



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN  
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

EL DR. FRANCISCO JAVIER CANO GARCÍA, PROFESOR TITULAR  
DOCTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

### INFORMA

Que Don Bruno Moioli Montenegro ha realizado bajo mi dirección la Tesis Doctoral titulada: *Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en un programa de afrontamiento psicológico de la fibromialgia*, presentada para optar al título de Doctor en Psicología y que, a mi juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a su lectura y defensa pública.

Lo que firmo, a instancias del interesado, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a quince de Mayo de dos mil diecisiete.

Fdo. Dr. D. Francisco Javier Cano García

DIRECTOR DE TESIS



## **DEDICATORIA**

*A mis padres, Roberto y María,  
por todo el esfuerzo para darme la mejor educación.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas y cada una de las personas voluntarias de la asociación AFIBROSE de Sevilla, sin ellos y su esfuerzo esta tesis no hubiera tenido lugar. A su presidenta, M<sup>a</sup> Luisa Rubio y su junta directiva por la confianza y el esfuerzo.

A mi director de tesis el profesor Dr. Francisco Javier Cano García, que confió en mí y este proyecto cuándo otros no lo hicieron. Con su presencia y acompañamiento, flexible y sabio, supo transmitirme lo necesario para resolver todos los obstáculos que han surgido durante la realización de esta tesis. Al equipo de becarios que colaboraron desde su tutela y departamento también les estoy profundamente agradecido.

Muchísimas gracias a todos y cada uno de ellos

Bruno Moioli Montenegro  
Sevilla 14 de Mayo de 2017



**TESIS DOCTORAL**

**EFICACIA INCREMENTAL DEL ENTRENAMIENTO EN  
AUTOHIPNOSIS EN UN PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO  
PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA**

Departamento De Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Facultad De Psicología, Universidad De Sevilla

-2017-

Doctorando

D. Bruno Moioli Montenegro

Director de Tesis

Dr. D. Francisco Javier Cano García



# ÍNDICE GENERAL

<b>Índice de Contenido</b> .....	7
<b>Índice de Tablas</b> .....	17
<b>Índice de Figuras</b> .....	19
<b>Listado de Abreviaturas</b> .....	20
<b>Justificación</b> .....	22
<b>PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA</b> .....	33
<b>1. Introducción Teórica al Estudio del Dolor</b> .....	34
<b>1.1 Introducción</b> .....	35
<b>1.2 Dolor Como Proceso Multidimensional</b> .....	36
<b>1.3 Dolor Según Criterios Temporales</b> .....	37
<b>1.4 Dolor Crónico</b> .....	38
1.4.1 Variables Psicológicas del Dolor Crónico.....	40
1.4.2 Abordaje Psicológico del Dolor Crónico.....	41
<b>1.5 Recomendaciones IMPACT</b> .....	47

<b>2. Síndrome de Fibromialgia</b> .....	51
<b>2.1 Introducción</b> .....	52
<b>2.2 Fibromialgia como Síndrome de Sensibilidad Central</b> .....	54
<b>2.3 Aspectos Diagnósticos</b> .....	56
<b>2.4 Prevalencia y Aspectos Sociodemográficos</b> .....	58
<b>2.5 Características Clínicas</b> .....	60
2.5.1 Dolor.....	60
2.5.2 Alteraciones del Sueño.....	61
2.5.3 Fatiga.....	61
2.5.4 Rigidez.....	62
2.5.5 Cefaleas.....	62
2.5.6 Parestesias.....	63
2.5.7 Trastornos Cognitivos.....	63
<b>2.6 Aspectos Psicológicos Relevantes de la Fibromialgia</b> .....	64
2.6.1 Factores de Personalidad.....	64
2.6.1.1 Rasgos.....	64
2.6.2 Factores Afectivos.....	67



2.6.2.1 Depresión y Ansiedad.....	67
2.6.3 Factores Conductuales.....	68
2.6.3.1 Afrontamiento.....	68
2.6.4 Factores Cognitivos.....	71
2.6.4.1 Autoeficacia.....	71
2.6.4.2 Catastrofismo.....	73
2.6.4.3 Locus de Control.....	74
2.6.4.4 Aceptación.....	75
<b>2.7 Tratamiento Psicológico en la Fibromialgia.....</b>	<b>76</b>
<b>3. Hipnosis.....</b>	<b>83</b>
<b>3.1 Definiciones de la Hipnosis.....</b>	<b>84</b>
<b>3.2 Hipnosis Como Técnica de Gestión del Dolor.....</b>	<b>90</b>
<b>3.3 Autohipnosis en la Gestión del Dolor.....</b>	<b>98</b>
<b>3.4 Hipnosis Como Tratamiento de la Fibromialgia.....</b>	<b>102</b>
<b>SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>107</b>
<b>4. Objetivo e Hipótesis.....</b>	<b>108</b>
<b>4.1 Objetivo .....</b>	<b>109</b>

<b>4.2 Hipótesis</b> .....	109
<b>5. Método</b> .....	119
<b>5.1 Participantes</b> .....	120
5.1.1 Ámbito.....	120
5.1.2 Sujetos.....	120
5.1.3 Criterios de Inclusión.....	121
5.1.4 Criterios de Exclusión.....	122
5.1.5 Diagrama de Flujo del Progreso.....	123
<b>5.2 Diseño y variables</b> .....	124
<b>5.3 Material</b> .....	126
5.3.1 Material de Evaluación.....	126
5.3.2 Protocolo de Intervención.....	148
5.3.3 Procedimiento.....	161
<b>5.4 Comité ético</b> .....	167
<b>6. Resultados</b> .....	168

<b>6.1 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción del Dolor Generalizado comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>169</b>
<b>6.2 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Gravedad de Síntomas comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>170</b>
<b>6.3 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Intensidad Últimas 24h dolor comparado con protocolo afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>172</b>
<b>6.4 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Interferencia Últimas 24h comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>174</b>
<b>6.5 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Intensidad Presente comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>176</b>
<b>6.6 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Interferencia Presente comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>178</b>

<b>6.7 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción del Impacto de la Fibromialgia (FIQ) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>179</b>
<b>6.8 Eficacia incremental de la autohipnosis en el incremento de la Función Física (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>181</b>
<b>6.9 Eficacia incremental de la autohipnosis en el incremento del Rol Físico (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>182</b>
<b>6.10 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción del Dolor Físico (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>184</b>
<b>6.11 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento de la Salud General (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>185</b>
<b>6.12 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento de la Vitalidad (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>186</b>

<b>6.13 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento de la Función Social (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>187</b>
<b>6.14 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento del Rol Emocional (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>188</b>
<b>6.15 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento de la Salud Mental (SF12) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>190</b>
<b>6.16 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Hostilidad (POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>192</b>
<b>6.17 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento del Vigor (POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>194</b>
<b>6.18 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Fatiga (POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>196</b>

<b>6.19 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Confusión (POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>198</b>
<b>6.20 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Tensión (POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>200</b>
<b>6.21 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Depresión (POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>202</b>
<b>6.22 Eficacia incremental de la autohipnosis en el incremento de la mejora del Estado de Ánimo (Total-POMS) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>204</b>
<b>6.23 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Depresión (BDI) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>206</b>
<b>6.24 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Calidad Sensorial del Dolor (SFMPQ) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>208</b>

<b>6.25 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Calidad Emocional del Dolor (SFMPQ) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>210</b>
<b>6.26 Eficacia incremental de la autohipnosis en la reducción de la Calidad Dolorosa Total (SFMPQ) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>212</b>
<b>6.27 Eficacia incremental de la autohipnosis en el aumento de la Mejoría Global Percibida (PGIC) comparado con protocolo de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.....</b>	<b>214</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>216</b>
<b>7.1 Consideraciones teóricas.....</b>	<b>217</b>
<b>7.2 Sujetos.....</b>	<b>223</b>
<b>7.3 Método.....</b>	<b>225</b>
<b>7.4 Resultados.....</b>	<b>229</b>
<b>7.5 Limitaciones del estudio.....</b>	<b>231</b>
<b>7.6 Utilidad del trabajo.....</b>	<b>234</b>
<b>7.7 Futuras líneas de investigación.....</b>	<b>237</b>

<b>8. Conclusiones.....</b>	<b>243</b>
<b>8.1 Objetivo.....</b>	<b>244</b>
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>271</b>
<b>10. Anexos.....</b>	<b>308</b>
<b>10.1 Anexo I: Entrevista Estructurada.....</b>	<b>309</b>
<b>10.2 Anexo II: Batería de Evaluación Psicológica.....</b>	<b>319</b>
<b>10.3 Anexo III: Auto-registros.....</b>	<b>333</b>
<b>10.4 Anexo IV: Tamaño del Efecto.....</b>	<b>336</b>
<b>10.5 Anexo V: Audios Entrenamiento Autohipnosis.....</b>	<b>338</b>



## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Puntos de referencia para los cambios dolor crónico, según IMMPACT-IV.....	50
<b>Tabla 2.</b> Niveles de Gradación de la Evidencia.....	78
<b>Tabla 3.</b> Niveles de Evidencia de los Tratamientos Psicológicos.....	80
<b>Tabla 4.</b> Variables de Estudio.....	125
<b>Tabla 5.</b> Cronograma del entrenamiento en Autohipnosis.....	165
<b>Tabla 6.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción del Dolor Generalizado (WPI).....	170
<b>Tabla 7.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Gravedad de los Síntomas (SS).....	172
<b>Tabla 8.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Intensidad en las Últimas 24 horas.....	174
<b>Tabla 9.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Interferencia en las Últimas 24 horas.....	176
<b>Tabla 10.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Intensidad Presente.....	178
<b>Tabla 11.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Interferencia Presente.....	180
<b>Tabla 12.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción del Impacto de la Fibromialgia (FIQ).....	181
<b>Tabla 13.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento de la Función Física (SF12).....	183
<b>Tabla 14.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento del Rol Físico (SF12).....	184
<b>Tabla 15.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción del Dolor Físico (SF12).....	186
<b>Tabla 16.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento de la Salud General (SF12).....	187
<b>Tabla 17.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento de la Vitalidad (SF12).....	188

<b>Tabla 18.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento de la Función Social (SF12).....	189
<b>Tabla 19.</b> Estadísticos de la eficacia en el Incremento del Rol Emocional (SF12).....	190
<b>Tabla 20.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento de la Salud Mental (SF12).....	192
<b>Tabla 21.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Hostilidad (POMS).....	194
<b>Tabla 22.</b> Estadísticos de la eficacia en el Aumento del Vigor (POMS).....	196
<b>Tabla 23.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Fatiga (POMS).....	198
<b>Tabla 24.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Confusión (POMS).....	200
<b>Tabla 25.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Tensión (POMS).....	202
<b>Tabla 26.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Depresión (POMS).....	204
<b>Tabla 27.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Mejora del Estado de Ánimo (POMS)...	206
<b>Tabla 28.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Depresión (BDI).....	208
<b>Tabla 29.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Calidad Sensorial del Dolor (SFMPQ)..	210
<b>Tabla 30.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Calidad Emocional del Dolor (SFMPQ).	212
<b>Tabla 31.</b> Estadísticos de la eficacia en la Reducción de la Calidad Dolorosa Total (SFMPQ).....	214
<b>Tabla 32.</b> Estadísticos de la eficacia en el Incremento de la Mejoría Global Percibida (PGIC).....	216

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Puntos de referencia para el diagnóstico de la Fibromialgia.....	57
<b>Figura 2.</b> Diagrama de Flujo del Progreso del Estudio.....	123

## **Listado de Abreviaturas**

**ACR** Colegio Americano de Reumatología

**AFIBROSE** Asociación de Fibromialgia de Sevilla

**AIMS** Arthritis Impact Measurement Scale

**APA** American Psychological Association

**AR** Artritis Reumatoide

**BDI** Beck Depression Inventory

**CONSORT** Consolidated Standars Of Reporting Trials

**DLC** Dolor Lumbar Crónico

**DM** Depresión Mayor

**EMG** Electromiografía

**FIQ** Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia

**FC** Fatiga Crónica

**FM** Fibromialgia

**IASP** International Association for the Study of Pain

**IMPACT** Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials

**LOC** Locus of Control

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**PAF** Psicoterapia Analítica Funcional

**PLT** Potenciación Sináptica a Largo Plazo

**SFM** Síndrome de Fibromialgia

**SNC** Sistema Nervioso Central

**SSC** Síndrome de Sensibilidad Central

**TAC** Terapia de Aceptación y Compromiso

**TCC** Terapia Cognitivo-Conductual

## Justificación

La salud y la enfermedad han tenido durante siglos una perspectiva, para su entendimiento y abordaje, eminentemente biológica. Lo cual dejaba fuera otras maneras de entender la realidad y que podían complementar o ampliar esta visión. Será a raíz de la propia definición que hace la Organización Mundial de la Salud OMS (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» la que facilita que otros elementos, como los psicológicos o sociales, sean tenidos en cuenta para la comprensión de las distintas enfermedades.

En este sentido el dolor y su expresión mantenida en el tiempo, el dolor crónico, son entidades que han acompañado al ser humano desde el comienzo de su existencia. Su concepción ha experimentado cambios importantes a lo largo de la historia. Y si bien, habitualmente aparece a raíz de una lesión y su consecuente estimulación nociva, también puede darse sin la presencia de una lesión evidente, aunque esta circunstancia no es fácilmente aceptada. La complejidad de la experiencia dolorosa será descrita por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP (1986) como: «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial o descrita en términos de dicho daño»

Por tanto, desde este enfoque se enfatiza la existencia de múltiples factores que interactúan creando la experiencia dolorosa. Y en este sentido uno de los modelos más relevantes (Melzack, 1968) plantea que el dolor es una experiencia multidimensional compuesta de tres dimensiones interrelacionadas: *sensorial-discriminativa*, encargada de la localización, intensidad y duración del dolor; una segunda llamada *motivacional-*

*afectiva*, constituida por los aspectos subjetivos del dolor; y por último una *cognitivo-evaluativa*, que integra la experiencia de dolor a nivel cortical.

En la actualidad es la Clasificación Multidimensional de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1986) la más comúnmente aceptada. Esta propone para la comprensión del dolor una taxonomía a partir de cinco ejes: (1) región o zona corporal; (2) el sistema que supuestamente podría estar provocando el dolor debido a su mal funcionamiento; (3) características temporales del dolor y su patrón de aparición; (4) valoración del paciente sobre la intensidad y tiempo transcurrido desde la aparición del dolor; (5) supuesta etiología.

Una segunda clasificación propone categorizar el dolor en base a su etiología (Miró, 2003). Y sería aquella que distingue tres posibilidades: el dolor experimentado por una persona, con una causa orgánica subyacente atribuida al origen del problema o dolor orgánico. El dolor que refiere alguien, al que no es posible encontrar ningún tipo de lesión o alteración física que permita justificar este dolor o dolor psicógeno. Y por último, el dolor como consecuencia de un desajuste en los mecanismos de autorregulación psicofisiológica en respuesta a demandas ambientales; dolor disfuncional, como sería el caso de la fibromialgia.

Según la Clasificación de la IASP (1986), las características temporales del dolor permiten distinguir entre dolor crónico y agudo. Siendo crónico cuando está presente largos periodos de tiempo, hasta seis meses, o aparece a intervalos de meses y/o años (Bonica, 1990), que no responde a los tratamientos médicos habituales (Portenoy y Kanner, 1996) y se define por la falta de proporcionalidad entre lesión y dolor. El trastorno psicológico asociado más frecuente es la depresión, así como otros problemas emocionales, tales como ansiedad o ira. Asimismo, se suele distinguir entre dolor crónico

maligno cuando existe un deterioro progresivo en el organismo, un prototipo del mismo es el dolor neoplásico; y dolor crónico benigno, que persiste una vez desaparecida la causa orgánica que lo originó, asociado a trastornos o enfermedades no relacionadas con el cáncer.

Según el estudio *Pain in Europe* (Breivik, 2006), en la cual se entrevistaron a 46.000 personas correspondientes a 16 países europeos, uno de cada cinco adultos sufre de dolor crónico, y en uno de cada tres hogares existe algún miembro de la familia que lo padece y de estos la mitad sufre de dolor severo. Siendo para la mayoría de encuestados un dolor de, al menos, dos años de duración y en uno de cada cinco una duración de más de veinte. Los datos para España señalan al 12% de la población adulta como afectada. El dolor crónico está asociado a emociones negativas y esto, lógicamente, incide en las actividades de la vida diaria, familiar, laboral, social, etc. La persona afectada en su búsqueda por encontrar una solución al problema visita todo tipo de especialistas, invirtiendo un gran número de recursos personales, económicos, familiares y de energía personal. Ante la falta de resultados, la posibilidad de vivir estas situaciones con desamparo es alta (Miró, 2003).

En nuestro contexto, el estudio epidemiológico EPIDOR (Gamero Ruiz, Gabriel Sánchez, Carbonell Abelló, Tornero Molina, & Sánchez-Magro, 2005) cuyo objetivo consistió en “estimar la prevalencia y características del dolor reumático en la población adulta española atendidas en consultas especializadas en Reumatología” (1.134 sujetos), revela una elevada prevalencia del dolor crónico (79,1%), mayoritario en mujeres (81,2%) y con edades comprendidas entre los 45 y 65 años de edad, siendo muy frecuente la presencia de fibromialgia (17,7%). Además esta destaca en primera posición, por el



elevado uso de opioides en el manejo del dolor frente al resto de dolencias reumatológicas.

Los criterios diagnósticos de la fibromialgia o síndrome de fibromialgia (SFM), fueron definidos en 1990 por el American College of Rheumatology (Wolfe, et al., 1990). El SFM se definió como un estado doloroso generalizado, crónico (de más de tres meses de duración) con un umbral reducido y síntomas característicos que incluyen alteraciones del sueño, fatiga, rigidez generalizada, estado de ánimo perturbado, trastornos cognitivos, cefaleas, parestesias y otras manifestaciones menos habituales. El dolor suele intensificarse con el frío, la humedad, los estados ansioso-depresivos y el sueño no reparador. Afecta mayoritariamente a los tejidos blandos del cuerpo y no existen alteraciones orgánicas demostrables, motivo por el que la enfermedad genera incompreensión y un cierto rechazo social de quien la padece.

Las últimas investigaciones en fibromialgia sugieren que una anomalía en los mecanismos fisiológicos de procesamiento del dolor (Collado, 2008) estaría en el origen de la misma. Las alteraciones del sueño y la desregulación del sistema neuroendocrino son los factores más y mejor estudiados con objeto de determinar la etiología de este síndrome (Povedano, 2000).

En la actualidad no se discute que el dolor es un fenómeno biopsicosocial (Anand y Craig, 1996). Si bien la manera de tratarlo en la mayoría de las ocasiones, no se corresponde con esta concepción. Los tratamientos de elección se basan casi exclusivamente en principios biomédicos (Moix, 2009), que cuando no ofrecen resultados se descartan para dar interpretaciones de tipo psicológico y explicar la dolencia, lo cual es experimentado por la persona con gran malestar, pues se insinúa de su mala salud mental como causa del dolor.

En este sentido, la investigación psicológica del dolor ha fluctuado en relación al paradigma dominante en cada momento. Hasta el punto en que actualmente confluyen aportaciones desde diversas perspectivas como la Medicina Psicosomática, Medicina Conductual y la Psicología de la Salud (Keefe, et al., 2002). Inicialmente los Modelos Operantes intentaron explicar los procesos del dolor crónico, las llamadas *conductas de dolor*, hasta la aparición del Enfoque Cognitivo Conductual que intenta completar las aportaciones de los primeros y el Modelo Transaccional del Estrés (Esteve, 2003). Las áreas de interés han sido la personalidad dolorosa, patológica o no, entendida como rasgos o como procesos (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002); las conductas de dolor (Dickens, Jayson, & Creed, 2002; Loefvander & Furhoff, 2002); o más recientemente, los procesos cognitivos (Cano García, 2000; Comeche, Díaz, & Vallejo, 1999; Passchier, 2003).

Asimismo también se ha relacionado a las personas con fibromialgia con un tipo determinado de personalidad, con elevadas puntuaciones en neuroticismo que podrían estar actuando de forma patogénica favoreciendo la aparición de la enfermedad (Besteiro, et al., 2008; Haspel-Johnson, 2003; Martin-McCallen, 1998), apareciendo como rasgos más destacados, los límites, obsesivos e histriónicos (Mayorga, et al., 2010), mostrando que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y determinados rasgos de personalidad (Ramírez, 2001). Por otra parte, se evidencia que estas personas desarrollan un rendimiento cognitivo inferior a los controles sanos (Wentz, Lindberg, & Hallberg, 2004), y que este rendimiento se vincula de forma significativa con la ansiedad (Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese, & Reverter-Masía, 2008).

Los resultados de otras investigaciones sugieren que acontecimientos traumáticos y eventos negativos en la vida de personas con fibromialgia estarían en la génesis de la

dolencia (Smith. B, Papp. Z, Tooley. M, Montague. E, Robinson. A, y Cospes. C, 2010; Paterna Bleda, Martínez Martínez, Pastor Mira, & Martín-Aragón Gelabert, 2003) y que un tratamiento adecuado para resolver ese trauma podría ser también muy beneficioso (Lumley, et al., 2008).

En la fibromialgia, las creencias, los estilos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, la estabilidad emocional, la tensión emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social van a tener una influencia relevante en el paciente. Si bien no parece haber un solo tratamiento completamente eficaz para la fibromialgia (Ehrlich, 2003), aquellos que han mostrado una elevada eficacia son multimodales (Masi, 1990) en los que se tiene en cuenta tanto al dolor, como a la capacidad funcional, el estrés psicológico y otros síntomas de la enfermedad (Munguía, 2007).

