente importante de malestar. A pesar de ello, la investigación empírica al respecto es muy escasa.
2. Aunque todavía los resultados de la investigación no sean absolutamente concluyentes, no parece que la medicación contra el dolor, ni las alteraciones en el estado de ánimo den cuenta del déficit de memoria. Los sesgos atencionales presentes en los pacientes con dolor crónico sí parecen ser más bien una consecuencia de alteraciones en el estado de ánimo que del dolor mismo, concretamente los pensamientos catastróficos parecen jugar un papel importante.
3. Si nota que está perdiendo la memoria, ejercite su mente para intentar frenar la pérdida. Cuanto más activo se mantenga intelectualmente, mejor conservará su calidad de vida. Sus características principales: dificultades para encontrar la palabra adecuada durante el discurso cotidiano, problemas para orientarse en la calle o inconvenientes para narrar el argumento de un libro o película.

Revise con el grupo consejos para estimular la memoria

Diapositiva 14

**COMO ESTIMULAR LA MEMORIA**

- Organizar una imagen visual del nombre u objeto que queremos recordar.
- Agrupar los recuerdos en listas de temas relacionados.
- Utilizar ayuda-memorias, como agendas o anotadores. Con ellos se pueden registrar fechas, datos, nombres importantes que deseemos recordar y nos

faciliten la planificación de nuestras actividades.

Diga al grupo que es necesario hacer ejercicios de memoria (“A cada cosa, su nombre, atento a las cifras, etc.)

4. **Aplicando la técnica de lluvia de ideas**, pregunte a los participantes, "Qué consejos pueden dar para mejorar la memoria?" Escriba las respuestas sin discutirlos. Al finalizar, mencione los siguientes puntos si es que no han sido mencionados ya.

Asociar o vincular la palabra o cosa que se trata de recordar con algo más. Por ejemplo, si Alejandro le presentó a Paqui, la persona podría recordarlas como A y P.

- Repetir lo que se quiere recordar.
- Hacer listas ya sea en papel o en la cabeza.
- Pensar en las caras cuando se trata de recordar nombres.
- Leer mucho si la persona tiene problemas de vocabulario, manteniendo un diccionario cerca.
- Si no se puede recordar algo rápidamente, tratar de relajarse e intentarlo de nuevo.
- Tomar parte en actividades que estimulen la mente, como crucigramas y juegos de tablero. Esto ayuda a mantener activas las neuronas en el cerebro, lo cual es especialmente importante a medida que la persona envejece.
- Minimizar el consumo de alcohol, ya que éste puede dificultar el hecho de recordar cosas.
- Consultar con el médico acerca de los medicamentos que la persona toma, ya que ciertas drogas pueden interferir con la capacidad de recordar.

#### **Actividad 4: Distracción**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-5

#### **Técnicas de instrucción**

- Charla
- Lluvia de ideas
- Discusión

#### **Diga a los participantes:**

1. En las últimas semanas hemos hablado y practicado la relajación muscular, pensando positivamente. Otra técnica para manejar el dolor, que tal vez muchos de ustedes ya han utilizado anteriormente se llama "distracción." Explique los siguientes dos ejemplos brevemente:
  - a. Como ustedes saben, la mente tiene una influencia muy importante en el cuerpo. Por ejemplo, imagínense que están chupando un limón verde y jugoso, noten como las glándulas salivales empiezan a secretar saliva y noten la sensación que se produce en su boca y olfato. . . Hay una reacción física cuando utilizamos activamente la mente. (Dé tiempo suficiente para que los participantes experimenten las sensaciones).
  - b. Ahora, traten de sobarse circularmente el estómago al mismo tiempo que se dan pequeñas palmadas en la cabeza. (Animen a los participantes a hacerlo). O ¿alguien ha tratado de resolver una suma al mismo tiempo que habla con alguien? Como pueden ver, es difícil concentrar la atención en dos cosas a la vez. Cuando nos concentramos en una idea o actividad distinta al dolor, sentimos menos dolor. Esta es la técnica de distracción.

2. Brevemente revise la diapositiva 15 y lea su contenido.

**Diapositiva 15**

**DISTRACCION**

**Se aplica cuando: Hacemos actividades cortas que nos causan dolor** (Por Eje., abrir frascos o subir escalones) **o para quitarnos de la mente problemas o preocupaciones de la vida cotidiana**

**¿Cómo?: Enfocando la mente en algo distinto al dolor. Es más natural que la mente se enfoque en una sola cosa a la vez.**

**Precaución: No ignore su dolor**

Explicación de la diapositiva 15:

- a. Esta técnica es especialmente útil para cuando se realizan actividades cortas que son dolorosas, por ejemplo, abrir un frasco o subir las escaleras. También puede usarse cuando se tienen problemas para dormir.
  - b. La mente tiene dificultad en enfocarse en dos cosas al mismo tiempo, por lo tanto, si podemos enfocar nuestra mente en algo distinto del dolor, se percibe menos. Este es un ejercicio mental, no es hacer una actividad.
  - c. No estamos recomendando que las personas ignoren su dolor, pero sí sugerimos poner en práctica la técnica para distraernos del dolor, cuando sentimos que el dolor limita nuestras actividades cotidianas.
4. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes: "¿En qué pueden pensar para distraerse del dolor?" Sin discutir u opinar sobre las respuestas, escribálas a la vista de todos. Los animadores también pueden dar 2 ó 3 ejemplos de la técnica de distracción breves de su propia experiencia.
  5. Revise ahora la lista elaborada. Señale la diferencia entre actividades (p.e., hacer punto o leer) y los pensamientos (acordarse de una canción o de un lugar). Las actividades también sirven como distracción, pero implican ir o hacer algo físicamente, por ejemplo ir al cine, oír música, leer, coser, cocinar, etc. La ventaja

de los pensamientos es que pueden utilizarse para enfocar la mente en algo distinto del dolor sin necesidad de dejar de hacer la actividad que le causa dolor (por ejemplo, subir escaleras o barrer el piso). Ambos, actividades y pensamientos son útiles en el manejo del dolor.