Los tratamientos psicológicos más utilizados hasta el momento son los cognitivo-conductuales, por su evidencia empírica, que muestra como los pacientes experimentan una mejora en su calidad de vida (Amaro, Martín, Antón, Soler, & Granados, 2006) y en la sensibilidad al dolor (Bosch, 2002), la fatiga física y la depresión (Goldemberg et al., 2004), así como complemento del resto de intervenciones, pues genera una mayor adhesión a los tratamientos (Williams, Cary, Groner, Chaplin, Glazer & Rodríguez, 2002), lo cual puede ayudar a una mejor comprensión y atención de estas personas (Górriz Herranz, Garrido Landívar, Andueza Azcárate, & Martínez Mazo, 2001; Górriz Herranz, Garrido Landívar, Andueza Azcárate, Martínez Mazo, & Echeverría Zunzarren, 2006; Johnson, 2008). Asimismo la inmediatez de resultados en estas terapias breves permite acortar las intervenciones a un intervalo de entre 10 y 20 sesiones (Bennet, 2006) con el consiguiente ahorro en coste de salud pública. Las intervenciones grupales se muestran más efectivas que las individuales (García-Campayo, et al, 2005).

Estos tratamientos, aun cuando han demostrado su validez, no están disponibles en todos los contextos comunitarios o sanitarios y son susceptibles de mejora. Por esto se hace necesario buscar evidencia científica sobre alternativas terapéuticas, que aporten resultados más satisfactorios. Es decir que sean más eficientes, por tanto con un menor coste y aversión experimentada por la persona, y que sean más eficaces, por ejemplo aumentando la eficacia de los tratamientos ya eficaces (Capafons, 2001). En este sentido la hipnosis aparece como un complemento terapéutico que cumple estos requisitos y que está mostrando su utilidad en la mejoría de pacientes con fibromialgia (Martínez-Valero et al., 2008 y Martínez et al., 2006) y aportando superiores resultados que las intervenciones cognitivo-conductuales, que no incluyen entrenamiento autógeno o relajación por sugestión, cuando se incorpora a las mismas (Castel et al, 2009; Kessler et al., 2003 y Patterson et al., 2003). Incluso modalidades de hipnosis como es la hipnosis ericksoniana se han mostrado útiles en la reducción de los puntos de dolor en personas con fibromialgia (Álvarez-Nemegyei, et al., 2007)

La hipnosis como medio para combatir el dolor se encuentra entre los recursos más antiguos citados en la historia de la analgesia (Miró, 2003). Aunque en las últimas décadas se ha producido un notable interés por el empleo de las técnicas de hipnosis en el abordaje del dolor, donde está mostrando sus beneficios (Barber, 2000). Hasta el punto de que los resultados de meta-análisis de estudios bien controlados (Montgomery et al, 2000) apoyan su consideración como tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado en el manejo del dolor. Donde además del beneficio analgésico se muestra útil en el manejo de la ansiedad, la mejora del sueño y la mejora en la calidad de vida (Jensen et al., 2006). Y con la ventaja añadida de que además no presenta efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas y disminuye el gasto de medicación

asociado a los tratamientos médicos habituales (Hammond, 2007). Otros estudios que comparan la hipnosis con la relajación en el manejo del dolor crónico muestran la superioridad de esta en la reducción de la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial (Castel, Sala, Padrol y Rull, 2009).

La hipnosis supone un procedimiento de comunicación donde a través de una serie de mensajes, sugerencias, el terapeuta sugiere a la persona que experimente una serie de cambios a nivel sensorial, perceptual, cognitivo y sobre la conducta (APA, 1993). Dentro del proceso hipnótico las técnicas de inducción facilitan una serie de cambios en las características de las personas favoreciendo las expectativas de éxito de la terapia, un aumento de la sugestionabilidad, la motivación dirigida a los contenidos, también un aumento de las sensaciones subjetivas de relajación y mayor realismo y viveza en la imaginación, así como una mayor implicación emocional en el contenido de las sugerencias (Ordí, 2001). La autohipnosis consistiría en el procedimiento de aceptar y auto-aplicar voluntariamente las sugerencias (Caprio, 1999).

La analgesia hipnótica consistiría en el empleo de sugerencias específicas para el alivio o reducción del dolor, tanto en una dimensión afectiva como sensorial (Barber, 2000). En el meta análisis llevado a cabo por Montgomery et al., (2000) encontraron que la analgesia hipnótica era útil al 75% de las personas estudiadas y que había una relación significativa entre grado de sugestionabilidad previo y beneficios de la hipnosis para eliminar el dolor. Así las personas poco hipnotizables consiguen reducir sus molestias, posiblemente por el componente relajante de las sugerencias, mientras que las más hipnotizables consiguen, además, reducir la dimensión emocional del mismo gracias a los componentes relajantes y atencionales/desatencionales (Crawford, 1999). Otros estudios que pretenden analizar la relación entre las respuestas subjetivas y las fisiológicas a las

sugestiones recibidas, muestran como la dimensión sensorial (intensidad dolor) cuando se reducía no encontraba correspondencia con la respuesta psicofisiológica de activación autonómica (Ordí, 2005) y la explicación parece residir en el tipo de sugestión que se utiliza, consiguiendo una mayor descenso de la respuesta fisiológica, concretamente tasa cardiaca y presión sanguínea (Rainville et al., 1999) y conductancia de la piel (De Pascalis et al., 1999) cuando las sugestiones inciden en la dimensión afectiva del dolor. Desde una perspectiva neurofisiológica de la analgesia hipnótica, esta implicaría diversas estructuras corticales y subcorticales (Crawford, 1999) provocando un proceso inhibitorio activo de la intensidad nociceptiva percibida, en el sufrimiento asociado y estimulando, como consecuencia, una mayor tolerancia al dolor.

En base a todo lo anterior, para este estudio hemos escogido una intervención basada en el entrenamiento en autohipnosis para el manejo del dolor en personas con fibromialgia. Intervención que se inserta en un programa de afrontamiento cognitivo-conductual. El procedimiento propone dos vías conjuntas de aprendizaje: un entrenamiento grupal guiado (heterohipnosis), a lo largo de 4 sesiones de 2 horas de duración cada una y repartidas en cuatro semanas y entrenamiento individual diario (autohipnosis) en casa con la guía de una grabación adaptada. Se trata de que la persona afectada por la fibromialgia desarrolle habilidades de autosugestión para generar una respuesta de analgesia hipnótica en ausencia de profesionales de la salud y fármacos, convirtiéndose, por tanto, en un eficaz recurso de prevención de recaídas y autogestión de la salud.

El entrenamiento se lleva a cabo en un ámbito asociativo, por lo que el formato de será grupal, lo cual ayuda a facilitar el trabajo, por su dinamismo y modelado, a personas que a priori o bien muestran poca sugestionabilidad o están susceptibles al uso de la

hipnosis. Esperamos encontrar respuestas que muestren un valor añadido a la intervención psicológica, una mayor efectividad de este tipo de intervenciones, aportando a las personas con fibromialgia mayor autonomía de los servicios de salud y un mejor manejo de su experiencia de dolor crónico. Asimismo que este tipo de experiencia se pueda generalizar a contextos sanitarios (atención primaria, unidades del dolor, etc.) y asociativos que lo incorporen en sus propuestas de intervención.





# **PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA**



## **1. Introducción Teórica al Estudio del Dolor**

---

## 1.1 Introducción

La OMS (2000) considera el dolor como un componente fundamental del sistema de defensa del organismo pues impulsa a la persona a buscar alivio ante el estímulo aversivo que experimenta. La *International Association for the Study of Pain (IASP)*, define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño (Merskey & Bogduk, 1994). Es una experiencia universal (Kleinman et al, 1992) presente en todos los seres humanos, esencial para la supervivencia (Turk y Melzack, 2011) y a la vez una experiencia privada y subjetiva (Pincus y Sheikh, 2009), el dolor es por tanto una experiencia multidimensional que está influenciada por factores biopsicosociales. Y supone la causa más común de enfermedad o daño por la que se solicita asistencia médica (Sauver et al., 2013). La experiencia del dolor y su significado parece cambiar a través de situaciones y culturas, así como a través del tiempo, en este sentido los estudios demuestran la existencia de diferencias en los umbrales de percepción del dolor (Curtis, 2000; Miró, 2003). No obstante esta definición de la IASP, aun consensuada, obvia la existencia del llamado dolor patológico o de origen central (Møller, 2012), provocado por cambios en el SNC y muy asociado a los síndromes de dolor crónico.

Igualmente la definición de la IASP enfatiza el valor de la dimensión afectiva en el dolor, como un componente intrínseco al mismo, sin embargo no se le ha dado la relevancia que realmente conlleva. Su capacidad para dirigir la atención y controlar otros procesos cognitivos es una característica básica del mismo (Chapman y Nakamura, 1999). De manera específica se estima que en la población española el dolor alcanza unos porcentajes del 17% de la población adulta, por encima de los 6 millones de personas

(Langley et al., 2011), y en la población infantil de entre 8 y 16 años, al menos el 37% sufre algún tipo de dolor crónico (Huguet, A., y Miró, J. 2008).

El dolor puede clasificarse en relación a varias dimensiones y estas incluyen diferentes tipos de dolor. Así se cataloga según su etiología (orgánico, traumático, etc.), localización (cervical, lumbar, etc.), también según su ocurrencia (fluctuante, continuo, etc.) y duración.

## **1.2 Dolor Como Proceso Multidimensional**

La conceptualización del dolor como un proceso multideterminado y multidimensional ha sido uno de los avances más importantes en su estudio durante el S.XX (Miró, 2003), pues conllevó el cambio en su estudio, evaluación y abordaje. Esta evolución se da a raíz de la aparición de la *Teoría de la Puerta de Control del Dolor* (Melzack y Wall, 1965), considerada la principal teoría multidimensional del dolor. Estas dimensiones características del dolor son tres: *Sensorial discriminativa*, *motivacional-afectiva* y *cognitivo-evaluativa*.

Los autores proponen la existencia de unos complejos mecanismos neurofisiológicos, ubicados en la sustancia gelatinosa, que tendrían como objetivo modular la transmisión de los impulsos aferentes, y que actuarían como una compuerta permitiéndolos o bloqueándolos, el efecto de esto es la existencia o ausencia de dolor. La modulación de los impulsos aferentes depende de la actividad de las fibras A-beta (fibras gruesas) y las fibras A-delta (fibras finas) en el interior de la médula espinal, que llevan los impulsos a diferentes estructuras cerebrales (hipotálamo, tálamo y córtex cerebral principalmente). La actividad de las fibras gruesas cerraría la compuerta mientras que las fibras finas la abrirían. De igual manera los impulsos descendentes, provenientes del

córtex actuarían como moduladores, así episodios emotivos de cierta intensidad como crisis de ansiedad, o prestar más atención al dolor, facilitarían la apertura de la puerta, en sentido contrario eventos como la distracción o la relajación, posibilitarían su cierre. Esta modulación se lleva a cabo además por la intervención de tres sistemas superiores implicados y relacionados con las distintas dimensiones:

1. Sistema Sensorial-Discriminativo que es el encargado de procesar la información relativa a la localización, intensidad y duración del estímulo.
2. Sistema Motivacional-Afectivo que se encarga de procesar el estímulo como desagradable y aversivo y favorece la aparición de la respuesta de lucha/huida.
3. Sistema Cognitivo-Evaluativo, este sistema integra y modula los dos anteriores.

### **1.3 Dolor Según Criterios Temporales**

Posiblemente la más interesante clasificación del dolor sea según sus criterios temporales, en este sentido se distingue entre dolor agudo y dolor crónico (Miró, 2003). Chapman (1984) definió el dolor agudo como un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, emocional y mental y de ciertas respuestas de orden autonómico, psicológico, conductual, provocadas por una herida, por una lesión en los tejidos o como consecuencia de una inflamación. Según la definición de la IASP, el dolor agudo se identifica precisamente con el síntoma que sirve de señal para avisar de un daño potencial, facilitando la integridad y supervivencia del organismo. Este valioso recurso ha sido preservado filogenéticamente desde comienzos de la evolución (Williams, 2002). Es un dolor limitado en el tiempo, de aparición reciente y suele ser más intenso al comienzo de su aparición. Posee un importante valor biológico asociado a la supervivencia del

individuo, por cuanto actúa como señal de alarma, como ya se ha indicado. Tras este momento inicial, si se mantiene en el tiempo más allá de la reparación del daño físico, pierde su finalidad, cronificándose.

En contraposición al dolor agudo, el dolor crónico ha sido definido como “aquel dolor que persiste más allá del periodo de curación, en torno a los tres meses, y cuyo valor biológico es discutible” (Ospina y Harstall, 2002). Ante todo es un dolor persistente que no responde a los tratamientos médicos habituales (Portenoy y Kanner, 1982). El dolor crónico ha perdido su función adaptativa, por tanto en sí mismo es un trastorno y debe ser entendido de manera distinta al proceso puramente fisiológico del dolor agudo (Flor, 2001). Y es uno de los trastornos que más afectan a las personas por las repercusiones que tienen en su vida, a nivel emocional, social, laboral y familiar, acompañándose en muchos casos de síntomas asociados como trastornos del estado de ánimo y ansiedad, entre otros (Torralba et al., 2014).

## **1.4 Dolor Crónico**

Se considera dolor crónico aquel que persiste más de tres meses (Pedrajas y Molino, 2008). De manera general, al hablar de dolor crónico se hace referencia a situaciones en las que resulta complejo identificar el daño físico o lesión que mantiene el dolor, o en los que la alteración es principalmente funcional y está relacionada con los sistemas de regulación del organismo (Vallejo y Comeche, 1994). Esta forma de dolor no posee ni se le reconoce ningún tipo de valor adaptativo para la persona a diferencia del dolor agudo. En función de la gravedad de la patología base se suelen distinguir dos tipos de dolor crónico, un dolor crónico benigno asociado a enfermedades benignas no relacionadas con cáncer, y un dolor crónico progresivo o maligno, secundario a procesos malignos (Miró,

2003). No obstante, más allá de las etiquetas ambos tipos conllevan un importante grado de incapacidad y sufrimiento. El dolor crónico muestra diferentes modos de presentarse, de una manera continua como el dolor de espalda y también episódica como puede ser la migraña.

Según el estudio Pain in Europe, uno de cada cinco europeos (17%) sufre dolor crónico (Breivik et al., 2006) siendo la prevalencia en España de una persona por cada seis, aproximadamente el 17% de la población (Langley et al., 2011). El tiempo medio de padecimiento del dolor crónico encontrado en este estudio fue de 7 años y una de cada tres personas lo sufre 24 horas al día, todos los días. Los niveles más bajos de gestión del dolor reportados se encuentran en España y Finlandia. Igualmente se ha encontrado una estrecha relación entre dolor crónico y trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Concretamente nuestro país se observa el porcentaje más elevado de personas con dolor crónico y depresión, el 29% (Breivik et al., 2006). La prevalencia varía según las características tales como edad, sexo y La ubicación geográfica que incluso ofrece una visión de la posible etiología (Mansfield et al; 2016)

En la actualidad no hay una especialidad sanitaria concreta de dolor crónico lo que supone que su abordaje se realice por diferentes disciplinas, esto menoscaba la atención recibida por parte del paciente, pues no suele recibir un diagnóstico precoz ni un tratamiento adecuado, situación que incrementa los costes que genera (Phillips, 2006). Siendo un importante problema de salud, la mayoría de las formas de dolor crónico son mal entendidas y por su gravedad mal gestionadas (Turk y Melzack, 2011). El dolor crónico afecta de manera intensa a la persona y a diferentes áreas de su vida como son su entorno social y familiar (Souza et al., 2011) su capacidad para trabajar y para generar recursos económicos (Langley et al., 2011). La iniciativa denominada Pain Proposal

(Torralba et al., 2014) puso de manifiesto en nuestro entorno que en una escala de 1-10 los pacientes españoles puntuaban 6,3 en el impacto del dolor crónico en las actividades diarias, y que el 27% de los encuestados se sentían socialmente aislados.

El tratamiento exitoso del dolor crónico solo es posible si se tienen en cuenta todos los factores implicados que modulan su experiencia y discapacidad (Turk y Okifuji, 2002).

### **1.4.1 Variables Psicológicas en el Dolor Crónico**

La reconceptualización de la experiencia dolorosa a raíz de la aparición de la *Teoría de la Compuerta* (Melzack y Wall, 1965) y su posterior formulación en la *Teoría de la Neuromatriz* (Melzack, 1996), aporta relevancia a las variables psicológicas como la personalidad, las conductas de dolor o las conductas de afrontamiento en el estudio y abordaje del dolor crónico (Rodríguez Franco et al., 2000). Esta importancia de factores psicológicos en la adaptación al dolor se ha constatado en numerosos trabajos (Truyols et al., 2008), pues estos condicionan en gran medida la vivencia particular del dolor crónico (Penzo 1989; Gatchel y Weisberg, 2000), y participan en su desarrollo y mantenimiento (Flor y Turk, 2006). Entre las variables de importancia, diversos estudios resaltan los factores cognitivos (Turk et al., 1983), la forma en que el entorno reacciona cuando se muestran las conductas de dolor (Flor et al., 1989; Romano et al., 1995), el estilo y estrategias de afrontamiento al dolor (Anarte et al., 2001; Soucase et al., 2005; Esteve et al., 2007), la evaluación cognitiva (Soucase et al., 2005; Herrero et al., 2008), algunos tipos de creencias (Camacho et al., 2001; Johansen, 2008) y el locus de control (Martín-Aragón et al., 2001). También se ha encontrado que los pacientes con FM tienen mayores niveles de alexitimia y dificultad de relación con el propio cuerpo, en comparación con



otras enfermedades e incluso sin enfermedad, lo que indica un mayor nivel de morbilidad entre los pacientes (Romagnolli et al; 2016).

Las personas con dolor crónico experimentan trastornos emocionales como depresión y ansiedad, aunque también fuertes sentimientos de cólera y hostilidad (Okifuji et al., 1999). Algunos autores describen antecedentes psicopatológicos en la familia de origen, siendo los que aparecen con más frecuencia los trastornos depresivos y adicción al alcohol (APA, 1995). Se considera precisamente que las respuestas de ansiedad y depresión ayudan a mantener y exacerbar el dolor crónico por lo que se justifica la importancia en su evaluación y tratamiento (Dresh et al., 2002). Si bien dentro del dolor el concepto de resiliencia ha surgido como un factor determinante para el éxito en el dolor a largo plazo, y dentro de esta la autoeficacia y aceptación se han mostrado como las variables que mejor predicen un ajuste positivo (Sahar et al; 2016)

### **1.4.2 Abordaje Psicológico en el Dolor Crónico**

La historia del tratamiento del dolor hunde sus raíces miles de años atrás, su estudio es tan antiguo como la propia humanidad y en esta historia son numerosos los ejemplos que podemos considerar psicológicos (Miró, 2003). La psicología como ciencia ha estado presente en su abordaje desde su concepción moderna. A esto ayudó el hecho de que ya existían tratamientos psicológicos bien establecidos en otros ámbitos de intervención, lo cual fue un recurso que se pudo integrar en el abordaje multidisciplinar del dolor crónico (Vallejo, 2005). A día de hoy el principal abordaje del dolor crónico se realiza a través de las unidades multidisciplinarias de dolor, insertas en unidades hospitalarias, donde la presencia de diversos especialistas, entre ellos los propios de la psicología, converge con

otros para abordar esta experiencia tan compleja, recogiendo así las recomendaciones del IASP (1990) y las evidencias que los estudios al respecto manifiestan (Flor et al., 1992).

Como se ha evidenciado la persistencia del dolor en el tiempo está asociada a determinados cambios funcionales y estructurales en el SNC (Montoya y Larbig, 2006) por lo que las intervenciones terapéuticas que se desarrollen han de encaminarse al alivio de las consecuencias a largo plazo de estos cambios, reduciendo el padecimiento del dolor (Montoya, 2015). En este sentido, primero con la medicina conductual y después con la psicología de la salud, los tratamientos psicológicos en dolor crónico se imponen a los psiquiátricos, por dos razones fundamentales. En primer lugar el paciente de dolor crónico no es un paciente con un problema psicopatológico en sí mismo, más bien éste es consecuencia a su trastorno de dolor, y en segundo lugar no se trata de “curar” a la persona, sino de ayudarle a sobrellevar, adaptarse en las mejores condiciones al padecimiento de su trastorno de dolor, ayudando a evitar su agravamiento e impacto en la persona y su entorno social (Vallejo, 2005).

En este sentido, los tratamientos psicológicos que han sido más estudiados y que muestran mayor evidencia de eficacia son los tratamientos cognitivo-conductuales (Chou y Hoyt, 2007; Hoffman et al., 2006). Básicamente ha habido tres perspectivas principales que convergen (Van-Der Hofstadt et al, 2001). Una desde lo fisiológico, como el entrenamiento en relajación y el uso de biofeedback centrados en la gestión de factores fisiológicos. Una segunda desde el condicionamiento operante y centrada en las conductas de dolor cuyo objetivo es su modificación por conductas más adaptativas. Y una tercera y última de orientación cognitivo-conductual, que busca modificar los factores afectivos y cognitivos asociados a la experiencia de dolor. A estas tres se añade una nueva perspectiva conocida como *terapias de tercera generación*, perspectiva que se separa del

enfoque cognitivo-conductual, pues no trata principalmente de cambiar los contenidos de los pensamientos, sino la relación que tiene el consultante con sus pasamientos y su experiencia como un todo (Claessens, 2010). Entre estas se incluyen la terapia de aceptación y compromiso (Moix y Casado, 2010), terapias cognitivas basadas en mindfulness y terapia analítica funcional que cuentan ambas con una mayor base empírica en psicología de la salud tras la TAC (Uribe, 2012).