6. **Precaución:** Tal vez tenga que interrumpir la actividad en la que se encuentra absorto(a) para no propasarse y después, sentirse con más dolor.

### **Actividad 5: Práctica de los ejercicios**

**Animadores:** Inviten a participar a todas las personas, mas si alguien no desea hacerlo, no deben obligarle.

#### **Notas para los animadores:**

1. Prepare los ejercicios con anticipación, de la cual se practicarán el calentamiento y la sección aeróbica solamente. La relajación por imágenes guiadas a continuación debe utilizarse como enfriamiento. Uno de los animadores debe modelar los ejercicios de la guía del proceso asistencial de fibromialgia y el otro asegurarse de que los participantes los hagan sin lesionarse y de acuerdo a su condición física. Ayúdese con la guía ilustrada.
2. Los ejercicios de la sección de enfriamiento de ejercicios, deben practicarse en casa sobre una superficie suave, pero firme y no en la clase para mayor comodidad de los participantes. Sin embargo, si surgiesen preguntas sobre estos ejercicios una vez que los participantes los han escuchado en casa, los animadores deben poder demostrarlos en clase.

### **Actividad 6: Manejo del dolor a través de la relajación por imágenes guiadas**



**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-2.

### **Técnicas de instrucción**

- Práctica con el CD o el manual
- Charla (breve)

1. El método de imágenes guiadas es como una guía para soñar despierto, en donde se verá transportado a otro lugar y a otro tiempo. Nos ayudará a distraernos de nuestras preocupaciones, malestares y problemas. Además nos ayudará a lograr relajarnos profundamente a través de vernos en un ambiente pacífico y calmado.  
Este tipo de relajación también nos ayuda a manejar la fatiga, a relajar los músculos, y a poder respirar más fácilmente.
2. Guíe la clase a través del ejercicio de relajación por imágenes guiadas, usando el CD o leyendo el **Guión 2**:

### **Guión 2**

#### **Ejercicio de relajación: Un jardín de flores**

Póngase tan cómodo como le sea posible, sentado(a) o acostado(a). Afloje la ropa apretada y evite cruzar las piernas y tobillos. Descanse sus brazos a los lados o sobre las piernas. Permita a su cuerpo sentirse sostenido por la superficie en donde está sentado(a) o acostado(a). . .

Cierre los ojos. . . Haga una respiración profunda hasta sentir el abdomen expandirse. . . y al exhalar por la boca, relaje todo su cuerpo, permitiendo a sus músculos sentirse sueltos y pesados. . .

Empecemos con un reconocimiento de nuestro cuerpo de pies a cabeza buscando cualquier tensión . . en donde encuentre tensiones, respire profundamente y déjelas salir en la exhalación .

Concéntrese en su respiración, y sin modificarla, deje que fluya a dentro, afuera y una pausa natural (a la que llamamos apnea), siempre siguiendo un ritmo, cada vez más profundo . . .

Libere la tensión de su cara, su cabeza y su cuello permitiendo a su mandíbula caer ligeramente. Sienta pesados a los hombros, respire profundamente y relaje el pecho y el abdomen. Sienta como sus brazos y piernas descansan en la superficie que los sostiene . . .

Ahora, haga otra respiración profunda, al exhalar, libere toda la tensión. Permaneciendo profundamente relajado(a) y tranquilo(o). . .

(Pausa, unos segundos)

Imáginese paseando en una vereda en el campo . . . Es un día claro y cálido, sienta la brisa suave . .

Pronto, se encuentra a la entrada de una reja de hierro antiguo . . . La abre y pasa del otro lado . . De repente, está rodeado de flores de diferente colores y formas, crecen por doquier, en donde han echado semillas . . . Hay enredaderas y flores silvestres sobre un tronco caído, pastos verdes y árboles frutales . . . Huela los distintos aromas de las flores y frutos . . . Escuche el canto de los pajarillos.

Camine por la vereda internándose en un bosque de pinos más denso, hay tantos árboles que el sol apenas pasa entre sus ramas . . . Sienta el aire más fresco, mire el musgo en su camino y revistiendo los árboles . . . Se da cuenta de pronto del murmullo de agua corriendo . . . Es un arroyuelo, camina a su lado. . .  
(continua)

A distancia escucha el sonido de una caída de agua . . . En donde se abre la vereda a un claro y aparece el sol de nuevo, se encuentra frente a una cascada,

admire el arcoíris que se forma en las gotitas de llovizna . . . Se siente muy bien disfrutando de este cálido y aislado lugar en paz y tranquilidad.

(Pausa, unos 15 segundos)

Ahora, es tiempo de regresar por la vereda de pinos a donde está el jardín de las flores y árboles frutales . . . Huela una vez más su aroma . . . Camine hasta la reja antigua por la que entró y salga . . .

Recuerde que este es su jardín secreto que le espera cuando usted desee volver.