Entre las estrategias más habituales empleadas se encuentran:

1. Entrenamiento en relajación. Se fundamenta en que el dolor provoca tensión y ansiedad, y esto a su vez más dolor, la relajación ayudaría a romper este círculo vicioso. Siendo las más utilizadas el entrenamiento autógeno, la relajación muscular progresiva y la imaginación guiada (Bernstein et al. 2000; Turner and Romano 2001). Sus objetivos son enseñar a la persona a gestionar su nivel de activación emocional, reducir sus niveles de tensión muscular, la cual exacerba y mantiene el dolor, incrementar el sentimiento de autogestión y facilitar la adherencia al tratamiento (Philips, 1988), asimismo incide en la mejora del sueño y su uso viene determinado por su utilidad clínica (Miró, 1991).
2. Biofeedback. La utilización del biofeedback en el campo del dolor se basa en la premisa de que este puede estar causado por disfunciones de los sistemas naturales de regulación fisiológica, por tanto esta técnica tendría como objetivo restablecer la auto-regulación (Moix y Casado, 2011). Consiste en dotar a la persona de cualquier información sobre sus respuestas psicofisiológicas y que le permita una adecuada gestión de las mismas. Esto se consigue mediante el uso de instrumentos y monitores, y el hecho de poder controlar funciones y respuestas autónomas es una aportación fundamental de esta técnica (Miró, 2003). Una de las respuestas

que más se trabaja es la electromiografía (EMG) y la retroalimentación de la temperatura (Jessup y Gallegos 1994; Schwartz 1995; Arena y Blanchard 2002). Su uso no se aconseja como tratamiento esencial sino como ayuda dentro de un tratamiento global (Gardea et al., 2001).

3. Hipnosis. En una reciente revisión sistemática (Bernardy, et al., 2011) concluyeron que el análisis cuantitativo de los resultados apoya que la hipnosis así como las imágenes guiadas fueron eficaces para aliviar el dolor y problemas para dormir. Como medio para combatir el dolor es de las técnicas más antiguas que se conocen y su uso se basa en que el dolor constituye una experiencia muy compleja donde emociones, pensamientos y conductas interactúan entre sí, y en los que la hipnosis puede provocar cambios (Jensen y Patterson, 2006). Existen diferentes procedimientos dentro de esta técnica (Barber, 2000) pero básicamente persiguen la eliminación, desplazamiento, reducción o modificación de las sensaciones de dolor (Syrjala y Abrams, 2002). Al igual que el biofeedback se recomienda su uso como coadyuvante de otros tratamientos.
4. Tratamientos sobre la base de contingencias. Las técnicas operantes no persiguen reducir el dolor, su objetivo se centra en mejorar la funcionalidad del paciente, para ello busca reducir o eliminar las conductas de dolor, la ingesta abusiva de medicación, la queja continua, en definitiva modificar las contingencias que mantienen las conductas de dolor y aumentar las conductas sanas incompatibles con el mismo (Vallejo, 2005). Este tipo de abordajes muestran una reducción del dolor y de la incapacidad de la persona, lo cual justifica su utilización (Jolliffe y Nicholas, 2004).

5. **Tratamientos Cognitivos-Conductuales.** Las técnicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas y han mostrado su eficacia (Lamb et al., 2010; Eccleston et al., 2009; Lunde et al., 2009). Tienen su origen en la técnica de *inoculación del estrés* para el tratamiento del dolor crónico (Turk et al., 1983). Y estos tratamientos tienden a ser más un abordaje multicomponente que puramente cognitivo (Vallejo, 2005) entre estos destacan las autoinstrucciones y el uso de la imaginación para modificar el contexto (vallejo, 2001). Sus objetivos persiguen aportar información precisa sobre la dolencia, ayudar a la persona a reconceptualizar el problema y entrenar en el uso de distintas técnicas de afrontamiento (Turk y Okifui, 2002).
  
6. **Terapia de Aceptación y Compromiso.** Más que ser una terapia o una variedad de técnicas psicológicas la TAC se constituye como una perspectiva o un punto de vista diferente para comprender y abordar la problemática que enfrenta el paciente (Yovel, 2009). La TAC busca generar flexibilidad psicológica en los pacientes, a través de seis procesos o habilidades psicológicas (Hayes et al., 2005): aceptación, contacto con el momento presente, valores, *defusión* cognoscitiva, compromiso con la acción y Yo como contexto. Si bien la TAC no se muestra superior a la TCC en el abordaje del dolor crónico se postula como una opción válida (Veehof et al., 2011)
  
7. **Mindfulness.** Ha sido adoptado como una aproximación para incrementar la conciencia y responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al distress emocional y al comportamiento desadaptativo (Bishop et al., 2004). En un estudio reciente (Van Gordon et al., 2015) encontraron que los participantes experimentaron mejoras en su bienestar. Aunque un pequeño número de

participantes específicamente reportaron reducciones en la intensidad del dolor y su frecuencia. Es una técnica aliada de las terapias de tercera generación que incorpora al modelo de cambio de conducta y/o pensamiento, el de aceptación de aquello que no se puede cambiar en la vida (Lavilla, Molina, & López, 2008) enfatizando la importancia del momento presente. Su eficacia tiene un efecto positivo de pequeño a moderado en la reducción del dolor, severidad de los síntomas, depresión y calidad de vida (Lakhan y Schofield, 2013).

8. Psicoterapia analítica funcional (PAF). Permite enfocarse en aspectos de la experiencia privada del paciente, abordar la dimensión interpersonal aclarando la función del dolor en situaciones de confrontación y afrontar el estigma social del paciente con dolor crónico, que puede afectar por ejemplo su desempeño laboral (Vandenberghe y Ferro, 2005). Si bien se ha criticado que no hay suficiente evidencia para argumentar su validez (Öst, 2008), la división 12 de la APA incluyó a la PAF en su lista de terapias empíricamente validadas (Gaudiano, 2012).

## 1.5 Recomendaciones IMMPACT

Desde el desarrollo del Modelo Multidimensional del Dolor (Melzack y Wall, 1965) y la conceptualización del dolor como una manifestación multidimensional (IASP, 1994), se ha venido investigando y evaluando al paciente con dolor desde estos criterios abordando la complejidad de todos los elementos implicados. De este modo se crea la Iniciativa sobre Métodos, Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos, IMMPACT (Turk et al., 2003). Conformada por especialistas de diversas áreas de estudio del dolor (psicología, neurología, cirugía, anestesiología, bioestadística, farmacología clínica, psiquiatría, traumatología, etc.).

La iniciativa IMMPACT establece que toda persona con dolor crónico ha de ser evaluada en tres niveles:

- Nivel fisiológico: Incluiría todas las medidas fisiológicas y neurofisiológicas
- Nivel comportamental: Referido a las estrategias de afrontamiento, tipo de consultas a profesionales, actitudes frecuentes ante el dolor, etc.)
- Nivel subjetivo: Centrado en la percepción particular que el paciente tiene de su experiencia de dolor, el significado que le da así como las emociones relacionadas con dicha percepción, (Dworkin et al., 2005).

Para el desarrollo de la iniciativa IMMPACT fue convocado un grupo de 27 participantes del mundo académico, de la industria farmacológica, una organización de autoayuda y agencias gubernamentales, con dos objetivos fundamentales de trabajo. Por una parte desarrollar recomendaciones generales para determinar cambios, clínicamente importantes en las medidas de resultado de dolor crónico, y por otra, proponer puntos de

referencia para identificar dichos cambios. Se utilizaron diez criterios para el desarrollo de este trabajo: (1) La oportunidad del contenido de la medida y el modelo conceptual (2) La fiabilidad (3) La validez (4) La capacidad de respuesta (5) La interpretabilidad (6) La precisión de la puntuaciones (7) El encuestado y la aceptación del administrador (8) El demandado y el administrador de la carga y la viabilidad (9) La disponibilidad y la equivalencia de formas alternativas y métodos de administración (10) la disponibilidad y la equivalencia de las versiones para diferentes culturas y lenguas. Y los elementos que se utilizaron para interpretar cambios producidos en el dolor crónico fueron los siguientes:

- Intensidad del dolor, mediante escala analógica visual de 0 a 10.
- Funcionamiento físico a través de la Interference Scale of the Multidimensional Pain Inventory (MPI) o mediante la Interference Scale of the Brief Pain Inventory (BPI).
- Funcionamiento emocional mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Profile of Mood States (POMS)
- Las puntuaciones de los participantes en cuanto a su impresión subjetiva sobre mejora global a través del Patient Global Impressions of Change Scale (PGIC)

Una vez realizada la evaluación el tratamiento de elección es acorde a las necesidades particulares detectadas. Desde los tratamientos psicosociales hay una serie de objetivos que resultan fundamentales, entre ellos: Facilitar la gestión de la activación fisiológica o el nivel de tensión relacionado con el dolor, redefinir los significados de la experiencia de dolor para ayudarle a la adaptación, reorientar las conductas que facilitan o mantienen la sintomatología por conductas de afrontamiento activo, atender a la familia



y sus necesidades, asesorándola respecto del cuidado y atención a la persona con dolor crónico (Dworkin, et al., 2008).

Como resultado del aumento de los ensayos clínicos, con el paso del tiempo la iniciativa IMMPACT ha ido actualizando sus recomendaciones para el diseño de investigaciones desde el punto de vista metodológico, aumentando así su sensibilidad y consiguiendo con las evaluaciones resultados más precisos y significativos, redundando esto en conclusiones más certeras

DOMINIO	ESCALA DE MEDIDA	CAMBIO	TIPO DE MEJORA
<b>Intensidad Dolor</b>	Escala Numérica (ENV)	12-20% Disminución	Mínimamente Importante
		30% Disminución	Moderadamente Importante
		50% Disminución	Sustancial
<b>Funcionamiento Físico</b>	Multidimensional Pain Inventory Escala de Interferencia (MPI)	Punto de Disminución 0,6	Clínicamente Importante
	Brief Pain Inventory (BPI)	1 Punto de Disminución	Mínimamente Importante

<b>Funcionamiento Emocional</b>	Beck Depression Inventory (BDI)	5 Puntos de Disminución	Clínicamente Importante
	Profile of Mood States (POMS) -Perturbación Total del Humor -Subescalas específicas	10-15 puntos de disminución  2-12 puntos de disminución	Clínicamente importante  Clínicamente Importante
<b>Evaluación Global de la Mejoría</b>	Patient Global Impression of Change (PGIC)	Mínimamente mejorado	Mínimamente Importante
		Ha mejorado Mucho	Moderadamente Importante
		Muy Mejorado	Sustancial

**Tabla 1.** Puntos de referencia para interpretar los cambios en el dolor crónico, según la propuesta

IMMPACT-IV. Fuente Dworking et al; 2008



## **2. Síndrome de Fibromialgia**

---

## 2.1 Introducción

La fibromialgia ha adquirido en los últimos años una gran importancia debido a una alta prevalencia en la población general, al insuficiente conocimiento sobre las causas y mecanismos que la producen, a la ausencia del tratamiento curativo y a la insatisfacción de los pacientes y los profesionales en su abordaje actual (Rivera et al., 2006). La FM es un Síndrome plurisintomatológico, se han encontrado y descrito un rango suficientemente amplio de síntomas que pueden englobarse bajo la etiqueta FM (Johansson et al., 2009; Choy et al., 2010). Al incluir otros signos o síntomas junto a los de naturaleza musculoesquelética, tanto la definición como el significado y, sobre todo, el significado de la enfermedad cambian, produciéndose la incorporación del término *síndrome* junto al de Fibromialgia SFM (Ortega, 2012). En este trabajo usaremos indistintamente uno u otro término para evitar la redundancia.

Si bien sus orígenes se remontan a mediados del siglo XIX cuando se hace la descripción del primer cuadro clínico, dentro de un grupo de reumatismos musculares denominado reumatismo tisular, será en los comienzos del Siglo XX cuando se diagnostica bajo el nombre de fibrositis. El Dr. William R. Gowers, en un artículo que publicó en 1904, propuso este nombre al observar una inflamación de los tejidos, a una condición que asociaba al lumbago con dolores en los brazos (García, Ferrán J; Cusco Segarra, Anna María; Poca Días, Violant, 2006). En 1936 el Dr. Khaler Hench niega el origen inflamatorio de la enfermedad y le atribuye causas psicógenas. Desde entonces su estudio y comprensión no han parado en una continua cascada de datos y afirmaciones sobre la misma. Ya en 1960, Moldfosky pone de manifiesto que las personas con SFM muestran dificultades para alcanzar la fase IV del sueño por ondas alfa, siendo este el primer dato establecido en laboratorio (Ballina, García, Martín, Iglesias y Cueto, 1995).

En 1968, Kraft, Johnson y Kabam, establecen criterios diagnósticos basados en los puntos sensibles, si bien no será hasta el año 1975 cuando se acuñe el término Fibromialgia, por el Dr. Khaler Hench, sustituyendo al de fibrositis, pues no se aprecia inflamación de los tejidos. En 1983 Yunus propone una clasificación de la FM, de manera que establece 4 posibilidades:

- a) Localizada o Regional: donde los puntos de dolor a la presión están localizados en zonas específicas.
- b) Primaria: caracterizada por dolor generalizado y puntos de dolor extensibles por todo el cuerpo sin poder relacionarlos con otra patología.
- c) Secundaria: los síntomas de la FM están asociados a otro cuadro clínico, por ejemplo la artritis reumatoide (AR).
- d) Concomitante, que se caracteriza por la presencia de sintomatología concomitante de la FM, pero no relacionada con otra patología que por sí cause dolor, por ejemplo la presencia de traumatismos.

El reconocimiento oficial de la enfermedad y su consenso tendrá lugar en 1990 por parte del Colegio Americano de Reumatología, que establece sus criterios diagnósticos (Wolfe et al. 1990). Y dos años más tarde en 1992 será la Organización Mundial de la Salud, incluyéndola en su manual diagnóstico CIE-10 con el código “M79.0. Reumatismo Especificado” (Kurtze et al., 1998). En 1994 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) le otorga el código X33.X8a.

En la actualidad la FM se define como un trastorno de la modulación del dolor caracterizado por un cuadro de dolor crónico generalizado y musculoesquelético,

benigno, de origen articular y causa desconocida. Existen varios factores que aumentan la susceptibilidad a ella Incluyendo infecciones, tales como virus de Epstein-Barr, enfermedad de Lyme, fiebre Q y la hepatitis viral (Dolan, et al; 2016). También se sugiere que factores medioambientales interactuando con cierta predisposición genética estarían en la base de su aparición (Pugliese et al., 2015). El paciente puede expresar dolor en cualquier parte del cuerpo, aunque generalmente suele ser por encima de la cintura. En mayor porcentaje en región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica (Wolfe y Cathey, 1983). Siendo el dolor generalizado el síntoma principal otro numeroso grupo de manifestaciones pueden acompañarle como son, trastornos del sueño, fatiga, cefaleas tensionales, rigidez articular, disfunciones cognitivas, depresión y ansiedad (Baumstark y Buckelew, 1992). Se trata de un síndrome en el que los síntomas somáticos son comunes (Geisser et al., 2008).

## **2.2 Fibromialgia como Síndrome de Sensibilidad Central**

Actualmente se considera que la FM forma parte de los llamados Síndromes de Sensibilización Central (SSC) (Yunnus, 2007). Bajo el término *Síndromes de Sensibilidad Central* se engloban distintos procesos con características comunes, todos de causa desconocida, con fisiopatología semejante y disfunciones neurohormonales. Esta sensibilidad del sistema nervioso central (SNC), ya sea por causas intrínsecas o bien debida a su propia neuroplasticidad causada por estímulos periféricos, tiene como resultado un aumento del dolor generalizado y persistente (Yunus, 2001). La sensibilización central es una respuesta de hiperexcitación de las neuronas del SNC en respuesta a los estímulos nociceptivos periféricos y conlleva tres consecuencias:

- a) Una respuesta exagerada a un estímulo doloroso normal (hiperalgesia).

- b) Una duración superior de la respuesta a un estímulo corto (dolor persistente).
- c) Una respuesta de dolor después de un estímulo normalmente no doloroso, como puede ser una caricia (alodinia).

Desde esta perspectiva, los síntomas de la FM pueden presentarse en un número importante de síndromes de dolor crónico y de sensibilidad alterada y este solapamiento entre síntomas explicaría que los pacientes puedan cumplir criterios diagnósticos de varios síndromes (Aaron et al, 2001). En la actualidad existe un importante apoyo empírico a la teoría de una base biológica de SFM consistente en un cambio de la función del sistema nervioso nociceptivo (Nielsen y Henriksson, 2007). Si bien no hay hallazgos concluyentes respecto su etiología, si que parece existir una hiperexcitabilidad central y periférica, la percepción alterada para el dolor, la temperatura y la somatización (Carville, 2008). Siendo las hipótesis que más evidencia van encontrando las que describen a la FM como una alteración central de la sensibilidad al dolor más que una disfunción en los tejidos periféricos (Abeles, 2007). Respecto a los mecanismos fisiológicos, algunos autores señalan que un desequilibrio en el sistema nervioso autónomo (SNA) denominado disautonomía (desequilibrio simpático-vagal) podría estar relacionado con la sintomatología física y psicológica de este problema, al influir en las respuestas de estrés y en los procesos de adaptación (Cancino, 2011; Silva et al., 2014). Según un estudio (Lledó et al., 2016) el funcionamiento del SNA se encuentra alterado en términos de hipoactividad parasimpática, hormonal y termorreguladora en estado de reposo. Sin embargo, no se ha hallado un predominio simpático frente al parasimpático como apuntan la mayoría de los estudios

En numerosos trabajos se ha puesto de manifiesto que el SNC se somete a una intensa reorganización cuando se produce una lesión corporal (Coderre et al, 1997). En

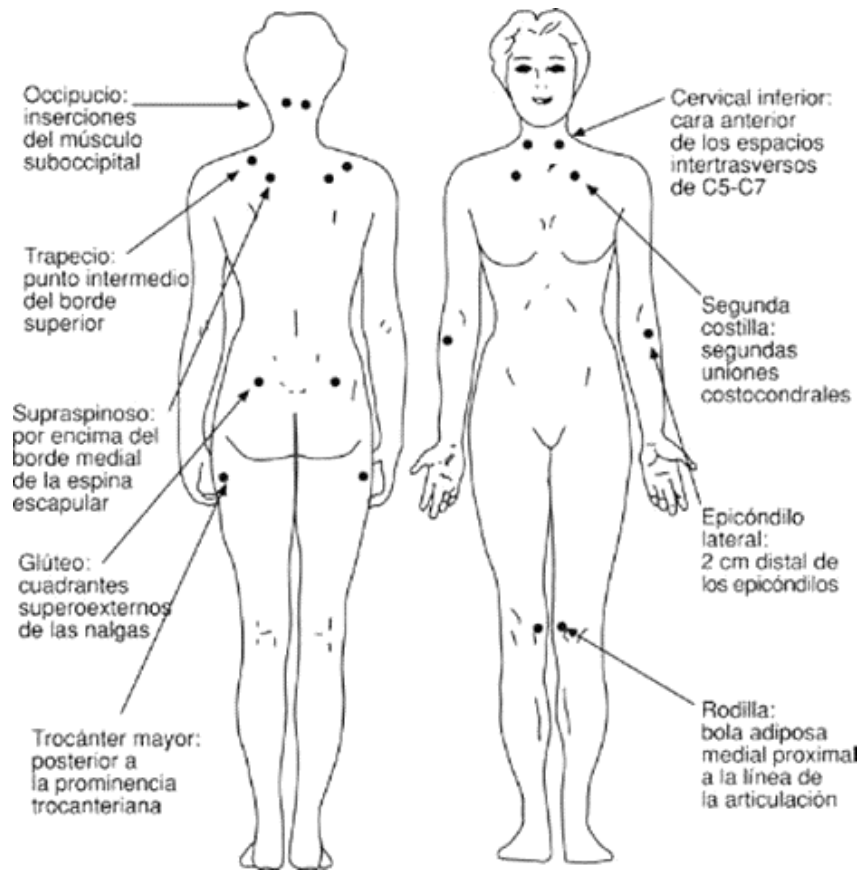
este sentido las personas con dolor crónico presentan elevados niveles de sustancias trasmisoras del dolor, lo cual conduce a una sensibilización exagerada de las células receptoras de dolor incrementando su percepción subjetiva (Montoya, 2015). Estos mecanismos ayudan a explicar los procesos de alodinia e hiperalgesia, tan característicos en personas con fibromialgia que además presentan una mayor sensibilidad al dolor que las personas sanas (Martínez-Jauand, et al., 2013b). La persistencia del dolor de FM en el tiempo no solo conlleva estos cambios estructurales, también se refleja en el procesamiento de las emociones y la cognición (Cifre et al, 2012).

### **2.3 Aspectos Diagnósticos**

La FM se define como un trastorno en el que aparece dolor generalizado de más de tres meses de duración, dolor esquelético axial y existencia de entre 11 y 18 puntos de palpación dolorosos (Wolfe et al., 1990). Está considerada un estado de amplificación del dolor (Poca y García, 2006). El diagnóstico de FM es exclusivamente clínico, no existe un tipo de análisis, prueba de imagen o cualquier otra exploración complementaria que permita confirmar dicho diagnóstico (Ribera, 2011). Estos 18 puntos sensibles (figura 1) o 9 pares de puntos simétricos bilaterales que se encuentran a lo largo de todo el cuerpo, tanto en su cara ventral como posterior se corresponden con las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo. Para realizar el diagnóstico han de someterse a una presión, generalmente digital, con una fuerza aproximada de 4 kg/cm<sup>2</sup> que, y suele corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador, este elemento no está exento de polémica pues depende de la pericia de quien ejerce la presión para aplicar la presión adecuada e interpretar los



resultados con acierto (Rivera, 2011). Para que un punto se considere positivo la persona ha de informar que le duele y no solo que lo siente además de no presentar inflamación.



**Figura 1.** Puntos de referencia para el diagnóstico de la Fibromialgia. Fuente: Arthritis Foundation, 2017

Criterios diagnósticos:

1. Historia de dolor generalizado del al menos 3 meses de duración y localizado en la parte superior e inferior del cuerpo además de en el esqueleto axial.
2. Respuesta de dolor en 11 de los 18 puntos descritos.
3. La presencia de otras enfermedades no excluye la FM.

También se ha llegado a cuestionar la arbitrariedad de los 11 puntos (Clauw, 2007) y su variabilidad en número a lo largo del tiempo en la misma persona, así como su dependencia del juicio clínico (Chaitow, 2003). En ocasiones incluso los síntomas que manifiestan los pacientes no son suficientes para el diagnóstico de FM, de ahí que en el II Congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia se añadieron síntomas como la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez matutina, sensibilidad extrema al frío, intestino irritable, síndrome de piernas inquietas, parestesias etc. (Jacobsen, et al., 1993). Llegados a este punto en el año 2010 el Colegio Americano de Reumatología estableció unos nuevos criterios para el diagnóstico de la FM (Wolfe et al., 2010). Entre sus novedades, el hecho de que la palpación de los puntos sensibles deja de ser importante y en su lugar se consideran otra serie de síntomas hasta ahora no tenidos en cuenta. Estos criterios valoran la sintomatología relativa a la última semana aunque se haya estado tomando medicación. Se introduce el uso de dos escalas (las cuales hemos utilizado para nuestro estudio):

- Índice de dolor generalizado (*Widespread Pain Index; WPI*). Evalúa la presencia de dolor localizado en diferentes áreas corporales, y no se explica por la presencia de otras enfermedades como lupus o artritis reumatoide y que haya podido experimentarse durante la última semana, su puntuación puede variar entre 0 y 19.
- Índice de gravedad de síntomas (*Symptom Severity Score; SS Score*). Examina la presencia e intensidad de síntomas comunes (fatiga, sueño no reparador y problemas cognitivos) en la última semana. Su puntuación oscila entre 0 y 12.

## 2.4 Prevalencia y Aspectos Sociodemográficos

Resulta complejo conocer con exactitud la prevalencia de la FM, principalmente debido a la subjetividad que en gran medida rodea a su diagnóstico por la falta de pruebas clínicas

determinantes, así como por el número de pacientes que no son diagnosticados como tales (Calabozo et al, 1990). Esto conlleva que los datos que aparecen en distintas publicaciones oscilen en intervalos amplios. Una revisión de 10 estudios de diferentes países occidentales reportó una prevalencia de la FM de acuerdo con los criterios de la ACR en la población general adulta de entre 0,7% y 3,3%. El estudio sobre Prevalencia e Impacto de las Enfermedades Reumáticas en la población adulta española, EPISER, señala una prevalencia de un 2,4% de la población adulta (Valverde et al., 2000, 2001), lo que hace referencia aproximada a un millón de personas (Mas, et al., 2008) que cumplen los criterios diagnósticos, siendo para mujeres del 4,2% y para hombres del 0,2, lo que supone una proporción de 21 a 1. Porcentaje parecido al 2% referido en Estados Unidos por Wolfe (1995).

De manera generalizada la FM ha sido descrita casi en su totalidad en población caucásica y de Japón, observándose que en personas de raza negra y bajo nivel cultural es casi inexistente, lo que podría indicar la presencia de factores físicos, culturales y psicológicos en el origen del síndrome (Rubio y Paredes, 2004). Tampoco es infrecuente que afecte a varios miembros de una misma familia (Goldenberg, 2008).

Por grupos de edad la FM está presente en todas las edades siendo mayoritaria en el grupo que va de 55 a 65 años con un 7% (Ballina, 2004), si bien otros autores indican que este pico en la prevalencia se da entre los 40 y los 49 años, duplicándose el porcentaje en el medio rural frente al urbano, y reduciéndose significativamente la prevalencia en personas con formación universitaria frente a quienes no tienen estudios o de nivel básico (Mas et al., 2008). Junto a la edad y la situación laboral o el nivel de estudios los ingresos y estado civil parecen incrementar tanto el riesgo de aparición como la severidad de la

FM (Murray y Murray, 2006) Estos datos, no obstante, no ofrecen consenso en sus resultados en este sentido se ha encontrado que las personas casadas con nivel socioeconómico medio, son más propensos (Mease et al., 2008) mientras que en otros estudios serían las personas divorciadas, hasta tres veces mayor este porcentaje, (Zubieta et al., 2003).

## **2.5 Características Clínicas**

Sus principales manifestaciones clínicas son:

### **2.5.1 Dolor**

El modelo que mejor explica el dolor en FM es el modelo biopsicosocial en el que se consideran tres niveles de intervención: la base fisiológica nociceptiva, la experiencia y modulación psicológica y por último el medio social (Ferrari, 2000). Éste es el principal síntoma y está presente en todos los casos (Casanueva, 2007) y define la enfermedad. Si bien en la práctica clínica encontramos muchos pacientes que sí experimentan dolor pero refieren que no es su principal limitación. Este dolor suele ser generalizado al cuerpo y extremidades y continuo en el tiempo, con oscilaciones siendo más intenso al comienzo y final del día (Rivera, et al., 2006). Los factores que suelen incidir en la aparición, exacerbación o mantenimiento del dolor son variados, entre ellos los cambios de temperatura o presión atmosférica, el ruido intenso, el sueño no reparador, situaciones de estrés mantenido, etc. (Strusberg, et al., 2002).

### **2.5.2 Alteraciones del Sueño**

Junto con el dolor es la queja más común, llegando su porcentaje a superar el 90% (Theadom et al., 2007; Casanueva, 2007). Bajo este término se incluyen varias dificultades relacionadas con el sueño, sueño no reparador, sueño fragmentado, sueño ligero, y se encuentran en un porcentaje elevado de personas con FM. El patrón de aparición suele ser dificultad para conciliar el sueño y frecuentes despertares nocturnos, despertares antes de la hora deseada y sueño-no reparador. Su aparición correlaciona con el aumento de otros síntomas como es el propio dolor y las alteraciones de tipo emocional (Bigatti et al., 2008) o el síndrome de piernas inquietas en un 30% (Carruthers, et al., 2005). La intensidad del dolor del día anterior y la calidad del sueño predicen la fatiga que se experimentará al día siguiente (Nicasio et al., 2002).

### **2.5.3 Fatiga**

La fatiga, entendida como una queja subjetiva de baja vitalidad o baja energía, no se repara en FM, a diferencia de la fatiga física, con el descanso ni el reposo. Las personas tras el sueño se levantan tan cansadas o incluso más que antes de acostarse y con mínimos esfuerzos físicos puede sobrevenir (Martínez-Lavín, 2012), junto al dolor y las alteraciones del sueño es uno de los síntomas más frecuentes (Casanueva, 2007) y está presente hasta en el 56% de personas con FM según los estudios más recientes (Choy et al., 2010). Está relacionada con el sueño no reparador, con los estados depresivos y la ansiedad. Entre los factores que la disparan o mantienen están el propio dolor, los estados depresivos experiencias interpersonales intensas agradables o desagradables, etc. (Parrish et al., 2008).

#### **2.5.4 Rigidez**

Otro síntoma con una prevalencia muy alta 95,6% (Bjórkegren et al., 2009) aunque contrasta con el estudio de Choy (2010) que informó de un porcentaje del 52%. Aparece sobre todo por la mañana, al despertar y suele afectar a cabeza, espalda y cuello, si bien puede aparecer en las extremidades. Su duración es variable, desde pocos minutos a horas.

#### **2.5.5 Cefaleas**

Las cefaleas tienen una presencia significativa en personas con FM y pueden ser difusas o con características migrañosas. A nivel clínico, tanto el porcentaje del SFM en pacientes con cefalea primaria como la proporción de cefalea tipo-tensión y migraña en pacientes con SFM son significativamente altos en comparación con los datos de prevalencia de la población general (Ifergane, et al., 2006). Los datos varían según los estudios realizados, pero aun así son elevados, en la muestra de Choy y cols (2010) es de un 63% mientras que en la de Casanueva (2007) es de 74,9% llegando al 82,5% en el estudio de Bjórkegren (2009). Algunos estudios han encontrado una correlación significativa entre la frecuencia y cronicidad de los episodios de cefalea tensional y la fatiga, dolor o malestar psicológico de la FM (Tommaso et al., 2011). Este mismo estudio indicaba que en la muestra analizada de 1.123 pacientes, los que se presentaban con cefalea tensional crónica y migraña crónica tenían una mayor probabilidad de compartir el perfil de FM (test de Bonferroni,  $p < 0.001$ ). Si bien otros estudios previos no encuentran relación significativa (Marcus et al., 2005).

### 2.5.6 Parestesias

Las parestesias difusas y el entumecimiento de manos y pies, de tipo crónico o recurrente son síntomas frecuentes que no se acompañan de neuropatía periférica y suele afectar a las zonas distales de los miembros superiores y en ocasiones se relaciona con el comienzo de la enfermedad (Simms & Goldenberg, 1988). En esta categoría se incluyen, pinchazos, calambres, ardores, hormigueo, entumecimiento de las extremidades y tumefacción. Según los estudios referidos hasta ahora en otras manifestaciones clínicas, los datos de prevalencia que aparecen reflejan un 77,2% en el estudio de Björkegren y colaboradores (2009), y un 82,95% Casanueva y colaboradores (2007), siendo el más bajo 47% el de Choy y colaboradores (2010).

### 2.5.7 Trastornos cognitivos

Referido a problemas de memoria y concentración. Sobre todo la memoria a corto plazo que se presentaban en el 75,5% de la muestra estudiada (Björkegren et al., 2009) siendo el 68,6% en el estudio de Casanueva y colaboradores (2007). A este tipo de manifestaciones también se les conoce con el nombre de *fibroniebla* que describe pérdidas, alteraciones y dificultades en la memoria de trabajo, episódica y semántica, en la fluidez verbal y control atencional (Glass, 2006; Glass, 2009). Sin embargo, algunos investigadores señalan que el rendimiento objetivo a nivel cognitivo en personas con FM no es muy diferente del obtenido por personas sin FM (Rull et al., 2008). En este sentido (Castel et al., 2008) no observan diferencias en el rendimiento cognitivo entre un grupo control y un grupo de pacientes con FM. Otros autores describen deterioros cognitivos leves sobre todo referidos al contexto laboral de la persona con FM, el cual quedaría en alguna medida comprometido (Öncü et al., 2015)

## **2.6 Aspectos Psicológicos Relevantes en la Fibromialgia**

La investigación psicológica sobre la FM ha tenido la necesidad de conseguir una mayor evidencia en la identificación de los factores o procesos psicológicos asociados a tanto a la etiopatogenia como a la sintomatología de esta (Pastor et al., 1995). Desde esta posición las investigaciones que abordan el papel de variables psicológicas en FM, demuestran que dichos factores cumplen una función clave tanto en su impacto como en la adaptación a la misma (Furlong et al., 2010).

El dolor crónico se ha de abordar desde un plano biopsicosocial, dada su complejidad, centrarse en un componente en concreto obviando las interacciones con otras dimensiones presentes sería una visión incompleta (Gatchel et al., 2007). Estos factores de índole psicológica que explican la diferencia en el impacto del dolor son las creencias sobre la enfermedad, la gestión de las respuestas emocionales, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento o el apoyo social percibido (Gatchel et al., 2007).

Por tanto, el SFM como síndrome doloroso parece comprenderse y abordarse mejor desde una perspectiva biopsicosocial (Masi et al., 2002). Donde los factores biológicos pueden ser los causantes de la enfermedad y su mantenimiento mientras que los factores psicológicos son responsables de cómo se percibe el dolor y la respuesta que se le da a éste, existiendo además una interacción entre los distintos factores (Miró, 2003).

### **2.6.1 Factores de Personalidad**

#### **2.6.1.1 Rasgos**

El estudio de la personalidad en dolor crónico tiene como objetivo destacar los rasgos concretos que influyen en la aparición o mantenimiento de la enfermedad. Estos rasgos



son definidos como “patrones de conducta profundamente arraigados, en los que se incluyen el modo de relacionarse, percibir y pensar sobre el medio ambiente y sobre nosotros mismos, que se exhiben en una amplia gama de contextos sociales y personales” (APA, 1994). En esta perspectiva Dersh y colaboradores (2002) lo explican desde un modelo de diátesis-estrés, en el que una serie de características de la persona permanecen latentes y se activan ante situaciones de estrés generados por una enfermedad crónica, teniendo como consecuencia la aparición de manifestaciones psicopatológicas que actúan a su vez como refuerzo del propio estrés.

Desde esta perspectiva hoy en día no se define la personalidad específica de la fibromialgia, si bien se propone que la personalidad es un filtro importante que modula la respuesta de una persona a los factores estresantes psicológicos. Por tanto, ciertas personalidades pueden facilitar la traducción de estos estresores a las respuestas fisiológicas que impulsan el mecanismo de la fibromialgia. Los estudios al respecto inicialmente propusieron la idea de una personalidad proclive al dolor. Las personas con estas características serían más propensas a la acción y la sobrerrealización en comparación con personas sanas (Van Houdenhove et al., 1987). Más recientemente Pérez-Pareja y colaboradores (2010) han hallado una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas en personas con FM en comparación con otras enfermedades reumatológicas, sugiriendo la presencia de una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica. La evaluación de la personalidad se ha realizado con pruebas que estudiaban la personalidad normal y con pruebas clínicas que se guiaban por parámetros clínicos. En el primer caso, los resultados obtenidos por pruebas como el NEO PI-R (Costa y Mc Rae, 1992) señalan que las mujeres con fibromialgia tienen puntuaciones más elevadas en Neuroticismo, no habiéndose encontrado puntuaciones significativas en otras

dimensiones. Otros estudios más recientes (Besteiro, 2008) encuentran además de en Neuroticismo, puntuaciones significativas en extraversión, siendo las mujeres con FM menos extrovertidas. Esta tendencia también se ha señalado en revisiones amplias (Malin et al., 2012) que recogen los estudios e investigaciones realizadas desde 1967 hasta 2012 sobre fibromialgia y personalidad, indicando de la dificultad para establecer una personalidad premórbida. No obstante, estos mismos autores indican que hay características de personalidad que si bien no son rasgos concretos, suponen importantes descriptores del comportamiento de estas personas. En este sentido las personas con FM suelen ser perfeccionistas, exitosas, resolutivas, y estas son características potenciales que pueden contribuir a la aparición de la FM, ya que se han asociado con la mala salud. Existe una relación significativa positiva entre perfeccionismo y patron Tipo A, sobre todo relacionado con la impaciencia, competitividad, y cumplimiento de normativa social (Malin et al., 2012).

Otros estudios (Camino et al., 2009) sugieren que las personas con FM muestran personalidades emocionalmente dependientes, con dificultad para mostrar conductas asertivas, que se identifican con roles rígidos asociados al ideal de la mujer en nuestro contexto. Por su parte, Tobo (2007) observa una alta susceptibilidad al estrés, baja percepción de apoyo social, creencias y valores con predominio de tradición y benevolencia y una elevada resistencia a modificar creencias y valores. Deus (2009) revela un estilo de afrontamiento y un estado emocional caracterizado por una ansiedad estado-rasgo elevada y elevado neuroticismo, también encuentra una marcada tendencia a la preocupación sobreexcesiva por acontecimientos vitales pasados y futuros.

## **2.6.2 Factores Afectivos**

### **2.6.2.1 Depresión y Ansiedad**

Los síntomas o trastornos de ánimo deprimido suelen estar presentes en los cuadros que cursan con dolor crónico (Nicholas et al, 2009). Y esto ocurre de manera significativa en la FM (Wilke, 2010). Según los resultados de recientes estudios (Vespa et al., 2015) se desprende que las mujeres con FM muestran niveles de depresión tan altos que indican la presencia de graves problemas psicológicos. También que el efecto de los síntomas de la FM influye en los síntomas depresivos operando a través de las consecuentes interferencias cognitivas e improductividad, y afectando a los afectos negativos (Pinto et al., 2016). Al igual que ocurre en el caso de los síntomas depresivos, la ansiedad como síntoma o trastorno suele ser una reacción emocional altamente prevalente entre los cuadros de dolor crónico (Gureje, 2008) y en la FM (Henningsen et al., 2003). De hecho se ha indicado que esta respuesta es un elemento mediador importante tanto en la adaptación como en el efecto de la cronicidad y la complejidad que supone la FM (Lledó-Boyer et al., 2010) y parece tener un mayor componente social y se manifestaría a través del efecto que ejercería la evitación de interacciones sociales (Lledó-Boyer et al., 2010)

Desde un punto de vista histórico se han descrito cuestiones de índole psicopatológica para explicar el origen de la FM, y el mantenimiento y exacerbación de sus síntomas ha estado asociado a episodios o trastornos ansioso-depresivos. Como se ha indicado, algunos estudios responsabilizan a la presencia de estos factores como los desencadenantes de la FM (Pérez-Pareja et al., 2004), si bien otros autores lo entienden como una cuestión de comorbilidad, en algunos estudios encuentran que las medidas de ansiedad y depresión no correlacionan con ninguna medida de dolor (Jensen et al., 2010). Igualmente estos pacientes parece que presentan una ansiedad elevada ante la evaluación

y asunción de responsabilidades, algunos elementos fóbicos e, incluso, ante la vida cotidiana normal y corriente (Pérez-Pareja et al., 2004). Tanto la investigación sobre la prevalencia de la sintomatología ansiosa, como la evidencia respecto a las relaciones entre dicha variable y otros constructos psicológicos implicados en FM, certificarían, en último término, la importancia de dicho factor en la misma y la necesidad de estudiarlo e incluirlo en su dinámica sintomatológica.

Parece ser que hay una prevalencia significativamente mayor de depresión y ansiedad que en el resto de la población, concretamente la depresión se da en un 68% de personas diagnosticadas con FM (Moreno et al., 2000), en otros estudios la depresión mayor y la fobia específica son los trastornos con mayor prevalencia (Uguz, 2010). El mecanismo etiopatogénico de la relación entre depresión, ansiedad y fibromialgia no está bien demostrado aunque se barajan diversas causas (Gómez-Argüelles et al., 2009), entre ellas el estrés crónico, el dolor crónico, la falta de diagnóstico, etc.

Respecto a la FM, además de los niveles de dolor como generadores de esta respuesta, parece ser que la percepción que las personas con FM tienen de su salud, en general, y de forma particular con la falta de certidumbre e incomprensión que describe y caracteriza el síndrome, estaría también implicada en la aparición y mantenimiento de la respuesta de ansiedad (Jensen et al., 2010).

## **2.6.3 Factores Conductuales**

### **2.6.3.1 Afrontamiento**

Se define el afrontamiento como los esfuerzos que la persona hace a un nivel cognitivo y comportamental para manejar las demandas que percibe como desbordantes (Folkman et al., 2004). La asociación evidenciada entre estrategias de afrontamiento y la severidad del

dolor, el bienestar psicológico y el funcionamiento físico, justificaría el carácter central que las habilidades de afrontamiento han adquirido en la comprensión del dolor crónico (Tan et al., 2001). El afrontamiento puede ir dirigido al problema, es decir, a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza de daño o puede dirigirse a la respuesta emocional, es decir, a reducir o eliminar las emociones generadas. Son tres las dimensiones que definen los diferentes tipos de afrontamiento (Moos et al., 1986):

1. Método empleado: el afrontamiento puede ser activo-adaptativo o pasivo-desadaptativo. El primero describe aquellas estrategias que se ponen en marcha de manera consciente para gestionar el dolor o su impacto o actuar a pesar de él (Brown y Nicassio, 1987) y que inciden directamente en sus diferentes manifestaciones o consecuencias, como pueda ser reducir la tensión muscular, hacer ejercicio físico, distraer la atención, la búsqueda de apoyo social, etc. Por otra parte en las estrategias pasivas la implicación es menor, el paciente delega su gestión en otros o pone en marcha conductas de evitación, confiando el beneficio que pueda obtener a un profesional, ir al masajista, o en el resultado de un fármaco, por ejemplo.
2. Localización de la respuesta: Esta estrategia se puede enfocar a la reevaluación de la situación, al propio problema o a la respuesta emocional. Cuando las personas valoran una situación como controlable, tienen el convencimiento de contar con los recursos suficientes para satisfacer las demandas que plantea, entonces pueden anticipar sus consecuencias (Sánchez-Elvira, 2000).
3. Tipo de actividad movilizada: En este caso, el afrontamiento puede ser cognitivo o conductual. Las estrategias cognitivas alterarían o distorsionarían la evaluación inicial de tal modo que modifican la emoción experimentada, pero esta relación

cognición-emoción no es lineal sino que fluctúa en interacción con las propias estrategias de afrontamiento (Peñacoba, 1996).

En FM las estrategias que más atención han recibido son las relacionadas con el método, concretamente las pasivas, y dentro de estas el *catastrofismo* (Cronan et al., 2002; Dobkin et al., 2006; Martínez, González y Crespo, 2003) y el miedo-evitación, que está referida a la inhibición conductual por miedo a las consecuencias negativas que la conducta puede producir, como es más dolor (Esteve et al., 2007; Esteve y Camacho, 2008). Por ejemplo respecto a la expresión de las emociones, y específicamente la ira, se relaciona con mayor dolor y discapacidad. Mediante la prueba *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)* (Jensen et al., 1995) se pone de manifiesto que las cuatro principales estrategias de afrontamiento utilizadas (Vallejo et al., 2009) dos son activas, persistencia en la tarea y autoafirmaciones de afrontamiento; y dos pasivas, descansar y protegerse.

Si bien las estrategias activas de afrontamiento se han asociado a un mejor ajuste a la enfermedad (Litt et al., 2009; Ramirez et al., 2004) otros estudios no encuentran consistencia en sus resultados (Benyon et al., 2010). Asimismo, la personalidad puede ejercer una influencia importante en la elección de estrategias de afrontamiento, y parece ser que altos niveles de neuroticismo (N), medidos con el *Inventario de Cinco Factores NEO*, correlacionan con estrategias de afrontamiento más desadaptativas (Ramirez et al., 2004).

## 2.6.4 Factores Cognitivos

### 2.6.4.1 Autoeficacia

Las condiciones de dolor crónico constituyen para la mayoría de las personas que la padecen un estresor físico y psíquico, lo que conlleva un constante esfuerzo de adaptación y autoregulación al mismo (Solberg et al., 2009). La autoeficacia se define como las creencias acerca de la habilidad para controlar/afrontar el dolor y las emociones asociadas a él, mantener las actividades de la vida cotidiana, el trabajo, comunicar las necesidades a los profesionales de la salud y seguir los consejos sobre el dolor (Miles y cols., 2011) y parece desempeñar una función básica en el ajuste biopsicosocial en los trastornos de dolor (Keefe et al., 2004). Algunos autores han mostrado cómo la percepción de autoeficacia en el manejo del dolor crónico es el proceso psicológico responsable de la mejoría obtenida en este tipo de tratamientos (Dobkin et al., 2010). Otros investigadores la consideran junto con el catastrofismo y el miedo al movimiento, dada la capacidad predictiva que los tres constructos han mostrado sobre el dolor y la discapacidad (Denison et al., 2007). Además, también se revela como un proceso significativo en la predicción longitudinal del estado de salud de las pacientes con fibromialgia en Atención Primaria (Pons, 2009) y en el uso de recursos sanitarios por parte de estos pacientes (Pastor et al., 2010).