Ahora respire profundamente, una, otra y la última vez . . . Cuando esté listo(a), abra los ojos.

3. Pregunte a los participantes si se sintieron relajados y menos tensos. Dígalos que con la práctica los efectos de relajación serán mejores. Anime a los participantes a que practiquen las técnicas de relajación en casa usando su audio casete, Relajación para imágenes guiada - jardín de flores- y la relajación muscular progresiva.

### **Actividad 7: Conclusión**

1. Pida a cada participante que elija a un nuevo(a) amigo(a) para llamar por teléfono una vez durante la semana, si desean seguir llamando a la persona anterior, pueden hacerlo. Los animadores deben llamar a cualquier persona que quede sin pareja.
2. Recuerde a los participantes marcar en su calendario de actividades, si así lo están haciendo, los nuevos ejercicios que practican y animeles a cumplir su propósito para la semana que viene.
3. Recoja las etiquetas con los nombres.
4. Permanezca unos minutos más para responder preguntas y recoger el material.

## SESIÓN CINCO

SESIÓN	PROPÓSITOS	OBJETIVOS
CINCO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir y practicar nuevas habilidades para mejorar la comunicación con los médicos</li> <li>• Ofrecer a los participantes la oportunidad de practicar la técnica de relajación y los ejercicios físicos</li> </ul>	<p>Al final de esta sesión, los participantes podrán:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresar al menos (3) estrategias para mejorar la relación con sus médicos.</li> <li>2. Hacerse un propósito para la siguiente semana.</li> </ol>

### Temas de hoy

(Muestre a la clase los temas del día)

Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas/Propósitos

Actividad 2: Cuidar nuestras relaciones

Actividad 3: Cómo mejorar la relación con su doctor

Actividad 4: Medicinas para la fibromialgia

Actividad 5: Práctica de los ejercicios y de la relajación

Actividad 6: Conclusión (5 minutos)

### Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas/Propósitos

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-7.

1. Empiece usted como modelo, pero sea breve. Ahora pida a cada participante lo siguiente: (Afirmar por favor que sólo hable una persona a la vez.)
  - d. Que explique concretamente el propósito que realizó la semana pasada.

- e. Que hable sobre cómo le fue: **¿pudo llevar a cabo su propósito sin problemas?**
- f. Que describa cualquier problema que haya interferido en el cumplimiento de su propósito o los ejercicios. (**¿Por qué no pudo llevar a cabo su propósito?**)

Si hubo problemas, pregunte a la persona si ha pensado en alguna solución o si ha probado alguna solución a su problema.

- 2. Pida a los participantes que hayan tenido un problema similar que levanten la mano en este momento.
- 3. Ahora pida al grupo que en una lluvia de ideas cortas le ofrezcan sugerencias al participante para solucionar su problema. Escriba todas las soluciones brevemente (sin discutir las o comentarlas) en una lista a la vista de todos. Los animadores también pueden ofrecer soluciones después que otras personas del grupo hayan ofrecido las suyas. Mida su tiempo.
- 4. Pregunte a la persona del problema si puede utilizar alguna(s) de las estrategia(s) sugeridas para resolver su problema, y si es así, que especifique cuál. Invite al participante a escribir la solución si le sirve. Si no le funcionan las sugerencias ofrecidas al participante, dígame Ud. que hablará con él/ella durante el descanso-hágalo así. **NO PASE MUCHO TIEMPO CONVENCRIENDO A LAS PERSONAS "SI, PERO..."**
- 5. Pida al participante después de haber reportado su propósito, el éxito o problemas que tuvo al realizarlo, que ahora se haga otro nuevo propósito sobre lo que desea cumplir durante la semana y lo exprese concretamente (qué, cuándo, cuánto tiempo y con qué frecuencia.). El propósito puede ser sobre cualquier tema.

6. Pregunte al participante qué seguridad tiene en una escala del 0 al 10 de que va a llevar a cabo su propósito el 100%, no solamente parte del propósito.
7. Si alguien tiene dificultades para hacerse un propósito, pida sugerencias al grupo antes de ofrecer su ayuda. Trate de mantener sus intervenciones al mínimo. No pase más de cuatro minutos con cada persona. Si alguien tiene problemas, ayúdele después de la clase o durante el descanso. (Para ayudar a los participantes a formular sus propósitos, refiérase al guión) Hacerse más de un propósito está bien.

## Actividad 2: Cuidar nuestras relaciones

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-4

### Técnicas de instrucción

- Lluvia de ideas
- Charla (breve)

1. **Aplicando la lluvia de ideas**, pregunte a los participantes "**¿Qué entienden por asertividad?**". Anote todas las respuestas a la vista de todos.
2. Después refiérase a la diapositiva 15 y explique brevemente

Diapositiva 15

Capacidad aprendida de percibir, entender y responder a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva
---

La asertividad es una actitud de autoafirmación y defensa de nuestros derechos personales, que incluye la expresión de nuestros sentimientos, referencias, necesidades y opiniones, en forma adecuada; respetando, al mismo tiempo, los de los demás.

El objetivo de la asertividad no es lograr lo que uno quiere a cualquier coste ni, menos aún, comprobar o manipular a los demás. Lo que pretenden es ayudarlos a ser nosotros mismos, a desarrollar nuestra autoestima y a mejorar la comunicación interpersonal, haciéndola más directa y honesta

La asertividad incluye tres áreas principales:

- La autoafirmación, que consiste en defender nuestros legítimos derechos, hacer peticiones y expresar opiniones personales
- La expresión de sentimientos positivos, como hacerlo por recibir elogios y expresado agrado o afecto
- La expresión de sentimientos negativos, que incluye manifestar disconformidad o desagrado, de forma adecuada, cuando está justificado hacerlo.