La autoeficacia en personas con FM se ha estudiado principalmente en relación a su nivel de adaptación. En este sentido, se ha establecido relación entre este tipo de creencia y la mejora tras el tratamiento (Welss-Federman et al., 2003), mayores niveles de satisfacción (Serber et al., 2003), menor nivel de conductas de dolor (Buckelew et al., 1994), menor intensidad de dolor (Martín-Aragón et al., 2001) así como mayor nivel de ejercicio y menor limitación funcional y distrés psicológico (Martín-Aragón et al., 2001;

Oliver y Cronan 2002). Por tanto en FM la autoeficacia tiene un papel central tanto en el mantenimiento como en la adaptación al síndrome (Lledó-Boyer et al., 2010).

Sobre las expectativas de autoeficacia influye directamente la incertidumbre, dimensión que es mayor en FM que en otras dolencias similares (Reich et al., 2006) y hace que se valore la FM como una fuente de estrés y ansiedad, alimentando así su perpetuación, la indefensión y disminuyendo la autoeficacia (Van Houdenhove y Luyten, 2008). Se ha encontrado respecto a la realización de actividades que las personas con FM y mayores niveles de autoeficacia realizan actividades físicas con mayor frecuencia (Culos-Redd y Bradley, 2000).

También se ha estudiado el papel de la autoeficacia en relación a distintos tratamientos y en general se encuentra que la autoeficacia predice de manera positiva, la realización de mayor actividad física (Buckelew et al., 1996). Parece ser que los tratamientos cognitivos-conductuales aumentan la autoeficacia percibida para el control de la sintomatología dolorosa (White y Nielson, 1995). Si bien otras investigaciones más recientes no han encontrado estos resultados. Concretamente en un estudio llevado a cabo con 31 mujeres diagnosticadas de FM y en TCC (Rivera et al., 2004) el autor sugiere que la autoeficacia no siempre está relacionada con la mejoría clínica. Lynch (2004) en relación a la adhesión terapéutica encuentra como predictores de adhesión en FM la autoeficacia para el control del dolor, la autoeficacia para el control de síntomas y el funcionamiento físico.

Respecto al uso de servicios médicos y el consumo de medicación las variables de autoeficacia tienen mayor importancia en la predicción de la utilización de estos recursos, de ahí que se recomiende potenciar la percepción de autoeficacia a través de intervenciones estandarizadas (Pastor et al., 2010). En cualquier caso la literatura revisada



muestra de forma consistente su importancia en los resultados de salud y en los procesos de adaptación al dolor crónico en general y a la fibromialgia, en particular (Pastor et al., 2011)

#### **2.6.4.2 Catastrofismo**

El catastrofismo hace referencia a un conjunto de procesos cognitivos, pensamientos y expectativas negativas, (Sullivan et al., 2011) ante el dolor y que hacen que se convierta en crónico (Bowles et al., 2007; Buenaver et al., 2008). Estos procesos llevan a la persona a generar visiones muy negativas de su dolor, pensando mucho en él y sintiéndose incapaz de controlarlo. Cuando esto se da el pronóstico empeora hasta el punto que incluso en personas sanas predice la aparición de dolor crónico (Edwards, 2004).

Se ha sugerido que el catastrofismo que se mantiene estable en el tiempo está relacionado con características de personalidad incluso que hay una predisposición genética al mismo (George et al., 2008). El catastrofismo se centra exclusivamente en el dolor e incluye:

- Magnificación. Visión negativa y desproporcionada ante el mismo.
- Rumiación. Imposibilidad de parar de pensar en él.
- Indefensión. Imposibilidad de controlarlo.

Se han encontrado relaciones significativas entre catastrofismo y anticipación del dolor (Van Damme, et al., 2002), ante la ansiedad reactiva al dolor (Buenaver et al., 2007), en la percepción de la intensidad del dolor (Esteve et al., 2007), también en el uso de estrategias de afrontamiento pasivas (Edwards et al., 2004). Respecto a la FM éste se ha relacionado con mayor intensidad y sensibilidad, así como mayor depresión y

discapacidad (Buenaer et al., 2008). En relación a otros trastornos que comparten con la FM el dolor crónico, el catastrofismo resulta más exagerado y negativo en FM respecto a la lumbalgia crónica, la osteoartritis o la artritis reumatoide (Kratz et al., 2007).

Aunque hay una evidencia acumulada respecto del catastrofismo y su relación con otros síntomas del SFM su inclusión en trabajos terapéuticos es menor (Alda et al., 2011).

### **2.6.4.3 Locus de Control**

Además de la existencia de estos factores cognitivos, autoeficacia y catastrofismo, que implican un sentido de capacidad percibido y control de la enfermedad, se encuentra también el *Locus de Control/LOC*, que hace referencia a la creencia que se tiene respecto a la relación entre la conducta y sus resultados. Su estudio en el contexto de la FM es importante pues muestra qué hace que determinadas personas perciban control sobre su salud mientras que otras no. En su adaptación al ámbito de la salud se han propuesto tres dimensiones para el LOC:

1. *Interno*: Referido a las personas que creen que con su conducta pueden influir en el curso de su dolencia, así como su resultado.
2. *Externo*. Se caracteriza porque las personas que lo manifiestan creen que son circunstancias externas y ajenas a ellas las que influyen y condicionan el curso y resultado de su enfermedad.
3. *Otros Poderosos, Azar* (externo): En el caso de otros poderosos, serían las conductas de otros, por ejemplo los profesionales sanitarios, las que condicionan la enfermedad, mientras que el Azar, sería cuestiones relacionadas con el destino o la suerte las que explicarían el curso de la misma.

Parece ser que las personas con FM muestran un lugar de control de salud más externo que las personas sanas o con otros tipos de dolor crónico (Gustafsson et al., 1996). Que esto sea así, relaciona la FM con un peor pronóstico, mayor intensidad del dolor, peor afrontamiento y distrés psicológico (Martín-Aragón et al., 2001). En un estudio reciente Peñacoba et al., (2007) encuentra una relación negativa entre locus de control interno y tolerancia al dolor. Mientras que el control interno contribuye positivamente a la satisfacción en pacientes tras distintos tipos de tratamientos no convencionales (Crone, 1999), menores niveles de distrés (Mark et al., 1986), menos alteraciones del estado del ánimo y menor incapacidad percibida (Jensen et al., 2001), mejor cumplimiento de los tratamientos y uso de estrategias de afrontamiento más activas (Haythornthwaite et al., 1998). En dolor crónico lumbar el locus de control interno también se ha relacionado con una menor discapacidad física una vez controlado el dolor (Cheng et al., 2000).

#### **2.6.4.4 Aceptación**

La aceptación psicológica de la FM ha sido sustentada por los modelos terapéuticos de tercera generación concretamente la *Terapia de Aceptación y Compromiso-TAC*, que en lugar de centrarse en reducir o modificar los pensamientos, sensaciones, emociones, recuerdos, que causan malestar, pretende alterar su función mediante la promoción de los valores personales de la persona (Luciano y Valdivia, 2006) y la *Meditación Mindfulness*, que facilita una postura de atención hacia la propiocepción, conocida como observación descentrada, y parece causar un desacoplamiento de la dimensión sensorial de la experiencia del dolor de la dimensión cognitiva y afectiva y, así, reducir la experiencia de sufrimiento (Kabat-Zinn, 1982). Esta ayuda a la persona a tolerar sus experiencias desagradables y está acompañada del reconocimiento de transitoriedad de las sensaciones y los eventos mentales junto con la renovación de la conciencia del momento presente

(Delgado, 2009), lo que permite a la persona, distanciándose de la resignación o indiferencia, comprometerse con la acción o el posible cambio en la dirección valiosa.

La aceptación se entiende como un dominio conductual con dos componentes (Cracken et al., 2003). El primero relacionado con la implicación, dirección y compromiso en las actividades diarias a pesar de estar experimentando dolor. Según Campayo y colaboradores (2009) es más que un proceso mental pues requiere compromiso del paciente pese a las dificultades que pueda encontrar. El segundo relacionado con la apertura al dolor o el reconocimiento de que las estrategias de evitación y pasivas suelen ser ineficaces en éste.

Se ha visto relacionada con un funcionamiento de calidad en el ámbito emocional, social y físico de las personas afectadas (McCracken et al., 2003). Los estudios de laboratorio avalan esta hipótesis. Concretamente en FM la aceptación se asocia a menos dolor, cansancio, ansiedad y depresión, y estas personas con aceptación informan de una calidad de vida menos afectada y un ajuste psicológico mayor (González et al., 2010) y también un mejor ajuste laboral (Vowles, et al., 2007). Si bien pensar en vivir una vida plena con dolor crónico puede ser una idea extraña los resultados así lo indican, independientemente del nivel del dolor que la persona viva.

## **2.7 Tratamiento Psicológico en Fibromialgia**

Los abordajes psicológicos se han convertido en fundamentales en las dolencias crónicas en general y en los trastornos que cursan con dolor crónico en particular, entre los que se incluye la fibromialgia. Desde la aportación de la investigación en la últimas décadas sobre FM y la complejidad de este síndrome se pone de manifiesto la variedad de abordajes terapéuticos para la misma (Forseth et al., 2002), por ello se establece la

perspectiva biopsicosocial ya que supone el encuadre más lógico para entender la complejidad de la FM y plantear su abordaje multidimensional (Bennett, 2002).

En este sentido el abordaje multimodal (Lami et al; 2013), que incluye intervenciones de tipo físico, educativo y psicológico ha demostrado ejercer una influencia positiva en las diferentes manifestaciones de la FM si bien son efectos que se mantienen a corto plazo (Häuser et al., 2009), y a medio plazo, seguimiento a seis meses, en intensidad del dolor, ansiedad y depresión, así como el estado de salud general y la autoeficacia (Lange et al., 2011). En la actualidad no existe ningún tratamiento específico curativo para la FM, sino que más bien se aplica un tratamiento de carácter paliativo en algunos casos y preventivo en otros, por lo tanto el objetivo está encaminado a mejorar el control sintomático del dolor, la repercusión emocional y en definitiva a mejorar la calidad de vida (Andreu et al., 2016). Además parece ser que el efecto terapéutico del elemento psicológico, generalmente TCC, es de tamaño pequeño a moderado en los casos de FM severa (Lera et al., 2009). Entre sus objetivos básicos, están el conocimiento de la enfermedad, la activación física y el abordaje psicológico, y parece que el impacto global de la FM se ve reducido (Goldemberg 2002; Nishishinya et al., 2006). Según un reciente metaanálisis (Glombiewski et al., 2010) los efectos de los tratamientos psicológicos son prometedores y comparables con los efectos a corto plazo de la medicación para la fibromialgia y de otros tratamientos.

A pesar del amplio abanico de posibilidades terapéuticas en el abordaje de la FM, diversas cuestiones (limitaciones metodológicas, ausencia de vías estandarizadas, etc.) han dificultado la equiparación de trabajos y por tanto una propuesta unánime sobre las alternativas más eficaces (Sarzi-Puttini et al., 2008). De ahí que la aproximación terapéutica más señalada provenga de guías basadas en la evidencia para el manejo del

síndrome (Carville et al., 2008). Aunque también se han encontrado inconsistencias en estas guías, que parecen señalar más sus preferencias terapéuticas que la evidencia real (Häuser et al., 2009). En una revisión sistemática realizada con las guías publicadas en el periodo 2003-2014, en el que se analizaron 249 (García, et al., 2014) se encontró una gran variabilidad tanto en presencia como en nivel de evidencia y fuerza de recomendación de muchos tratamientos, la terapia cognitivo-conductual junto al ejercicio físico son los abordajes de primera elección con un alto nivel de evidencia. En la tabla 2 se muestra el sistema unificado de gradación de la evidencia

Niveles de gradación de la evidencia:

<b>SISTEMA UNIFICADO DE GRADACIÓN DE LA EVIDENCIA</b>		
<b>EVIDENCIA</b>		<b>CRITERIOS</b>
A	1	Varios ensayos clínicos aleatorizados $p < 0,001$ con metaanálisis
	2	Varios ensayos clínicos aleatorizados $p < 0,001$ sin metaanálisis
	3	Un único ensayo clínico aleatorizado $p < 0,001$
B	1	Estudios comparativos CON diferencias estadísticas
	2	Estudios observacionales NO comparativos
	3	Reporte de casos
C	1	Un meta-análisis SIN diferencias significativas
	2	Insuficiente número de estudios para un meta-análisis, o Ensayos clínicos aleatorizados sin diferencias significativas, o Ensayos clínicos aleatorizados con resultados inconsistentes
D		No hay estudios identificados o la literatura disponible no es útil

FUERZA RECOMENDACIÓN	ALCANCE
Tipo A (Debe hacerse)	Se sugiere aplicar el tratamiento a los casos elegibles. El beneficio es significativamente mayor que los posibles efectos adversos.
Tipo B (Puede hacerse)	Se sugiere aplicar el tratamiento a los casos. El beneficio es mayor que los posibles efectos adversos.
Tipo C	No existe recomendación en contra del tratamiento. Los beneficios y los efectos adversos se encuentran en balance. No se recomienda en la práctica clínica diaria
Tipo D (No debe hacerse)	La recomendación es en contra del tratamiento. La evidencia sugiere que los efectos adversos superan a los beneficios
Tipo 1	La evidencia es pobre o insuficiente para decantarse a favor o en contra

**Tabla 2.** Sistema Unificado de Gradación de la Evidencia. Fuente: García et al; 2014

Dentro de los abordajes psicológicos el más utilizado por su eficacia terapéutica es el TCC, el cual ha mostrado su validez en diferentes estudios (Flor et al., 1993; Goldenberg et al., 1994; Rivera et al., 2006; Anderson y Winkler, 2007). Su objetivo principal es mejorar y controlar los síntomas y aprender a vivir con el dolor (Comeche et al., 2010) siendo en formato grupal donde alcanza su máximo impacto (Williams, 2003)

Entre los componentes que forman parte de los tratamientos psicológicos está la *activación comportamental*. Las personas con dolor crónico muestran dificultades para regular sus actividades tras periodos de inactividad y cuando la recuperan lo suelen hacer de forma intensa lo que les lleva a una recaída y nuevo periodo de inactividad, y esto se convierte en un ciclo viciado. Desde el original programa de activación gradual de Fordyce y colaboradores (1981) hasta el momento presente la activación comportamental

tiene el objetivo de generar un incremento en la conducta del paciente que lo ponga en contacto con reforzadores ambientales, repercutiendo así positivamente en su estado de ánimo, pensamientos y calidad de vida (Hopko et al., 2003).

Las últimas aportaciones a la ciencia, con respecto al tratamiento de la FM, se encuentra el entrenamiento en mindfulness con el que se consiguen mejoras significativas tras el mismo en relación a calidad de vida, presencia e intensidad del dolor y síntomas depresivos (Quintana y Rincón, 2011). En la tabla 3 se muestran los niveles de evidencia de los tratamientos psicológicos (García et al, 2014).

	EULAR 2008		UoT 2009		MSE 2011		MCIC 2011		AMFW 2012		CPS 2012	
	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR
Escritura Terapéutica					C2	C			C1	1		
Imaginación Guiada			A2	B	C2	C			A2	B		
Hipnosis			A2	B	C2	C			A2	B		
T. Cognitivo Conductual	B1	C	A1		A1		A1	A	A1	A	A1	
			A		A						A	
T. Conductual Operante					A1							
					A							

**Tabla 3.** Niveles de Evidencia de Tratamientos Psicológicos. Fuente: García et al; 2014

**NE: Nivel de Evidencia. FR: Fuerza de la Recomendación**

EULAR (European League Against Rheumatism); UoT (University of Texas); MSE (Ministerio de Sanidad de España); MCIC (Ministerio de Ciencia e Innovación-Cataluña); AMFW (Association of the scientific Medical Societies in Germany); CPS (Canadian Pain Society).



Por otra parte, según la APA-División 12 (Williams et al., 2006; Keel, P., 1998; Bennet, R., 1996; Goldemberg, et al., 1994) no hay tratamientos consistentemente eficaces para FM. Sin embargo, la evidencia más fuerte actualmente apoya el uso de varios acercamientos farmacológicos, ejercicio aerobico, y terapia cognitivo-conductual (TCC). El apoyo a la investigación para un tratamiento dado se etiquetará como “fuerte” si se cumplen criterios para lo que Chambless et al. (1998) denominaron tratamientos bien establecidos. Para cumplir con esta norma, los estudios bien diseñados realizados por investigadores independientes deben converger para apoyar la eficacia de un tratamiento. El apoyo a la investigación se etiquetará como "moderado" si se cumplen criterios para lo que Chambless et al. (1998) denominaron "probablemente tratamientos eficaces". Para cumplir con esta norma, un estudio bien diseñado o dos o más estudios adecuadamente diseñados deben apoyar la eficacia de un tratamiento.

Según la recomendación de la mencionada División 12 de la APA la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) para la FM puede adaptarse para abordar muchos de los dominios de síntomas asociados con la FM. La TCC enfatiza el aprendizaje de respuestas adaptativas de comportamiento a la enfermedad y, al hacerlo, altera estilos de pensamiento, experiencias y respuestas emocionales que pueden mantener o empeorar la enfermedad. Dado que la FM es un trastorno multifacético, el tratamiento unimodal, centrándose sólo en el dolor, es poco probable que conduzca a resultados máximos positivos. La TCC para FM a menudo incluye los siguientes componentes:

1. Educación sobre FM, incluyendo la naturaleza del trastorno y el rol que los pacientes pueden desempeñar en su manejo.
2. Síntomas de autogestión dirigidas al dolor, fatiga, sueño, cognición, estado de ánimo.

3. Técnicas de promoción del cambio de estilo de vida que apuntan a las barreras para el cambio, estilos de pensamiento poco adaptativos y mantenimiento a largo plazo del cambio (manejo del estrés, resolución de problemas, reformulación y habilidades de comunicación, etc.).

Con el fin de aprender a mejorar e integrar las habilidades en el estilo de vida de uno, la TCC se basa en el autocontrol, el ensayo de habilidades y el refuerzo social. La TCC para la fibromialgia puede administrarse individualmente o en grupos pequeños de 6 a 10 sesiones.



### **3. Hipnosis**

---

### 3.1 Definiciones de la Hipnosis

La Hipnosis como procedimiento terapéutico psicológico puede ser considerada uno de los más antiguos que se conocen en occidente para provocar cambios en los procesos cognitivos, psicofisiológicos, perceptuales y conductuales a través de la sugestión (Edmonston, 1986). El interés por el estudio de la hipnosis, la sugestión y la sugestionabilidad subyacen a los propios orígenes de la Psicología como disciplina científica (Tortosa, Gonzalez-Ordí y Tobal, 1999). Entre los autores más destacados, por nombrar algunos están, Stanley Hall, H. Bernheim, W. Wundt, A. Binet, W. James, I. Paulov, Clark L. Hull, etc. La hipnosis desde Mesmer, hace doscientos años, ha tenido una historia cíclica de aceptación y rechazo (Hilgard y Hilgard, 1994). Con frecuencia mal entendida, mal aceptada e infrautilizada. La mayoría de los profesionales de la salud tienen información poco precisa acerca de la hipnosis, y sus actitudes y creencias a menudo se basan en información errónea (Thomson, 2003). Respecto al uso de la hipnosis en nuestro contexto, el estudio de Mendoza, Capafons, Espejo y Montalvo (2009) reflejó que en España tan solo entre un 10 y 20% de los profesionales de la psicología utilizan la hipnosis en sus intervenciones.

La hipnosis es un procedimiento en el que una persona, hipnotizador, sugiere cambios en las sensaciones, percepciones, acciones, sentimientos y o pensamientos de otra persona (Kilshtröm, 1985; Kirsch, 1994). En las últimas décadas su estudio sistemático parece llevar a los científicos a una postura común sobre la misma, diversas teorías coinciden en que la hipnosis no se puede explicar por un “estado de trance” específico de la hipnosis (Lynn y Kirsch, 2005). La investigación ha ido dando lugar a distintos paradigmas y definiciones, cada una de ellas con sus propias particularidades y connotaciones, tanto teóricas como experimentales y clínicas. Algunas de las más

destacadas son las que han ofrecido, entre otros, Sarbin (1950), Barber (1969), Hilgard (1977), Spanos (1985), Spiegel y Spiegel (1987), Kirsch (1994) y Kihlstrom (1998).

Sarbin (1950) fue el primero en descalificar la hipnosis como un estado particular de la mente y desarrolló su *Teoría del Rol*, estableciendo un paralelismo entre la interacción hipnótica y un drama en el que hipnotizador e hipnotizado asumen un guión no explicitado. Siguiendo estas influencias, Theodore X. Barber (1969), igualmente crítico con la perspectiva de estado, mostró en sus estudios cómo las actitudes, expectativas y motivación previa eran determinantes en las respuestas hipnóticas, y lo reflejó en su *Teoría Cognitivo-Comportamental*. Uno de los más influyentes investigadores de la hipnosis, Hilgard (1977), propuso su *Teoría Neodisociativa* según la cual existen diversas estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente bajo el control de un ego-ejecutivo. Estas estructuras se disociarían bajo la hipnosis actuando de manera autónoma y condicionadas por la sugestión. En la tradición de Sarbin y Barber, Nicholas P. Spanos (1985), ampliando sus teorías, desarrolla una de las más influyentes para la comprensión de la conducta hipnótica, la *Teoría Socio-Psicológica*, según la cual las sugestiones impartidas por el hipnotizador contienen estrategias que ayudan a responder apropiadamente. Spiegel y Spiegel (1987) conciben la hipnosis como un estado psicofisiológico atencional y receptivo de concentración focalizada, con una disminución correspondiente en la conciencia periférica. Además, consideran que la capacidad para este estado varía en función de las personas, y que es relativamente estable a través del ciclo de la vida adulta. Por su parte, otros investigadores como Irving Kirsch (1994) que desarrolla su *Teoría de la Expectativa de Respuesta*, basándose en las expectativas, y cómo estas pueden generar respuestas involuntarias por parte de quien recibe las sugestiones, hasta el punto que él y sus colaboradores (Wickless y Kirsch, 1989),

demonstraron como la sensibilidad a la sugestión hipnótica puede modificarse manipulando las expectativas previas de la persona. Más recientemente, Kihlstrom (1998) define la hipnosis como una interacción social en la que una persona responde a las sugerencias dadas por otra persona, el hipnotizador, generando cambios en la percepción, la memoria y el control voluntario de las acciones, a través de experiencias imaginativas.