Las personas asertivas:

- Son capaces de controlar situaciones difíciles con lo que se reduce su estrés
- Se sienten satisfechas con los resultados que obtienen
- Suelen hablar en primera persona y preguntar a su interlocutor
- Suelen responder de forma directa, fluida y sin alterarse

Desarrollar la asertividad nos permitirá conseguir:

- Mayor autoestima.
- Mayor eficacia y competencia en las relaciones con los demás.
- Menor estrés ante las dificultades y conflictos interpersonales.

3. Aplicando la técnica de representación de papeles, para explicar una de las técnicas, para lo cual se elige una de las problemáticas más comunes de entre las que refirieron las participantes. Por ejemplo, expresar que hoy no pueden realizar una tarea de casa o expresar que no se sienten comprendidos. Se modela la ejecución de la conducta objetivo, mostrando los tres pasos para la asertividad:

#### Diapositiva 16

- 1) *Escuchar de forma activa* (te entiendo...; me pongo en tu lugar...; comprendo lo...).
- 2) *Decir lo que se piensa u opina* (sin embargo, yo...; no obstante, yo...; a pesar de..., yo...).
- 3) *Expresar lo que se quiere que ocurra* (por tanto, me gustaría...; es por ello que quiero...).

Se eligen varios miembros del grupo y se les asigna a cada uno de ellos un sombrero con una de las siguientes etiquetas: alábame, ignórame, préstame atención, ridiculízame, no tengo razón, tengo razón, respétame y una con la etiqueta en blanco. Se les pide que inicien un debate sobre un tema de interés, durante el mismo deberán tratar a los demás según la etiqueta que éstos tengan en su sombrero. Se les indica que la tarea consistía en alcanzar un acuerdo unánime sobre el tema de debate, lo que será prácticamente imposible. Cuando la discusión se agota, se preguntó sobre las siguientes cuestiones: a) Qué etiqueta creen tener; b) Cómo lo han descubierto; c) Cómo se han sentido durante la discusión.

Se les pidió que reanudasen la discusión, pero aplicando ahora los tres pasos para la asertividad, cuando lo estimaran conveniente.

#### Actividad 3: Cómo mejorar la relación con su doctor

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-5



### Técnicas de instrucción:

- Lluvia de ideas
  - Discusión (breve)
  - Resolución de problemas
  - Práctica
1. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes: "¿Qué es lo que más le gusta del médico o de la consulta?" (No se trata de hacer una lista de lo que les gustaría, enfoque en lo que es actual.) Los animadores pueden ofrecer sus ideas al final. Sin discutir esta lista, pase a la siguiente pregunta.
  2. Aplicando nuevamente la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes, "¿Cuáles son los problemas que tienen cuando consultan con el médico?"
  3. Ahora, aplique la técnica de resolución de problemas: a) Pregunte a los participantes si alguien ha hablado con su médico sobre algunos de estos problemas que enlistaron en la pizarra, b) ¿Qué resultados/respuestas obtuvieron? Vigile su tiempo durante la discusión.
  4. Aplicando otra vez la lluvia de ideas, pregunte a los participantes, "¿Qué soluciones puedan dar para los problemas listados anteriormente?" (Los animadores pueden mencionar soluciones al final.) Vigile su tiempo. Si hay tiempo, vuelva a realizar este procedimiento con otro problema.
  5. Diga brevemente a los participantes que la misión de los médicos es ayudarnos con nuestra enfermedad y como cualquier persona, también tienen frustraciones y problemas con el sistema en el que trabajan. Como persona proactiva es su derecho saber exactamente cuál es su condición médica y qué consejos o tratamientos recomienda el doctor(a). Para aprovechar mejor la atención médica hay que aclarar todas sus preguntas en la consulta. Si no le hace preguntas al médico es más difícil que reciba la información que necesita. Estar informados

nos ayuda a manejar mejor la fibromialgia. Anime a los participantes a hacer lo siguiente (refiérase a la diapositiva 17)

**Diapositiva 17**

**CUANDO TENGA CONSULTA CON EL MÉDICO, RECUERDE:**

- **Preparar** una lista de sus preguntas o preocupaciones principales.
- **Preguntar** todo lo necesario sobre su diagnóstico.
- **Repetir** al doctor los puntos más importantes discutidos en su visita
- **Tomar acción.**

- Recuerde informar de todos sus síntomas (dolor de cabeza, cansancio, falta de apetito, etc.), cambios en su vida y medicinas que está tomando. Además, si necesita un intérprete, llame antes de asistir a su consulta para solicitar a uno(a).
- Pregunte sobre pruebas, tratamientos y seguimiento de éstos antes del final de la consulta.
- Por ejemplo, repita los puntos sobre el diagnóstico, el pronóstico, los siguientes pasos en el tratamiento, instrucciones para tomar las medicinas, etc.
- Si existen problemas para seguir las recomendaciones del médico, actúe haciéndoselo saber. Puede pedir instrucciones por escrito siguiendo los pasos de la conducta asertiva.

6. Diga a los participantes que recuerden que no existe solamente un tratamiento para la artritis, puede ser diferente para cada persona. Por lo tanto, debemos trabajar en conjunto con los médicos y otros profesionales para comprender mejor nuestro tratamiento. Si hay algo que no le gusta, hágaselo saber a su médico lo antes posible y en el momento oportuno, para así, en conjunto, hacer los cambios necesarios.