Ante esta diversidad de planteamientos surgió la necesidad de contar con una definición de consenso que recogiera distintos elementos de las diversas teorías y no fuera inconsistente con ninguna de las más relevantes ni con los datos experimentales de los que se disponía en ese momento. Así en 1993 la División 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA) propuso una primera definición consensuada que fue aceptada por las principales asociaciones de hipnosis. Según esta primera definición de la APA (1993), la hipnosis suele implicar una introducción al procedimiento durante el cual el sujeto se le sugerirán experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugerencia inicial para el uso de la propia imaginación. Un procedimiento hipnótico se usa para estimular y evaluar las respuestas a las sugerencias. Cuando se utiliza la hipnosis, una persona está guiada por otra (el hipnotizador) para responder a sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o comportamiento. Las personas también pueden aprender auto-hipnosis, que sería el acto de administrar procedimientos hipnóticos sobre sí mismas. Si la persona responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente, se infiere que la hipnosis ha sido inducida. En una reciente revisión (Jensen, 2015) puso de manifiesto que las respuestas hipnóticas son más consistentes en cuanto se haga un uso de la hipnosis desde una perspectiva biopsicosocial y esta conclusión refuerza a otras que nos interesan en el abordaje del dolor crónico y que

requiere, por su complejidad, precisamente de un enfoque biopsicosocial (Novy et al., 1995). Y parece ser que los siguientes factores influyen predominantemente en la respuesta hipnótica (Mazzoni et al., 2013; Oakley et al., 2010)

- La variabilidad interindividual en sugestionabilidad.
- El ritual específico que se utilice como inducción hipnótica.
- El tipo de sugerencias empleadas

Respecto a las vivencias que experimenta la persona hipnotizada, la APA resaltaba la gran variabilidad que se da entre ellas, así hay personas que describen su experiencia como un estado alterado de conciencia, o como un estado normal de atención focalizada agradable y calma. Para la mayoría de las personas la experiencia con la hipnosis resulta agradable. Del mismo modo, esta definición hace hincapié en la existencia de diversos grados en que aparecen respuestas a las sugerencias. Y se conceptualiza la hipnosis como un procedimiento que se añade a las terapias médicas y/o psicológicas para incrementar su eficacia y eficiencia, y no como una terapia en sí misma. Por lo tanto, su aplicación sólo debe hacerse por parte de profesionales de la Psicología y la Medicina que, además de su formación como profesionales, hayan recibido entrenamiento específico en el uso de la hipnosis.

En el 2004 la APA publicó una nueva definición de la hipnosis con nuevos matices basados en los resultados de las investigaciones realizadas en ese tiempo. Esta definición reza de la siguiente manera: “Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a una persona que se le presentarán sugerencias de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugerencia inicial ampliada para usar la propia imaginación, y que puede incluir mayores detalles de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas a las sugerencias. Al

usar la hipnosis, una persona (hipnotizada) es guiada por otra (el hipnotizador) para que responda a las sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también auto-hipnosis, que es el acto de administrarse procedimientos hipnóticos a uno mismo. Si responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente se infiere que se ha inducido una hipnosis”.

En 2014, el Comité Ejecutivo de la División 30 de la APA preparó las siguientes definiciones oficiales relacionadas con la hipnosis

- Hipnosis: estado de conciencia que involucra atención enfocada y conciencia periférica reducida caracterizada por una mayor capacidad de respuesta a la sugerencia.
- Inducción hipnótica: Un procedimiento diseñado para inducir la hipnosis.
- Hipnotizabilidad: La capacidad de un individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos o comportamiento durante la hipnosis.
- Hipnoterapia: El uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica.

Si bien existen variaciones sustanciales en la comprensión teórica de estos fenómenos, las definiciones anteriores se crearon con el interés de simplificar la comunicación con respecto a los fenómenos y procedimientos hipnóticos dentro y entre los campos de la investigación y la práctica, por lo que son intencionalmente muy heterogéneos.



Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Y, aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra “hipnosis” como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial. Los detalles de los procedimientos y sugerencias hipnóticas diferirán según los objetivos de quien la practique, y de los propósitos de la tarea clínica o de investigación que se intenta realizar. Habitualmente, los procedimientos han incluido sugerencias para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugerencias, incluidas las de alerta. Tanto en ámbitos clínicos como de investigación se pueden usar sugerencias que permiten evaluar el alcance de la hipnosis comparando las respuestas con escalas estandarizadas. Si bien la mayoría de los participantes puede responder, al menos, a algunas sugerencias, las puntuaciones de las escalas suelen abarcar un rango que oscila desde lo elevado a lo insignificante. Tradicionalmente, las puntuaciones se han agrupado en las categorías de bajas, medias y altas. Tal como ocurre con otras medidas de constructos psicológicos escaladas positivamente, como la atención y el apercibimiento, la claridad de la evidencia de haber logrado la hipnosis se incrementa con la puntuación del individuo (APA, 2004; Capafons, traducción; comunicación personal, 19 de mayo, 2004).

Al revisar la literatura, parece que no hay características demográficas o de pacientes en los que se desaconseje el uso de la hipnosis para el dolor, aparte del deterioro cognitivo severo (Stoelb, et al., 2009).

## 3.2 Hipnosis como Técnica de Gestión del Dolor

La imagen de la hipnosis como un método casi esotérico, promovida por las demostraciones de espectáculo, ha conllevado que esta técnica haya sufrido graves discriminaciones tanto en ámbitos médicos como psicológicos (Moix, 2002). Aun así, como indica Capafons (2001) la hipnosis es eficaz porque ayuda a incrementar la eficacia de otros tratamientos a los que se le añade como adjunto. Y la investigación de los últimos años demuestra que tiene influencia neurofisiológica (De Pascalis et al., 2004; Horton et al., 2004; Sala, 2005). Se han registrado avances en los estudios de neuroimagen que han profundizado en las funciones cerebrales asociadas con la hipnotizabilidad, la hipnosis y la analgesia hipnótica (Hoeft et al., 2012; Oakley & Halligan, 2010), si bien, el cuerpo actual de hallazgos sobre los correlatos neurales de la hipnosis está marcado por la inconsistencia (Landry et al., 2017). Las principales técnicas empleadas para estudiar los efectos neurofisiológicos de la hipnosis comprenden la tomografía por emisión de positrones (PET; actividad metabólica cortical), la resonancia magnética funcional (RMF; cambios en el flujo sanguíneo en el cerebro y la médula espinal) y electroencefalografía (EEG; actividad eléctrica cortical).

La hipnosis ha sido ampliamente evaluada en el contexto del dolor crónico y generalmente se encontró que era más eficaz que la intervención no farmacológica como la atención, la fisioterapia y educación (Huet, Lucas-Polomeni, Robert, Sixou y Wodey, 2011; Jensen et al., 2011; Lew, Kravits, Garberoglio, & Williams, 2011). Los estudios señalan que aproximadamente el 70% de las personas con dolor crónico pueden experimentar una reducción de su dolor a corto plazo durante una sesión de tratamiento o hipnosis y entre el 20% y el 30% logran más reducciones permanentes en el dolor diario (Stoelb, 2009). Los hallazgos han demostrado que la

hipnosis es eficaz en diferentes resultados de dolor, incluyendo intensidad del dolor (Jones et al., 2006), sensación de dolor (Abrahamsen et al., 2009), percepción de control sobre el dolor e interferencia del dolor (Jensen et al., 2009).

En este sentido el ámbito de la hipnosis que más investigación clínica y experimental ha generado y está generando en la actualidad es el dolor clínico (González Ordí, 2013). Tanto que en el siglo XX y XXI se ha llegado a considerar el uso de la hipnosis en el dolor como uno de los abordajes más interesantes desde una perspectiva biopsicosocial (Jensen, 2011). El interés en la hipnosis o la analgesia hipnótica como tratamiento para el dolor crónico ha ido creciendo a lo largo del siglo pasado. Los primeros informes de casos que describen estrategias de hipnosis para el dolor crónico se han publicado desde al menos la década de 1950 (Barber, TX., 1959; Erickson, MH., 1959), aunque ya hay primeros casos reportados en el siglo anterior el primer caso documentado se produjo en París el 12 de Abril de 1829 cuando Jules Cloquet llevó a cabo una mastectomía. En Estados Unidos se empezó a utilizar en 1836 en un caso de cirugía dental en Boston. Dos años después la hipnoanestesia empezó a emplearse en Inglaterra (Gravitz, 1988). En España podríamos mencionar la incursión que Ramón y Cajal (1889) realizó en el ámbito de la hipnosis (Montiel & González de Pablo, 2003), publicando durante su época barcelonesa su trabajo más conocido en dicho campo, titulado: *Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica* (Pellicer, 2016).

Los primeros ensayos que examinan la eficacia de este enfoque comenzaron a publicarse en la década de 1970 (Andreychuck et al., 1975; Melzack, et al., 1975). Durante los últimos 20 años, un importante cuerpo de investigación ha crecido para apoyar la hipnosis para el tratamiento del dolor, y, en general, desde un punto de vista

científico el escepticismo ante esta técnica no está ya justificado (Patterson, 2010). Dillworth et al., (2010) revisaron los estudios sobre la eficacia de la hipnosis clínica en el tratamiento del dolor crónico como un coadyuvante a las intervenciones terapéuticas, concluyendo que la hipnosis tiene beneficios a corto y medio plazo (12 meses) en la reducción del dolor. En el metaanálisis dirigido por Adachi, et al., (2014) sobre la hipnosis se concluyó que su efecto es moderado respecto a la atención estándar, y superior a otras intervenciones psicológicas. Cuando se administra conjuntamente a tratamientos como la TCC puede mejorar la eficacia de esos tratamientos, por tanto puede considerarse un complemento razonable de otras intervenciones psicológicas (Jensen et al., 2009).

La hipnosis ha demostrado su utilidad como coadyuvante de otros procedimientos terapéuticos, y particularmente para el tratamiento del dolor agudo y crónico, en el abordaje de numerosas condiciones médicas y psicológicas, tanto en adultos como en niños (Bragado, 2009; Crawford, Knebel, Vendemia, Horton, y Lamas, 1999; González-María, Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Gil-Rubio, P., y Herreros-López, 2013; Mendoza y Capafons, 2009; Orgilés, Méndez, y Espada, 2009; Palanca Sánchez et al., 2011; Truyols-Taberner, Pérez-Pareja, Palmer-Pol, y Sesé-Abad, 2008). En la experiencia de Barber (2000) la hipnosis es una herramienta útil en el control del dolor porque puede reducir el dolor sin efectos colaterales, facilita otros tratamientos y el paciente gana en autonomía respecto del cuidado de otras personas. Se ha empleado eficazmente en el manejo y gestión del dolor en distintos ámbitos de actuación (González Ordí, 2006):

- Procedimientos odontológicos
- Procedimientos quirúrgicos
- Procedimientos radiológicos
- Tratamiento de quemaduras

- Migrañas y cefaleas
- Síndrome de Colon irritable
- Dolor oncológico
- Artritis reumatoide
- Artrosis
- Lumbalgia crónica
- Fibromialgia

Los mecanismos que están implicados en su eficacia si bien no son excluyentes inciden en tres aspectos relacionados con el dolor: la disminución de la ansiedad (Alladin y Alibhai, 2007), las creencias acerca de la autoeficacia y expectativas de resultados (Kirsch et al., 1994, 1995, 1997) y por último la redirección de la atención (Kirsch, 1998, Crawford et al., 1999). Karlin (2007) concluyó que los posibles procesos que producen la analgesia hipnótica están relacionados con las creencias, las expectativas y la distracción, inherentes a las instrucciones de analgesia hipnótica, así como la hipnotizabilidad de los pacientes. La investigación al respecto de estos mecanismos muestra que diferentes sugerencias afectan la actividad en diferentes partes del cerebro (Jensen, 2009; Hofbauer et al., 2001), y se ha sugerido que la combinación de sugerencias analgésicas y no analgésicas puede proporcionar el mayor beneficio para los pacientes con dolor crónico (Stoelb, et al., 2009), poca investigación ha abordado específicamente los efectos de diferencias en el contenido de las sugerencias hipnóticas sobre los resultados. En una revisión de las publicaciones sobre ensayos clínicos con hipnosis llevado a cabo por Dilworth (2010) se encontró que tanto las sugerencias dirigidas al dolor como otras más genéricas afectaban positivamente la experiencia de dolor, incluso que el uso de sugerencias posthipnóticas, que buscan beneficiar en situaciones futuras, podría tener un

peso en estos beneficios, si bien era algo aún por estudiar en profundidad. Al tratar personas con dolor crónico la reducción del dolor se considera a veces menos importante que la mejora en el nivel de actividad y la calidad de vida para algunas de estas (Turk et al, 1999; 1998). En realidad, sugerencias hipnóticas diferentes parecen influir sobre la experiencia de dolor a través de sus efectos en diferentes puntos y procesos neurofisiológicos. Esta observación plantearía la posibilidad de que la eficacia de las intervenciones de analgesia hipnótica pudieran optimizarse incluyendo sugerencias dirigidas a múltiples procesos y áreas neurofisiológicas subyacentes (Pellicer, 2016).

Su eficacia ha sido ampliamente reconocida, tanto por organismos como el *National Institute of Health Technology Assessment Panel Report* (1996) como recogida por rigurosos estudios como el meta-análisis de Montgomery et al. (2000). Éste último reunió los datos de dieciocho estudios previos, en los que se estudiaban a 933 participantes con dolor de muy diversa índole, y los datos reflejaban como la hipnosis podía aliviar hasta a un 75% de la población afectada de distintos tipos de dolor, sin que la sugestionabilidad hipnótica previa interfiera en estos resultados (Jensen, 2011). Concretamente se encuentra una reducción del dolor de moderada a elevada, tanto en el dolor clínico como en el experimental, siendo superiores los procedimientos de analgesia hipnótica a la medicación y el placebo psicológico de acuerdo con los criterios de un tratamiento bien establecido (Chambless y Hollon, 1998). En otro estudio (Lang et al., 2000) con 231 pacientes que debían someterse a pruebas médicas dolorosas a los que dividieron en tres grupos, con relajación hipnótica, grupo placebo, y el tercer grupo con procedimientos habituales, encontraron que el grupo entrenado en relajación hipnótica fue el único en el que los niveles de dolor no aumentaron y el que menos uso de analgésicos hizo.

Con posterioridad a estos estudios se hizo una revisión en profundidad de los estudios clínicos controlados sobre dolor e hipnosis (Patterson y Jensen, 2003) excluyendo aquellos que no se definieron como hipnosis y teniendo en cuenta el tipo de dolor, agudo o crónico. Los resultados con dolor agudo muestran que los efectos de analgesia provocados por la hipnosis superaban los tratamientos estándar del dolor. Y respecto al dolor crónico los estudios exponen que los efectos de la analgesia hipnótica son superiores al no tratamiento aportando los mismos resultados que otros abordajes como el entrenamiento autógeno o la relajación y cuando se ha comparado la hipnosis con tratamientos como la terapia física, la atención y la información obtiene mejores resultados (Elkins, Jensen, y Patterson, 2007), y también se han señalado cómo aquellas intervenciones con hipnosis ofrecen mejores resultados que aquellas que no contemplan la hipnosis (Stoelb, Molton, Jensen, y Patterson, 2009).

La hipnosis cumple con los criterios de investigación clínica en psicología para considerarse un tratamiento eficaz y bien establecido, sin efectos secundarios, sin riesgo de reacciones adversas, disminuyendo los gastos de atención médica convencionales (Hammond, 2007). También se ha comprobado que los efectos beneficiosos de la hipnosis reducen otra sintomatología muy asociada al dolor e igualmente incapacitante como es la ansiedad, e incide significativamente en la mejora del sueño y la calidad de vida (Jensen et al., 2006). De forma general, las técnicas hipnóticas que son utilizadas en el abordaje del dolor pueden clasificarse en tres grandes categorías (Barber, 1983; Hart, 1993) según el objetivo que se persiga:

1. Sugestiones visuales, que buscan dar forma, tamaño y color a la experiencia de dolor y modificarla.
2. Sugestiones sensoriales, cuyo cometido es modificar las características de la experiencia percibida en el dolor por otras más placenteras o agradables.
3. Sugestiones cognitivas, centradas en modificar los significados que la persona da al dolor por otros menos catastrofistas o incapacitantes, así como la distracción de la atención sobre la experiencia dolorosa.

Dentro de las diferentes modalidades, las sugerencias concretas más utilizadas son (Moix, 2002): la *analgesia hipnótica* (ausencia de sensación de dolor); la *anestesia hipnótica* (ausencia de sensación); la *sustitución del dolor* (cambio de la sensación por otra más soportable); el *desplazamiento del dolor* (de un área del cuerpo a otra menos decisiva); la *disociación hipnótica* (se induce a la persona a experimentarse como fuera de sí, o en otro lugar o momento); la *reinterpretación de la experiencia del dolor* (el dolor lacerante, por ejemplo, es interpretado como un sobresalto repentino y momentáneo); la *distorsión temporal* (aumentar la percepción subjetiva del tiempo que se permanece en un periodo indoloro y disminuir la percepción temporal de los accesos de dolor); y por último, la *disminución progresiva del dolor*.

No todo vale en hipnosis para todo; se ha evidenciado que diferentes sugerencias involucran diferentes áreas cerebrales (Landry & Raz, 2015, 2016), y esto conlleva diferentes respuestas. La analgesia hipnótica produciría un proceso inhibitorio activo del procesamiento del dolor. Dillworth, Jensen, Mendoza, y Capafons (2010) revisaron los estudios sobre los mecanismos psicológicos y neurofisiológicos de la hipnosis. En el primer caso, aunque identificaron algunos factores psicológicos que pueden relacionarse con los resultados de algunos pacientes, no hallaron variable psicológica predictora de los



resultados obtenidos. En el segundo caso, hallaron medidas neurofisiológicas que mostraron que los efectos de la analgesia hipnótica sobre la actividad cortical donde estarían implicadas diversas estructuras cerebrales corticales y subcorticales. Estudios con técnicas de Resonancia Magnética Funcional y PET han revelado que determinadas estructuras cerebrales implicadas en la percepción del dolor (como por ejemplo, el córtex somatosensorial, el córtex cingulado anterior, o la ínsula) se ven afectadas por la sugestión hipnótica y estos cambios en el procesamiento del dolor estarían estrechamente relacionados con el contenido de las sugerencias de analgesia (Derbyshire, Whalley, Stenger y Oakley, 2004). Estas sugerencias facilitan:

- La creación de estrategias distractoras de la atención respecto al dolor.
- Entender el dolor como una situación manejable y modulable.
- Reinterpretar la experiencia de sufrimiento asociada al dolor por una más tolerable.

El objetivo principal de un tratamiento hipnótico no es cambiar el dolor durante la hipnosis, más bien mediante las sugerencias enseñar habilidades y estrategias que alterarán la intensidad del dolor y sus efectos diarios (Jensen y Patterson, 2006). La hipnosis tiene efectos beneficiosos relacionados con la intensidad del dolor, su duración, la frecuencia, localización, disminución de la medicación analgesia, aumento sentimiento subjetivo de eficacia, la ansiedad, el sueño, la calidad de vida, etc. Estos mismos autores (Jensen & Patterson, 2005) proponen los que podrían considerarse los componentes básicos de un tratamiento de hipnosis para el dolor que incluirían:

- Inducción estandarizada.
- Sugestiones relacionadas con el dolor.

- Duración mínima de 20 minutos.
- 4 o más sesiones de tratamiento de hipnosis.
- Recomendaciones para la práctica en casa con o sin grabación de audio.

Además de los efectos positivos que resultan del uso de una intervención hipnótica, es importante tener en cuenta que la hipnosis igualmente resulta beneficiosa en términos económicos pues es fácil de administrar, no necesita de aparatos, reduce el gasto en medicación o rehabilitación, reduce los postoperatorios y sin efectos secundarios adversos (Hammond, 2007; Kohen y Zajac, 2007; Tsao y Zeltzer, 2005) o como ha señalado Jensen (2013), la hipnosis tiene muchos "efectos secundarios" que son abrumadoramente positivos.

### **3.3 Autohipnosis en la Gestión del Dolor**

Ya se han señalado las evidencias sobre la utilidad de la hipnosis en la gestión del dolor. En este sentido, cuando se aplican procedimientos de hipnosis, por lo general, se le enseñan a la persona rutinas de autoaplicación. Según Pellicer (2016) es habitual iniciar desde las primeras sesiones en cualquier abordaje con hipnosis para el dolor un entrenamiento en autohipnosis, a fin de que el paciente aprenda a aplicar las técnicas de analgesia hipnótica en ejercicios efectuados diariamente. El entrenamiento en autohipnosis en pacientes con dolor crónico parece que tendría dos efectos:

- Reducción a corto plazo del dolor que se produce durante la sesión de tratamiento o durante la práctica realizada en casa (en alrededor del 70 % de personas con dolor crónico).

- Reducción a largo plazo en el dolor basal diario (en un 20-30 % de los pacientes) (Jensen et al., 2005).