#### **Actividad 4: Práctica de los ejercicios y de la relajación con el CD**

**Animadores:** Inviten a participar a todas las personas, pero si alguien no desea hacerlo, no deben obligarle. Sigán las instrucciones 1-3.

1. Uno de los animadores debe modelar los ejercicios y el otro asegurarse de que los participantes los hagan correctamente sin lesionarse. Si hay personas en sillas de ruedas, uno de los animadores puede marcar las rutinas sentado(a) adaptando los ejercicios lo mejor posible. El otro animador debe hacerlo como se indica en el CD. (Siguiendo las instrucciones de la voz).
2. Los ejercicios de la sección de enfriamiento de ejercicios deben practicarse en casa, sobre una superficie suave, pero firme y no en la clase para mayor comodidad de los participantes. Sin embargo, si surgieran preguntas sobre estos ejercicios una vez que los participantes los han escuchado en casa, los animadores deben poder demostrarlos en clase.
3. Cuando termine la práctica de los ejercicios, tenga listo el CD de la relajación por imágenes para continuar con la práctica de la relajación.

#### **Actividad 5: Conclusión**

1. Pida a cada participante que elija un nuevo(a) amigo(a) para llamar por teléfono una vez por semana, si desean seguir llamando a la misma persona, pueden hacerlo. Los animadores deben llamar a cualquier persona que quede sin pareja.
2. Diga a los participantes que la próxima sesión es la última y si todos están de acuerdo, sugiera organizar una pequeña celebración de la conclusión del curso. Anímeles a traer algunos aperitivos y bebidas (opcional).

3. Recuerde a los participantes marcar en su calendario de actividades los nuevos ejercicios que practican, si así lo están haciendo, y anímeles a cumplir su propósito de esta semana.
  
4. Recoja las etiquetas con los nombres y permanezca unos minutos más para responder preguntas y recoger el material.

## SESIÓN SEIS

SESION	PROPÓSITOS	OBJETIVOS
<b>SEIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar cómo evaluar otras alternativas o tratamientos para la artritis</li> <li>• Revisar las técnicas que han aprendido para el manejo de los síntomas de la fibromialgia</li> <li>• Discutir estrategias para poder manejar la fatiga</li> <li>• Practicar los ejercicios</li> <li>• Evaluar su progreso y reconocer sus logros</li> <li>• Celebrar los éxitos del grupo</li> </ul>	<p>Al finalizar esta sesión, los participantes podrán:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nombrar (3) formas de evaluar remedios o tratamientos para la fibromialgia.</li> <li>2. Enlistar al menos (4) formas para manejar la fatiga.</li> <li>3. Nombrar al menos (4) formas para manejar el dolor.</li> <li>4. Expresar sus logros en el manejo de los síntomas de la fibromialgia.</li> <li>5. Identificar obstáculos en el proceso de aprender a manejar la fibromialgia.</li> <li>6. Describir una estrategia general para superar las dificultades, aplicando el proceso de resolución de problemas identificado en el programa.</li> </ol>

### Temas de hoy

(Muestre a la clase los temas del día)

Actividad 1: Compartir experiencias/Resolución de problemas

Actividad 2: Cómo evaluar otras alternativas o tratamientos para la fibromialgia

Actividad 3: Manejo de la fatiga

Actividad 4: Repaso de las técnicas para manejar los síntomas

Actividad 5: Planeando el futuro

Actividad 6: Práctica de los ejercicios

Actividad 7: Conclusión/Celebración

### **Actividad 1: Compartir Experiencias Acerca de los Propósitos**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-7.

**Nota:** Animen a todos los miembros del grupo a participar. No pasen mucho tiempo con personas problemáticas. Traten con ellos durante el tiempo de descanso. Los participantes no se harán nuevos propósitos. Estos se harán en la actividad 5, Planeando para el futuro.

1. Recuerde a los participantes que la semana pasada, nos hicimos propósitos de algo que queríamos cumplir o realizar. Ahora vamos a compartir como nos fue con los propósitos. Los instructores deben empezar modelando (pero sean muy breves), diga a cada persona lo siguiente:
  - a. Mencione el propósito que hizo la semana pasada.
  - b. Hable del éxito que tuvo al cumplir su propósito.
  - c. Describa cualquier problema que se le presentó al cumplir con su propósito.

Si hubo problemas, pregunte al participante si tiene alguna solución, o si intentó poner en práctica alguna otra solución para su problema.

2. Pregunte al grupo si alguien tuvo un problema similar, que levanten la mano. (Aunque no sea relacionado a su propósito).
3. Usando la técnica de la lluvia de ideas, pida al grupo dar sugerencias para solucionar el problema. Estas sugerencias deben ser mencionadas sin ningún

comentario o discusión. Los instructores también pueden ofrecer ideas o sugerencias, pero sólo después que todo el grupo haya participado.

4. Pregunte a la persona que mencionó el problema si cree que alguna de estas sugerencias le puede ayudar, si es así, que diga cuál. Recomiende a la persona escribir las sugerencias que podrían ayudarle. Si al participante no le parecen aplicables ninguna de las soluciones sugeridas, entonces dígame que hablarán con él/ella durante el descanso, y hágalo así. **RECUERDE NO PASAR MUCHO TIEMPO CON UNA SOLA PERSONA--DESPUÉS DE DOS O TRES "SI PERO", PASE A LA SIGUIENTE PERSONA.**
5. Recuerde a los participantes los pasos para resolución de problemas que hemos aprendido y usado durante este curso. Anímelos que usen esta habilidad en el futuro cuando encuentren problemas. Es una herramienta útil no solo para manejar la salud, sino para la vida en general.