Esto deriva del hecho de que toda hipnosis puede ser considerada autohipnosis (Coue, 1922). Tal vez el primero que señaló que hipnosis era autohipnosis fue el cirujano escocés James Braid (1795-1860), el primero en acuñar el término hipnosis como un "sueño nervioso". El método más eficiente para inducirlo era fijando la mirada en un objeto brillante en movimiento a pocos centímetros de los ojos y consideraba que cualquiera podría producirse a sí mismo siguiendo las reglas que él había desarrollado. Lo cierto es que desde hace décadas se conoce que el mecanismo de funcionamiento de la hipnosis está más relacionado con la persona que la experimenta que con el profesional que la imparte (E, R, Hilgard, 1965). Para otros autores la autohipnosis no sería más que una variante de la heterohipnosis (Weitzenhoffer, 1957). Será en 2004 cuando la APA, en su nueva definición de la hipnosis, hace constar la existencia de los procedimientos de autohipnosis.

Por autohipnosis se entiende al proceso por el cual una persona pone en marcha por sí misma técnicas de hipnosis que le permiten focalizar su atención en determinados estímulos, con el objetivo de elicitar determinadas respuestas perceptivas en sí misma. Desde una perspectiva cognitivo-comportamental se deriva la noción de hipnosis como una forma de autocontrol, pudiéndose conceptualizar a la autohipnosis como una estrategia general de afrontamiento (Capafons 1998a, 1998b). Este proceso consta de varias fases en las que la persona aprende de la mano de un profesional, en este caso un psicólogo con formación en hipnosis, los pasos para practicar por sí misma, mediante ejercicios de hipnosis con el objetivo de gestionar mejor su dolor y las respuestas asociadas al mismo, como son la ansiedad o la falta de descanso. Es un procedimiento

que en su desarrollo ha de ser agradable de usar, fácil de aprender y poner en marcha, y debería poder generalizarse a momentos de la vida cotidiana, enfatizando el control personal. Un componente central de la autohipnosis es la autosugestión, o instrucción que la persona se da a sí misma.

Es con los trabajos de Fromm y su grupo de investigación (1982) cuando empieza a crecer el interés por la autohipnosis, comparando el proceso de la misma con el de la heterohipnosis, y si bien estos autores se centraron en las diferencias de procedimiento y no tanto en desarrollar un método estandarizado de autohipnosis, si que consiguieron atraer la atención sobre este campo de estudio. Son pocos los métodos estructurados que difieren de los procedimientos heterohipnóticos, a excepción del método de Spiegel y Spiegel o el de autohipnosis activo-alerta modelo de Valencia (Capafons, 1998). Como indican Lynn, Kirsch y Rhue (1996) enmarcar la experiencia hipnótica como autohipnosis disminuye las reticencias de los clientes, involucrándolos activamente en el proceso terapéutico. Además, existe evidencia experimental de que empezar con autohipnosis facilita la respuesta posterior a las sugerencias y a la propia heterohipnosis (Jonson, Dawson, Clark, y Sikorsky, 1983). Según Miró (2016, en prensa) la autohipnosis es una alternativa conveniente porque no requiere grandes equipamientos ni gasto y cualquier persona con un entrenamiento mínimo la puede utilizar. Los costes son reducidos y las ventajas importantes. Dorfman et al., (2013) investigaron la eficacia de la auto-hipnosis en el manejo del dolor en pacientes con polineuropatía sensorial distal. Los resultados mostraron reducciones de dolor post intervención, y a las 7 semanas de seguimiento, así como cambios positivos en las medidas de afecto y calidad de vida. Se concluyó que las intervenciones breves con auto-hipnosis son prometedoras para el manejo del dolor.

No obstante, aún queda mucho por dilucidar sobre los efectos del entrenamiento en autohipnosis para el manejo del dolor en general y de la FM en particular, pues no hay suficientes estudios controlados que permitan entender en profundidad si los beneficios recogidos son fruto de las expectativas, el tiempo, o de la atención terapéutica recibida (Jensen y Patterson, 2009). En este sentido más allá de una estructura básica, hay grandes variaciones en muchos abordajes, por ejemplo, las inducciones pueden durar segundos o muchos minutos, incluso hasta una hora o más. Las sugerencias pueden variar tanto en términos de experiencias específicas versus más vagas y el objetivo de cambio igualmente puede ser variado, disminución dolor, mayor comodidad, distracción, cambios en las creencias o actitudes, aumento de la autoeficacia, sueño mejorado, etc. (Dillworth, et al., 2010). En un ensayo controlado aleatorio (Lang, et al., 2000) se observó que los efectos anestésicos de la hipnosis durante la radiología intervencionista, el grupo de pacientes que había entrenado autohipnosis había reducido el dolor y la cantidad de analgesia utilizada a través de la bomba de analgesia y redujo el tiempo de procedimiento un 22% en comparación con el grupo control. Respecto a las características del entrenamiento en autohipnosis en el reciente estudio de Tan et al., (2015) se distribuyeron aleatoriamente a 100 pacientes con lumbalgia crónica a una de estas cuatro condiciones: 8 sesiones de auto-hipnosis sin grabación para casa; 8 sesiones de auto-hipnosis con grabación; 2 sesiones de auto-hipnosis con grabación más una breve llamada de recordatorio de forma semanal; 8 sesiones de biorretroalimentación como grupo control. Los resultados mostraron que en los 4 grupos se produjeron reducciones del dolor. Los 3 grupos de hipnosis redujeron significativamente el dolor respecto al grupo control, no existiendo diferencias entre ellos.

El uso clínico de la heterohipnosis establece generalmente los protocolos para el uso de la autohipnosis, si bien se han constatado similitudes como un alto grado de absorción, un desvanecimiento generalizado de la orientación a la realidad, incluso rendimientos similares en su aplicación grupal (Johnson & Peso, 1976; Ruch, 1975), también hay diferencias entre uno y otro procedimiento que muestran cómo parece haber una imaginería más enriquecida en la autohipnosis (Fromm et al., 1981), así como una mayor activación cognitiva y autocontrol percibido (Johnson, 1981). La razón última del entrenamiento en autohipnosis es que la persona gane en autonomía y pueda adoptar un papel activo en el manejo de su dolencia y en ausencia del profesional. La práctica de la autohipnosis con sugerencias de analgesia hipnótica favorece que los pacientes informen de menos dolor crónico diario, y obtengan reducciones significativas en momentos puntales, asimismo hay una reducción general estable, tras un año de seguimiento (Gonzalez Ordí, 2013). Y cuando se compara su beneficio en dolor crónico con el entrenamiento en otras técnicas como puede ser relajación muscular progresiva, se encuentran beneficios significativos a favor de la autohipnosis durante el tratamiento y en la práctica mantenida posterior a este (Jensen y Patterson, 2009).

### **3.4 Hipnosis Como Tratamiento de la Fibromialgia**

Como se ha indicado anteriormente, los síntomas claves en FM son el dolor crónico, el sueño no reparador, la fatiga física y los desórdenes cognitivos y conllevan que los pacientes usen un gran número de tratamientos farmacológicos y físicos y en menor medida abordajes psicológicos (Bernardy et al., 2011). En un búsqueda por internet tan solo aparece que el 3% de los abordajes para la FM emplean la hipnosis (Bennett et al., 2007). Aún en el reciente metaanálisis sobre tratamientos psicológicos en fibromialgia

llevado a cabo por Glombiewski (2010) no aparecía la hipnosis incluida en ninguno, y el uso específico y exclusivo de la hipnosis en el abordaje de la FM ha sido revisado por el meta-análisis de Bernardy y colaboradores (2011), partiendo de la base que en general encuentran una baja calidad metodológica en los estudios revisados, los cuales ponen de manifiesto que la hipnosis aporta beneficios en la reducción del dolor, en la mejora de los problemas de sueño y en la reducción de la fatiga física. De una manera específica y basándose en el consenso de expertos, la recomendación para el uso de la hipnosis en FM, adjunta a otros tratamientos, farmacológicos o no-farmacológicos, ha sido realizada por la *German Interdisciplinary Guideline* (Thieme, K et al., 2008). Picard et al., (2013) en un ensayo controlado y aleatorizado, compararon un grupo de pacientes con fibromialgia que recibió una intervención con hipnosis, con un grupo control de lista de espera. No aparecieron diferencias significativas en la reducción del dolor, pero sí en los efectos secundarios de la enfermedad, mejorando las cogniciones, emociones y el sueño. Rodríguez-Álamo et al., (2014) comparó cuatro métodos para controlar el dolor en 36 pacientes con fibromialgia, asignándolos a 4 grupos: hipnosis individual, hipnosis en grupo, auto-hipnosis con grabación audio, y relajación autógena en grupo. Las cuatro intervenciones resultaron igual de eficaces para la reducción del dolor.

La hipnosis contribuye a mejorar los efectos de la TCC estándar cuando se aplica conjuntamente (Castel et al., 2012). El tratamiento de los síndromes dolorosos, hoy en día, influenciado por los modelos teóricos que dan al dolor crónico una nueva perspectiva (Melzack y Wall, 1975) amplían y superan los abordajes exclusivamente farmacológicos o físicos. Como hemos visto las aproximaciones psicológicas, principalmente tratamientos cognitivos conductuales, resultan ser elementos centrales en el abordaje del dolor, y dentro de estos, las evidencias sobre la mejora de sus resultados al incluir hipnosis

han sido también evidenciados, como puso de manifiesto el metaanálisis de Montgomery et al., (1995).

Son pocos estudios los que de manera particular profundizan en la eficacia de la hipnosis en FM, integrada en procesos terapéuticos y de asistencia más amplios. El estudio inicial de Castel y colaboradores sobre FM, (2007) mostró cómo la hipnosis mejora el tratamiento estándar TCC, concretamente el mayor alivio en la intensidad del dolor y su dimensión sensorial fue producido por hipnosis con analgesia hipnótica. Sin embargo cuando la hipnosis es seguida de sugerencias de relajación no mejora la relajación por sí sola. Este estudio no muestra la evolución del beneficio adquirido tras el tratamiento. Algo que posteriormente revisará el autor (Castel et al., 2012) en un nuevo estudio. Éste y su equipo encontraron, utilizando un modelo de análisis mixto, diferencias estadísticas significativas al comparar el TCC más hipnosis con el TCC estándar, en una mayor reducción de estrés psicológico, catastrofización, puntuación FIQ, cantidad de sueño y problemas de sueño, a favor del primero, concluyendo que los programas multicomponentes con hipnosis mejoran los beneficios de los programas de abordaje estándar. En otros estudios se muestra la mejora de la autoestima tras la intervención con hipnosis (Cardeña, et al., 2007). Parece ser que el nivel de sugestionabilidad del paciente también está relacionado con la disminución del dolor al aplicar hipnosis en FM (Castel et al., 2007).

Álvarez-Nemegyei y colaboradores (2006) utilizaron un enfoque de hipnosis ericksoniana eficaz en el abordaje del dolor crónico (Messige, 1991; Weiss, 1994), con pacientes diagnosticados de FM. Este enfoque parte del desarrollado por Milton Erickson (Bliss, 1994) y supone entender la hipnosis como un estado alternativo de conciencia que conlleva que la atención esté ampliamente focalizada al interior de la persona. El estudio



de Álvarez-Nemegyei señala que los puntos dolorosos utilizados en el diagnóstico de la FM se reducen tras el tratamiento, sin embargo no encontraron ningún tipo de cambio significativo en el estado funcional ni la evaluación global de la enfermedad. En otro estudio (Martínez Pintor, et al., 2006) investigan sobre un grupo de 75 pacientes con FM encontrando mejorías significativas principalmente en la ansiedad percibida y los niveles de dolor según escala analógica visual, y en menor intensidad en depresión y astenia.

Por su parte en un estudio de N=1 línea base múltiple, Martínez-Valero y colaboradores (2008) compararon la eficacia del tratamiento multicomponente TCC con y sin hipnosis con tratamiento farmacológico para la FM. Los resultados mostraron que la mayor reducción en la intensidad del dolor y su dimensión sensorial lo ofrecía la hipnosis con sugerencias de analgesia hipnótica, y en segundo lugar la propia hipnosis seguida de sugerencias de relajación y éste último protocolo no era más eficaz que la relajación sola. Estas mismas conclusiones aparecen en otros estudios (Castel et al., 2009, 2012) en los que se examinaron los efectos de la hipnosis como coadyuvante de la TCC, mejorando los mismos cuando se comparaba con tratamientos TCC sin hipnosis, manteniendo los mismos criterios de aplicación, número y duración de las sesiones y número de participantes.



## **SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN**



## **4. Objetivos e Hipótesis**

---

## 4.1 Objetivo

Determinar el Incremento de Eficacia del Entrenamiento en Autohipnosis en un protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico de la Fibromialgia, en comparación con un protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico sin Autohipnosis para mejorar la calidad de vida en pacientes con FM.

## 4.2 Hipótesis

### Hipótesis 1:

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis en la reducción de la intensidad del Dolor Generalizado.

### Hipótesis 1.1:

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### Hipótesis 2:

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Gravedad de Síntomas.

### **Hipótesis 2.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 3:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Intensidad del Dolor en las últimas 24 horas.

### **Hipótesis 3.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 4:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Interferencia del Dolor en las últimas 24 horas.

### **Hipótesis 4.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 5:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Intensidad del Dolor Presente.

### **Hipótesis 5.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 6:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Interferencia del Dolor Ahora.

### **Hipótesis 6.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 7:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción del Impacto de la Fibromialgia.

### **Hipótesis 7.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 8:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Función Física.

### **Hipótesis 8.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 9:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento del Rol Físico.

### **Hipótesis 9.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 10:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción del Dolor Físico.

### **Hipótesis 10.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 11:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Salud General.



### **Hipótesis 11.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 12:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Vitalidad.

### **Hipótesis 12.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 13:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Función Social.

### **Hipótesis 13.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 14:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Rol Emocional.

### **Hipótesis 14.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 15:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento del Salud Mental.

### **Hipótesis 15.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 16:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el reducción de la Hostilidad.

### **Hipótesis 16.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 17:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento del Vigor.

### **Hipótesis 17.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 18:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Fatiga.

### **Hipótesis 18.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 19:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Confusión.

### **Hipótesis 19.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 20:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Tensión.

**Hipótesis 20.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

**Hipótesis 21:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Depresión (POMS).

**Hipótesis 21.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

**Hipótesis 22:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la mejora de la puntuación Total del Estado de Ánimo (POMS) .

**Hipótesis 22.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

**Hipótesis 23:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Depresión (BDI).

### **Hipótesis 23.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 24:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Calidad Sensorial del Dolor (SFMPQ).

### **Hipótesis 24.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 25:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Calidad Sensorial del Dolor (SFMPQ).

### **Hipótesis 25.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 26:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Puntuación Total (SFMPQ).

### **Hipótesis 26.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.

### **Hipótesis 27:**

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Mejoría Global Percibida por el Paciente (PGIC).

### **Hipótesis 27.1:**

En el caso de confirmarse la anterior hipótesis la mejoría se mantendrá en el seguimiento.



## **5. Método**

---

## 5. 1 Participantes

### 5.1.1 Ámbito

Pacientes socios de la Asociación de Fibromialgia de Sevilla (Afibrose). Todos en Sevilla y provincia y con diagnóstico de fibromialgia, requisito indispensable para poder formar parte de la asociación.

### 5.1.2 Sujetos

El tamaño de la muestra es de 80 personas, 40 para el grupo experimental y 40 para grupo control. Se ha calculado utilizando el software G\*Power 3 (Faul et al, 2007), estableciendo los siguientes parámetros: Test estadístico ANOVA de medidas repetidas, tamaño del efecto mediano (0,34); un error tipo alfa de 0,05; potencia estadística de 0,80; 2 grupos; 3 repeticiones o medidas; y correlación entre las medidas repetidas de 0,5.

- Grupo Experimental (GE): Pacientes atendidos en la Asociación de Fibromialgia de Sevilla (Afibrose) y reclutados a medida que demandan participar de las distintas actividades organizadas en la asociación, siempre que cumplieran los criterios de inclusión
- Grupo Control (GC): Pacientes atendidos en la Asociación de Fibromialgia de Sevilla (Afibrose) y reclutados a medida que demandan participar de las distintas actividades organizadas en la asociación, siempre que cumplieran los criterios de inclusión.

En relación con aspectos sociodemográficos se encontró que la edad media de la muestra se encuentra entre los 55,5 años de edad. Hay una mayor participación de mujeres



(16/1) estado civil mayoritario es de casados, seguidos de aquellos con pareja y con estudios secundarios y universitarios en su mayoría. En cuanto a la situación laboral en el grupo experimental predominan las personas jubiladas por enfermedad (27,3%) y en activo (21,2%), y en el grupo control son trabajadoras la mayoría (25,8%) y amas de casa en segundo lugar (22,6). Asimismo el diagnóstico de FM es formulado principalmente en ambos grupos por parte del especialista en reumatología.

Respecto al dolor ambos grupos se muestran muy parejas con una media de entre 15,6 y 16 años de historia de dolor. Y la frecuencia del dolor que experimentan en el momento de la primera entrevista es diaria con una persistencia cercana a las 17 horas y una intensidad moderada-alta.

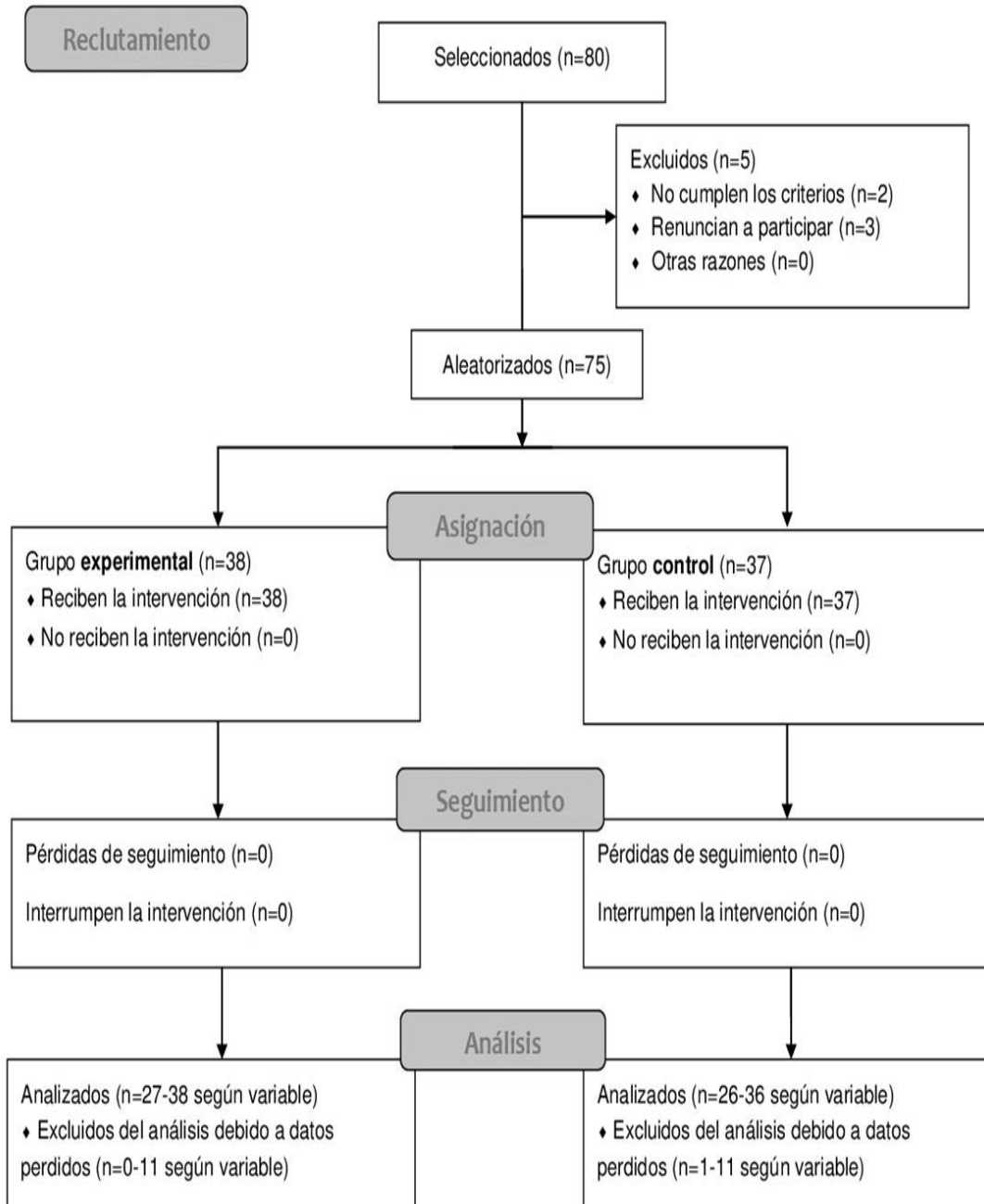
### **5.1.3 Criterios de Inclusión**

- Mujeres y hombres diagnosticados de FM en centros de atención Especializada o Primaria (Reumatología, Medicina Interna, Unidad del dolor, etc) del Servicio Andaluz de Salud, o administraciones similares de otras comunidades.
- Que acepten participar del estudio, con el compromiso de asistir a las distintas convocatorias y controles establecidos.
- Con edad superior a los 18 años en el momento de su inclusión.
- Que su nivel de estudios y formación académica permitiera al menos la comprensión del material entregado en la evaluación e intervención.
- Que sean socios de AFIBROSE.

### **5.1.4 Criterios de Exclusión**

- No encontrarse en el momento del estudio bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico paralelo.
- Estar incapacitado para cumplimentar los cuestionarios.
- Hallarse en litigio laboral o en tramitación de invalidez.

### 5.1.5 Diagrama de Flujo del Progreso (CONSORT 2010)



**Figura 2.** Diagrama de Flujo del Progreso del Estudio. Fuente: Cobos-Carbó et al., 2010

## 5.2 Diseño y Variables

El diseño es experimental con grupo control, es decir es un ensayo clínico aleatorio controlado. El análisis estadístico consiste en un diseño factorial mixto de medidas repetidas donde la variable intra-sujeto es el momento de la evaluación pre-post-seguimiento y la variable inter-sujeto es el grupo experimental vs. grupo control (diseño 3x2).