## **Actividad 2: Cómo evaluar otras alternativas o tratamientos para la fibromialgia**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-4

### **Técnicas de instrucción:**

- Charla (breve)

1. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes, "¿Qué otras alternativas o tratamientos conocen para la fibromialgia?" Haga una lista, pero sea breve.
2. Sin discutir la lista, diga a los participantes lo siguiente:  
A todos nos gustaría encontrar la cura para la fibromialgia. Hoy sabemos que aunque la fibromialgia no desaparece completamente, sí se pueden controlar sus síntomas, como el dolor o la fatiga. Es natural querer probar tratamientos o

remedios para controlar su fibromialgia, por ejemplo, dietas especiales, vitaminas, remedios caseros o naturistas, quiroprácticos, la acupuntura, pomadas, aparatos eléctricos y otros, que se ofrecen por los medios de publicidad, como la televisión, la radio, los vendedores profesionales, y por las experiencias de nuestros familiares.

3. Poder evaluar los beneficios reales de estos tratamientos y remedios nos ayudará a tomar decisiones más acertadas para controlar nuestro tipo de fibromialgia. Además, es necesario hacernos la pregunta: "¿realmente funcionará el tratamiento o remedio que se ofrece en mi caso particular?"
4. Si está considerando emplear algún tratamiento o remedio que le han recomendado o ha visto anunciado, le sugerimos primero buscar información del producto o servicio con profesionales en el campo de la salud. Las siguientes preguntas también pueden ayudarle a decidir (refiérase a la diapositiva 18):

#### Diapositiva 18

##### **PREGUNTAS PARA EVALUAR OTRAS ALTERNATIVAS O TRATAMIENTOS PARA LA FIBROMIALGIA**

- ¿Fueron comprobados científicamente por instituciones de buena reputación, o sólo por historias que ha escuchado?
- ¿Fueron personas como usted las que participaron en el tratamiento estudiado?
- ¿Pudo ser otro factor imprevisto la causa del beneficio en el tratamiento?
- ¿Puede pensar en posibles daños a su salud si utiliza este tratamiento?
- ¿Implican gastos o sacrificios muy grandes y puede usted pagarlos?
- ¿La información sobre el tratamiento satisface todas sus dudas?

- a. Si hay un estudio científico, averigüe si fue un estudio controlado. ¿Hubo un grupo al cual no se aplicó el tratamiento? ¿Comparan los resultados del tratamiento? Generalmente, estos estudios son publicados en revistas científicas de renombre que han sido revisados por varios colegas e



instituciones. Los medios de publicidad como la televisión o la radio son menos selectivos al reportar la información y al editarla.

- b. Los estudios están basados en muchos factores que afectan los resultados de un tratamiento, por ejemplo, la edad, el sexo, la severidad de la fibromialgia.
- c. Pregunte a su médico si los beneficios que atribuye al tratamiento alternativo podrían ser causados por otro factor, por ejemplo, cambio en su estilo de vida, como empezar a hacer ejercicio, o a un cambio de clima (algunas personas sienten menos dolor con el calor). No asuma rápidamente que el nuevo tratamiento es el responsable de su mejoría.
- d. ¿Pone énfasis sólo en comer algunos alimentos y excluye otros, eliminando de su dieta cualquier alimento o nutriente básico para su salud? ¿Implica mucho tiempo y sacrificio? ¿Requiere un trabajo extenuante que no es saludable?
- e. ¿Está dispuesto a hacer los gastos pertinentes? ¿Son gastos muy grandes que tal vez no están a su alcance? ¿Los beneficios sólo son temporales mientras está en tratamiento? ¿Podría obtener los mismos beneficios del ejercicio o de una medicina menos cara?
- f. Es recomendable ser minucioso en la evaluación de otras alternativas o tratamientos para su enfermedad, por ejemplo, ¿le están prometiendo "curas milagrosas?" ¿Le están dando toda la información o sólo parte de ella? Consulte con su médico u otro profesional en el campo de salud que pueda orientarle y ayudarle a evaluar los tratamientos alternativos para su fibromialgia.

### Actividad 3: Manejo de la fatiga

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-2

#### Técnicas de instrucción

- Charla (breve)
- Lluvia de ideas
- Discusión

1. La fatiga es un síntoma muy común en las personas con fibromialgia. Sus causas son: (mencione el contenido de la Diapositiva 19)

<b>Diapositiva 19</b>
<b>CAUSAS DE LA FATIGA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>La enfermedad está activa</b></li><li>• <b>Falta de condición física</b> (debilidad muscular por falta de ejercicio)</li><li>• <b>Depresión</b> (o emociones negativas)</li><li>• <b>Una mala nutrición</b></li><li>• <b>El padecimiento de otras enfermedades</b></li></ul>



2. Aplicando la técnica de lluvia de ideas, pregunte a los participantes, "¿Qué hacen ustedes para combatir la fatiga?" Escriba todas las ideas a la vista de todos. Si no se mencionó ya, agregue verbalmente que el ejercicio también es una forma excelente de combatir la fatiga. La depresión y la falta de condición física (debilidad) también se combaten haciendo ejercicio.

### Actividad 4: Resumen de las técnicas para manejar los síntomas de la fibromialgia

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-7

#### Técnicas de instrucción

- Lluvia de ideas
- Participación de todos

Diga a los participantes:

1. Refiérase a la diapositiva 7. La fibromialgia crea un ciclo vicioso de dolor, depresión, emociones negativas y otros problemas como lo hemos visto a lo largo de este curso, pero también hemos aprendido varias maneras o técnicas de romper este ciclo vicioso.
2. Aplicando la lluvia de ideas, pregunte a los participantes, "¿Cuáles son las técnicas para manejar los síntomas de la fibromialgia que hemos practicado a lo largo del curso?" Escriba estas ideas en la pizarra.
3. Diga a los participantes que no tienen que usar todo lo que han aprendido en el curso o memorizarlo, sino sólo incorporar en su vida algunas de estas técnicas para romper el ciclo del dolor con efectividad. Una vez interrumpido este ciclo, tiende a repararse, por esta razón hay que romperlo día a día, empleando varias técnicas.
4. Ahora, pida a los participantes que mencionen uno por uno, qué creen que es lo más valioso que han aprendido para controlar su fibromialgia a lo largo de este programa. Escriba las respuestas en la diapositiva 20 a la vista de todos.

<b>Diapositiva 20</b>
<b>COMO PUEDO MANEJAR MI FIBROMIALGIA / LOS LOGROS</b>

5. Después que termine de apuntar todas las respuestas, saque la diapositiva 1 que se hizo en la primera sesión (¿Cómo me afecta la fibromialgia?). Compare las respuestas.
6. Participación en grupo. Anime a quienes así lo deseen a compartir con el grupo otros logros personales en este momento si lo desean.
7. Una vez que todos han expresado sus éxitos, pida al grupo que se den un fuerte aplauso como reconocimiento a su progreso y a sus logros. ¡Muchísimas felicidades! Ustedes se han convertido en personas proactivas en el manejo de su fibromialgia

#### **Actividad 5: Planeando el futuro**

**Animadores:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1-7

#### **Técnicas de instrucción:**

- Charla (breve)
  - Participación de todos
1. Hemos identificado diferentes problemas que causa la fibromialgia y también hemos elegido estrategias para resolverlos o controlarlos mejor. No queremos detener o retroceder el progreso que hemos venido haciendo durante este curso. Por eso es importante seguir poniendo en práctica las técnicas y estrategias que hemos aprendido en clase. En resumen, como personas proactivas, identificamos un problema, decidimos qué queremos lograr para resolverlo y hacemos un plan concreto que podría incluir varios propósitos. Después revisamos nuestro plan de acuerdo a las necesidades que todavía no se han cumplido y lo modificamos para obtener los beneficios que buscamos.

2. Pida a los participantes que piensen cuáles son las áreas específicas donde tienen más dificultad para controlar su enfermedad. Para algunos tal vez sea el mantener una rutina de ejercicio. Para otros tal vez es recordar a tomar las medicinas. O tal vez puede ser problema combatir la depresión o fatiga. Ahora pregunte a los participantes lo siguiente: “¿Qué pasos van a tomar en el futuro para manejar su enfermedad?”
3. Pida a cada participante hacerse propósitos para dar estos pasos para el futuro; y que mencionen, qué planean hacer y cómo lo van hacer para manejar su condición. Los instructores deberían modelar esta actividad mencionando su plan para el futuro y como planean cumplirlo.
4. Aplique la técnica de resolución de problemas. Si alguien tiene dificultades para proponerse una meta para el futuro próximo, pida a esa persona que describa los problemas o barreras que cree podrían presentársele; después pida al grupo que ofrezcan soluciones a estos problemas y escríbalas a la vista de todos. Los animadores deben ofrecer las suyas hasta el final.
5. Pida a los participantes que mencionen qué tan seguros se sienten de poder cumplir con este propósito. Si alguien no se siente seguro de poder cumplir su propósito o tiene dificultad en decidir qué hacer para el futuro pida a la persona que identifique qué problema, o dificultad cree que se le puede presentar, y usando la técnica de la resolución de problemas pida al resto del grupo que ofrezcan sugerencias o soluciones para ayudar al participante a encontrar soluciones. Los instructores pueden dar sus sugerencias sólo después que todo el grupo haya participado.
6. Pida a los participantes que anoten las sugerencias que le pueden ayudar para el futuro. También anímelos a continuar con los propósitos para que puedan cumplir sus metas en el futuro.

7. Explique qué vamos a realizar un pequeño ejercicio para reforzar los sentimientos positivos que tenemos acerca del progreso que hemos realizado hasta ahora. Vamos a visualizar que estamos realizando con éxito y cumpliendo nuestro plan para el futuro. Lea el siguiente guión:

Cierre los ojos . . . ahora respire profundamente 3 veces, inhale por la nariz y exhale por la boca. . . mire como fácilmente puede cumplir los pasos que necesita dar para alcanzar su meta para el futuro.. . . (espere de 30 a 40 segundos...) . . . piense acerca de lo bien que se siente al realizar esto..... respire profundamente 3 veces más y abra los ojos lentamente.

### **Actividad 6: Práctica de los ejercicios**

**Animadores:** Inviten a participar a todas las personas, pero si alguien no desea hacerlo, no se le debe obligar.

**Nota:** Sigán las instrucciones redactadas en los párrafos 1 y 2.

1. Uno de los animadores debe modelar los ejercicios y el otro asegurarse de que los participantes los hagan correctamente sin lesionarse. El otro animador debe hacerlo como se indica en el libro del proceso asistencial (Siguiendo las instrucciones de la voz).
2. Los ejercicios de la sección de enfriamiento, deben practicarse en casa sobre una superficie suave, pero firme y no en la clase para mayor comodidad de los participantes. Sin embargo, si surgieran preguntas sobre estos ejercicios una vez que los participantes los han escuchado en casa, los animadores deben poder demostrarlos en clase.

### Actividad 7: Conclusión y celebración

1. Recuerde a los participantes que las Asociaciones de Fibromialgia son instituciones dedicadas a las necesidades de las personas con fibromialgia y sus objetivos son:

- Potenciar, Apoyar y Divulgar todo lo relacionado con la Fibromialgia.
- Acercar la evidencia científica sobre fibromialgia a pacientes y familiares.
- Conocer la experiencia vivencial por parte de los pacientes y recoger sus inquietudes en relación con la enfermedad.
- Establecer un diálogo entre profesionales y pacientes para intentar dar respuesta a las preguntas que éstos plantean.
- Instar a la administración en la investigación de la etiopatogenia de la fibromialgia y de tratamientos eficaces.
- Promover la formación sobre fibromialgia en el entorno sanitario, en la búsqueda de una atención médica adecuada.

(**Nota:** Sugerimos a los instructores proporcionar el número de teléfono de la asociación a los participantes.)

2. Anime a los participantes, que así lo quieran, que intercambien sus teléfonos.
3. Invítelos a seguir llamándose entre sí o a formar parte de un grupo de apoyo.
4. Comiencen la celebración de la conclusión del curso. ¡Muchas Felicidades!







**STANFORD**

**Stanford Patient Education Research Center  
SCHOOL OF MEDICINE**

*Stanford University Medical Center*

September 29, 2005

Luis Antonio Merayo Alonso  
C/ Cueva de la Pileta 2-2-4º B  
41020 – Sevilla, España

-----For Office Use Only-----

DATE RECEIVED \_\_\_\_\_  
(EFFECTIVE DATE)

Stanford University grants Luis Antonio Merayo Alonso permission to use the Spanish Arthritis Self-Management Program (“Program”) for research purposes. Research purposes are limited to training given by Luis Antonio Merayo Alonso’s employees and volunteers as described below.

- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso may not use the Program except as expressly described in this Agreement.
- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso can only reproduce and distribute the Program or materials derived or adapted from the Program for the sole purpose of administering the Spanish Arthritis Self-Management Program for research purposes. Any other use of the Program in whole or part is prohibited.
- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso may not create derivatives of the Program. Luis Antonio Merayo Alonso may not otherwise commercially exploit the Program or any material derived from or based upon the Program.
- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso agrees to contact Stanford University for permission to reproduce or distribute the Program or any material derived or adapted from the Program for any use not specifically granted in this Agreement. Prior to providing training to outside organizations, Luis Antonio Merayo Alonso should ensure that the organization has secured a license from Stanford.
- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso is the only organization covered by this Agreement. When working with other organizations please use these questions to help you determine if they need a license:
  - Was the training for the leaders of this course supplied by the Luis Antonio Merayo Alonso?  
 Yes      No
  - Is (are) the Master Trainer of Trainers, Master Trainer or Leaders Employees or Volunteers of the Luis Antonio Merayo Alonso?  
 Yes      No
  - Is the Luis Antonio Merayo Alonso’s name and logo on all advertising and materials?  
 Yes      No
  - Are the names of all participants sent to the Luis Antonio Merayo Alonso?  
 Yes      No
  - Is Luis Antonio Merayo Alonso responsible for quality control and liability for this course?  
 Yes      No

If you have answered "No" to any of these questions, the organization needs to obtain a license to this course. To obtain a license please contact Stanford University, Patient Education Research Center at 1000 Welch Road, Suite 204, Palo Alto CA, 94304, Phone: 650-723-7935, <http://patienteducation.stanford.edu>.

- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso agrees to make written reports yearly on the anniversary of this Agreement to Stanford disclosing which organizations Luis Antonio Merayo Alonso has provided training to using the Program.
- ◆ The permission granted in this License Agreement extends only to the 1999 version of the Program and not to any subsequent versions of the Program.
- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso agrees that any prior License Agreements or Permissions to use, distribute, reproduce and perform any portions of the Program or any previous versions of the Program are hereby terminated and superceded in their entirety by this License Agreement. Both parties agree that no further rights or obligations survive from such superseded License Agreements or Permissions.
- ◆ Luis Antonio Merayo Alonso will use the Program at its own risk, and Stanford does not represent that the Program is accurate or up-to-date. Stanford University will have no liability to Luis Antonio Merayo Alonso or to any third party as a result of its use of the Program, and Luis Antonio Merayo Alonso will indemnify and hold Stanford University harmless from any claims related to Luis Antonio Merayo Alonso's use of the Program.

If you agree to the terms set forth above, the Agreement in the space provided, and return it to me. If you do not agree with the above terms, you must immediately return to me any copies of the Spanish Arthritis Self-Management Program that you may have.

The permission granted above is only valid from the date this agreement is received by Stanford, signed and dated by the authorized representative of Luis Antonio Merayo Alonso.

Very truly yours,



Kate Lorig, DrPH  
Professor

**Agreed and acknowledged:**



**Signature:**

**Date** Octubre, 05, 2005

**Printed Name:**

*Luis Antonio*

**Title:** *Psicólogo*

**Organization:**

*Luis Antonio Merayo Alonso*