El Tamaño del Efecto es el nombre dado a una familia de índices que miden la magnitud del efecto del tratamiento. A diferencia de las pruebas de significación, estos índices son independientes del tamaño de la muestra. Los índices del Tamaño del Efecto se utilizan en los estudios de meta-análisis como medio de resumen cuantitativo de los resultados de diferentes investigaciones sobre un área de investigación específica. La magnitud del efecto experimental señala el grado de asociación entre un efecto (sea principal, de interacción o un contraste) y la variable dependiente. Si el valor de esa medida de asociación es al cuadrado, entonces puede ser interpretada como la proporción de varianza de la variable dependiente que es atribuida al efecto (Frias-Navarro, 2009).

Para calcular el Tamaño del Efecto, aunque el programa SPSS proporciona un índice “eta al cuadrado” parcial, éste puede estar sobrestimado en los diseños de medidas repetidas (Olejnik y Algina, 2003), motivo por el cual procedimos al cálculo manual del  $R^2$ , que resulta de dividir la suma de cuadrados de la variable intra-sujetos entre el sumatorio de la suma de cuadrados de la variable intra-sujetos, la suma de cuadrados del error intra-sujetos y la suma de cuadrados del error entre-sujetos. Para su interpretación seguimos los niveles de Cohen (1992), ver anexo IV.

Las variables que se contemplaron en este estudio fueron las siguientes

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	
<b>Grupo Control:</b>	Programa de Afrontamiento Psicológico
<b>Grupo Experimental:</b>	Entrenamiento en Autohipnosis más Programa de Afrontamiento Psicológico
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>	
<b>Área de Dolor</b>	Dolor Generalizado-WPI
	Intensidad Presente
	Interferencia Presente
	Intensidad 24 horas
	Interferencia 24 Horas
<b>Sintomatología General</b>	Gravedad de Síntomas-SS
<b>Impacto FM</b>	Nivel FIQ
<b>Salud General</b>	Función Física-SF12
	Rol Físico-SF12
	Dolor Físico-SF12
	Salud General-SF12
	Vitalidad-SF12
	Función Social-SF12
	Rol Emocional-SF12
	Salud Mental-SF12

<b>Área Emocional</b>	Hostilidad-POMS
	Vigor-POMS
	Fatiga-POMS
	Confusión-POMS
	Tensión-POMS
	Depresión-POMS
	Total-POMS
<b>Depresión</b>	Depresión-BDI
<b>Cualidad Dolorosa</b>	Sensorial-SFMPQ
	Emocional-SFMPQ
	Total-SFMPQ
<b>Mejoría Global Percibida por el Paciente</b>	PGIC

**Tabla 4.** Variables de Estudio

Igualmente se utilizaron las características socio-demográficas como variables secundarias que sirvieron para caracterizar la muestra: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, situación familiar, diagnóstico, frecuencia y duración del dolor, etc.

## 5.3 Material

### 5.3.1 Material de Evaluación

La variabilidad entre los ensayos clínicos en las evaluaciones de los resultados, ha obstaculizado las evaluaciones de la eficacia y efectividad de tratamientos para el dolor

crónico. El uso de diferentes dominios excluye comparaciones significativas entre los estudios. Una forma de facilitar tales evaluaciones sería mediante la uso de un conjunto estándar de dominios. Esto permitiría comparaciones entre diferentes muestras, tratamientos y ajustes, fomentando así una investigación más completa. En este sentido, este estudio sigue las recomendaciones de la *Iniciativa sobre Métodos, Medición y Evaluación del Dolor en Ensayos Clínicos* (IMMPACT); que selecciona las medidas que cumplen con los estándares psicométricos apropiados (fiabilidad, validez, capacidad de respuesta, datos normativos apropiados), y cuyas recomendaciones son más aplicables a los ensayos de tratamientos para el dolor crónico diseñados para valorar su eficacia o efectividad (Turk et al., 2003). Los dominios principales para los ensayos clínicos de la eficacia o efectividad del tratamiento del dolor crónico son:

- **Dolor.** Hay varias dimensiones del dolor que pueden ser evaluadas en un ensayo clínico (por ejemplo, intensidad, localización, descriptores específicos y cualidades)
- **Funcionamiento físico.** Además de aliviar los síntomas clínicos y prolongar la supervivencia, los objetivos de la intervención sanitaria incluyen la mejora del funcionamiento (Revicki et al., 2000). Por lo tanto, existe la necesidad de evaluar múltiples dominios de funcionamiento, incluyendo comportamiento, humor y satisfacción.
- **Funcionamiento emocional.** Los resultados de numerosos estudios sugieren que el dolor crónico a menudo se asocia con la angustia emocional, particularmente depresión, ansiedad, enojo e irritabilidad (Fernández y Turk, 1995; Banks y Kerns, 1996; Robinson y Riley, 1999).

- **Mejoría global percibida por el paciente.** Las evaluaciones globales de los participantes en los ensayos de los beneficios del tratamiento reflejan no sólo la magnitud de los cambios en estos resultados y sentimientos sobre el tratamiento, también son determinantes importantes de su satisfacción en el tratamiento. Los resultados proporcionan apoyo para su validez (Fischer et al., 1999; Collins et al., 2001; Farrar et al., 2001).
- **Síntomas y eventos adversos.** Muchos participantes experimentarán síntomas y eventos relacionados con su enfermedad y su tratamiento, la importancia de evaluar eventos adversos ha sido reconocida como un componente esencial de los ensayos clínicos terapéuticos (Anderson y Testa, 1994).
- **Disposición del participante.** Siguiendo las recomendaciones del CONSORT (Normas Consolidadas para la Presentación de Informes Directrices, CONSORT; Begg et al., 1996; Moher et al. 2001). Debe proporcionarse información detallada sobre el alcance y las razones de la no adherencia al tratamiento, medicamentos concomitantes prohibidos y cualquier otra desviación que puedan afectar la interpretación del juicio, resultados, modificación del tratamiento, retirada prematura del participante, desde el ensayo, y la pérdida al seguimiento. Esta caracterización detallada es el sexto dominio central que debe ser evaluados en todos los ensayos clínicos de tratamiento del dolor crónico.

Hay otros dominios suplementarios que pueden incluirse en el diseño de los ensayos clínicos sobre el dolor y que también recoge la iniciativa IMMPACT (Turk et al., 2003). Estos son:

- Roles que desempeña.



- Funcionamiento interpersonal (es decir, relaciones y actividades con la familia, Amigos y otros).
- Medidas farmacológicas y utilización de la asistencia sanitaria.
- Marcadores biológicos (evaluaciones basadas en pruebas sensoriales cuantitativas, marcadores genéticos, farmacogenómica y biopsia, etc).
- Clasificaciones clínicas o substitutas de la mejora global.
- Afrontamiento.
- Evaluaciones neuropsicológicas de la función cognitiva y motora.
- El sufrimiento y otros problemas de fin de vida.

Para la medición de estos dominios la iniciativa IMMPACT también acuerda las pruebas que son necesarias (Fitzpatrick et al., 1998; Comité Asesor Científico de la Asociación Médica Outcomes Trust, 2002). Y los diez criterios utilizados para evaluar el núcleo potencial de estas medidas fueron:

1. Adecuación del contenido de la medida y modelo conceptual.
2. Fiabilidad.
3. Validez.
4. Capacidad de respuesta.
5. Interpretabilidad.
6. Precisión de las puntuaciones.
7. Aceptabilidad en entrevistado y administrador aceptabilidad.
8. La carga de los encuestados y administradores y factibilidad.
9. Disponibilidad y equivalencia de formas y métodos de administración.
10. Disponibilidad y equivalencia de versiones para diferentes culturas e idiomas.

Según el dominio a evaluar las pruebas recomendadas son:

- Dolor:  
  
Escala de puntuación numérica de 11 puntos (0-10) de la intensidad del dolor.  
  
Uso de analgésicos de rescate.  
  
Clasificación categórica de la intensidad del dolor (ninguna, leve, moderada, grave) en circunstancias en las que las calificaciones numéricas pueden ser problemáticas.
- Funcionamiento físico (cualquiera de las dos medidas):  
  
Escala de Interferencia Multidimensional del Dolor (MPI)  
  
Inventario Breve de Dolor (BPI).
- Funcionamiento emocional (al menos una de las dos medidas)  
  
Inventario de Depresión de Beck (BDI).  
  
Perfil de los Estados de Animo (POMS).
- Las calificaciones de los participantes de la mejora global y la satisfacción con el tratamiento.  
  
Mejoría Global Percibida por el Paciente (PGIC)
- Síntomas y eventos adversos  
  
Captura pasiva de eventos y síntomas adversos reportados espontáneamente y uso de avisos abiertos.
- Disposición del participante  
  
Información detallada sobre el reclutamiento y el progreso de los participantes  
  
Durante el juicio, incluyendo toda la información especificada en la guía CONSORT.

Por tanto, y según las recomendaciones expuestas, el material que se utilizó en las evaluaciones de este estudio incluye:

- *Entrevista Estructurada* elaborada por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla que incluye una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de Mc Gill (SFMPQ) (Anexo I)
- *Escala de Impresión Clínica Global (PGIC)*, y la *Batería de Evaluación Psicológica para el Dolor Crónico* (Anexo II), elaborada igualmente por el departamento.
- *Índice de Dolor Generalizado (WPI)* (Anexo II).
- *Índice de Gravedad de Síntomas (SS Score)* (Anexo II).
- *Cuestionario Impacto de la Fibromialgia* (Fybromialgia Impact Questionnaire, FIQ) (Anexo II).
- *Perfil de los Estados de Ánimo* (Profile of Mood State, POMS) (Anexo II).
- *Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory, BDI) (Anexo II).
- *Inventario de Sugestionabilidad (IS)* (Anexo II).
- *Cuestionario de Salud (SF-12)* (Anexo II).

#### **5.3.1.1 Índice de Dolor Generalizado (WPI)**

El Índice de Dolor Generalizado (Anexo II) junto al índice de Gravedad de Síntomas (Anexo II), constituyen las pruebas básicas para el diagnóstico de la FM (Wolfe et al, 2010) según los nuevos criterios diagnósticos especificados por la American College of Rheumatology (ACR).

El WPI comprende 19 áreas del cuerpo y el paciente debe señalar dónde ha tenido dolor durante la última semana. Estas áreas fueron las descritas anteriormente como parte de la *Escala Regional de Dolor* (renombrado aquí como el WPI).

El WPI es un instrumento sencillo de usar y rápido en su realización. En su diseño se tuvo en cuenta que un recuento de escala continua de las regiones dolorosas aporta más información que la simple escala generalizada de dolor (Wolfe et al, 2010). Asimismo el WPI está altamente correlacionado con el recuento de puntos de reumatólogos altamente experimentados, esto mostró el vínculo que existe entre el examen físico y dolor autoinformado.

La escala SS y el WPI se combinaron para formar una nueva definición de caso de FM: WPI de 7 o superior y SS de 5 o superior o WPI de 3 a 6 y SS de 9 o superior. Utilizando los criterios de clasificación ACR 1990 como el patrón oro, los nuevos criterios diagnósticos ACR 2010 hicieron el diagnóstico correcto en el 83% de los casos. Sin embargo, alrededor del 9% de los controles satisfacían los nuevos criterios, en comparación con el 2% que cumplía los antiguos criterios de clasificación.

### **5.3.1.2 Índice de Gravedad de Síntomas (SS Score)**

El Índice de Gravedad de Síntomas (Anexo II) junto al Índice de Dolor Generalizado, constituyen las pruebas básicas para el diagnóstico de la FM (Wolfe et al, 2010) según los nuevos criterios diagnósticos especificados por la American College of Rheumatology (ACR). Estos criterios de diagnóstico para la fibromialgia son: (WPI  $\geq$  7 y SS  $\geq$  5) O (WPI 3-6 y SS  $\geq$  9). Esta simple definición de caso clínico de fibromialgia cataloga correctamente el 88,1% de los casos clasificados según los criterios de clasificación ACR, y no requiere un examen físico o sensible. La escala SS permite la evaluación de la

gravedad de los síntomas de la fibromialgia en personas con fibromialgia actual o previa y en aquellas a las que no se han aplicado los criterios. Será especialmente útil en la evaluación longitudinal de pacientes con marcada variabilidad de los síntomas.

La puntuación SS se determinó considerando los siguientes síntomas: fatiga, sueño no reparador, manifestaciones cognitivas y síntomas somáticos. A cada síntoma se le asigna una puntuación de 0 a 3, según su gravedad (en el caso de los 3 primeros) o la cantidad (en el caso de síntomas somáticos). En la creación de la escala SS los autores eligieron no incluir el estado de ánimo porque juzgaron el estado de ánimo difícil de evaluar y porque podría ser una característica resultante más que una característica principal de la enfermedad. Aunque se omitió el estado de ánimo, se correlacionó con la escala SS a 0,725 y con los componentes de la escala SS como sigue: cognición 0,625, síntomas somáticos 0,621, vigilia 0,619 y fatiga 0,612.

Se prevé el uso de los criterios diagnósticos de las siguientes maneras: después de un diagnóstico de fibromialgia por clasificación ACR o criterios diagnósticos, los resultados de la escala SS pueden documentar la gravedad de los síntomas basales. Si posteriormente el paciente no satisface la clasificación de la ACR o los criterios diagnósticos, la escala SS puede utilizarse para medir el estado actual de gravedad de los síntomas y el cambio en el estado sin la contradicción de tener un diagnóstico de fibromialgia pero no satisfacer los criterios de fibromialgia al mismo tiempo. Por supuesto, la escala SS también se puede utilizar en cualquier momento independientemente del estado de diagnóstico. La escala SS solo proporciona alguna información diagnóstica, pero no incluye el WPI. Proporciona información sobre la gravedad de los síntomas y permite que la fibromialgia sea vista como parte de un continuo, como algunos han sugerido. Los criterios y la escala de gravedad también

proporcionan espacio para aquellos que se sienten incómodos con el concepto de fibromialgia, ya que simplemente pueden reportar el WPI y la escala SS.

### **5.3.1.3 Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (Fybromialgia Impact Questionnaire, FIQ)**

En 1994, Burckhardt et al desarrollaron una herramienta específica para medir el impacto del SFM en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo presentan: el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (Anexo II). El FIQ evalúa el impacto del SFM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que el SFM ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro de SFM (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca del SFM y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. Además se compararon las propiedades psicométricas del nuevo cuestionario respecto al AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale), y se concluyó que el FIQ era un instrumento válido tanto para la investigación como para la clínica.

Este cuestionario ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas. El FIQ es un cuestionario multidimensional diseñado para que el paciente se lo pueda autoadministrar. Cuenta con unas instrucciones someras que explican cómo debe ser rellenado. Mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la realización del test, valora los componentes del estado de salud que suelen estar más afectados en pacientes con SFM. Consta de 10 ítems. El primero es el único que contiene varios subítems (a-j), en número

de 10, cada uno de ellos con un rango de 4 puntos (de 0, siempre, a 3, nunca) según una escala de Likert. Este ítem valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria: comprar, conducir, hacer la colada, etc. El segundo y tercer ítems corresponden a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana: el segundo en una escala del 1 al 7, y el tercero del 1 a 5. El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10. Si alguna persona no puede realizar algunas de las acciones planteadas por algunos ítems o subítems, éstos pueden dejarse en blanco. Tal sería el caso del subítem «conducir un coche», si el sujeto no dispone del permiso correspondiente, o del ítem «perder días de trabajo», si el paciente no trabaja fuera de casa. Para los 3 primeros ítems, cuya respuesta no se recoge en una escala del 0 al 10, son necesarias las siguientes recodificaciones:

- Para obtener la puntuación del primer ítem se suma el valor obtenido en cada uno de los 10 subítems, se divide por el número de ítems contestados y el resultado se multiplica por 3,33.
- El segundo ítem (1-7) debe ser recodificado y adaptado. Se invierten sus valores para que tenga el mismo sentido que el resto de los ítems y se multiplica por 1,43. El valor obtenido en el tercer ítem (1-5) debe multiplicarse por 2.
- Para obtener la puntuación total, se suman las puntuaciones individuales debidamente recodificadas y adaptadas. Si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suman las puntuaciones obtenidas y se dividen por el número de preguntas contestadas.

La puntuación del FIQ total se halla entre 0-100 ya que cada uno de los ítems tiene una puntuación de 0-10 una vez adaptado. De esta forma, 0 representa la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado. Su consistencia interna se

evaluó mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. Se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (ICC) entre las puntuaciones del FIQ, así como las subescalas del Cuestionario SF-36, de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y del Inventario Breve de Dolor. La fiabilidad test-retest se evaluó igualmente mediante coeficientes de correlación intraclase. Resultados El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de FIQ fue elevado (0,95) La fiabilidad test-retest fue buena para la puntuación total del FIQ y para las dimensiones de función y síntomas ( ICC  $\geq 0,70$ ) pero modesta para la dimensión de impacto global (ICC = 0,51). Asimismo se encontraron coeficientes de correlación elevados y estadísticamente significativos respecto a las restantes escalas aplicadas ( $p < 0,05$ ). Conclusión el FIQ es un instrumento válido para su uso en la evaluación e investigación clínicas (Salgueiro et al., 2013)

#### **5.3.1.4 Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood State, POMS)**

La búsqueda de evidencia empírica sobre la relación entre estado afectivo y comportamiento ha llevado al desarrollo de numerosas medidas del estado de ánimo subjetivo. Algunas de estas medidas han sido desarrolladas para evaluar el estado de ánimo atendiendo a una estructura general con dos dimensiones (estado de ánimo positivo y negativo) (Watson y Clark, 1994), mientras que otras abordan múltiples estados específicos. El Perfil de los Estados de Ánimo (Anexo II), más conocido por sus siglas en inglés, POMS (Profile of Mood States; McNair, Lorr y Droppleman, 1971), es una de las escalas pertenecientes a este segundo tipo de medición.

La fiabilidad total de la escala (calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach) es de 0.90. Los valores de consistencia interna para los factores se situaron entre 0.76 (Amistad) y 0.91 (Cólera) (Andrade-Fernandez, 2002).



Es una lista compuesta originalmente por 65 adjetivos, mediante la cual se puede obtener un índice general de alteración del estado de ánimo y siete medidas parciales, valorados mediante un formato tipo Likert, con 5 alternativas de respuesta, referidas a los estados de Tensión, Depresión, Cólera, Vigor, Fatiga, Confusión y Amistad. Para su elaboración, los autores realizaron seis Análisis Factoriales sobre un total de 100 adjetivos. El componente denominado Amistad no ha podido ser replicado de forma consistente; de ahí que con frecuencia se haya prescindido de los siete adjetivos empleados para su definición y que la versión más conocida del cuestionario haya quedado reducida a 58 items, si bien en nuestro estudio hemos utilizado la versión de 65 items (Andrade-Fernández, 2002) cada uno de ellos valorado siguiendo un formato tipo likert, con cinco alternativas de respuesta. Aunque ha sido diseñado para medir el efecto de la psicoterapia y la medicación psicotrópica en pacientes psiquiátricos externos, posteriormente ha sido probado en gran variedad de muestras no-psiquiátricas y se ha convertido en un instrumento muy popular en la investigación en Psicología del Deporte, ámbito en el que ha sido empleado con diferentes fines: para predecir el éxito y el fracaso deportivos (Morgan, 1980), para estudiar los beneficios derivados de la práctica de ejercicio (McDonald y Hodgdon, 1991) y en el seguimiento psicológico del sobreentrenamiento y la fatiga (Morgan, Brown, Raglin, O'Connor y Ellickson, 1987; Suay, Ricarte y Salvador, 1998).

Los resultados más concluyentes de los estudios con el POMS provienen de las muestras que son comparables con la edad y nivel educativo de los estudiantes universitarios de Estados Unidos. No existe todavía evidencia suficiente para su extrapolación a otros contextos socio-culturales. Se han desarrollado versiones abreviadas del cuestionario (Schacham, 1983; Grove y Prapavessis, 1992, para su aplicación a

pacientes hospitalizados y a deportistas, respectivamente) y ha sido adaptado a diferentes idiomas. En España se han realizado trabajos de traducción (Pérez y Marí, 1991) y de obtención de los datos normativos con una amplia muestra de estudiantes valencianos (Balaguer, Fuentes, Meliá, García-Merita y Pérez, 1993).

### **5.3.1.5 *Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory, BDI)**

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck (Anexo II) debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988).

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez. Lamentablemente, su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud (Lugo, Louro y Ballarre, 1996).

Es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho,

es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad. Para nuestro estudio hemos utilizado la adaptación española de 21 ítems BDI-II (Vázquez y Sanz, 1999).

El BDI proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Si una persona ha elegido varias categorías de

respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Se ha utilizado una metodología adecuada para traducir y adaptar los ítems a la población española. El contenido de la prueba incluye todos los criterios propuestos por DSM-IV y CIE10 para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos (todos los del DSM-IV y el 75% de los del CIE-10) para el diagnóstico de distimia. No se aportan resultados de consultas a expertos. Los estudios empíricos de validación de las puntuaciones aportan evidencias procedentes del análisis de la estructura interna del instrumento, de su utilidad diagnóstica y de correlaciones con marcadores relevantes de los constructos de depresión y ansiedad (MCMI-II, LED, STAI y BAI).

En lo que se refiere a la estructura interna, se realizaron análisis factoriales exploratorios en los que se replicaron los resultados de estudios factoriales en población clínica realizados por los autores de la prueba, obteniéndose dos factores: una dimensión somática (pérdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño, etc) y un factor cognitivo (autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio, etc). Dada la alta asociación entre ambos factores, es razonable considerar que la prueba mide un factor dominante de gravedad de la depresión. De hecho, el primer factor en la extracción inicial daba cuenta de un porcentaje de varianza sensiblemente superior (mayor del 30%) al de los factores sucesivos (menores del 7%).

Las puntuaciones de la prueba presentaron una adecuada validez convergente: elevadas correlaciones (superiores a 0.50) con las medidas de depresión del MCMI-II y del LED. La validez discriminante resultó más comprometida. Por un lado, se obtuvieron correlaciones moderadas con la medida de ansiedad del STAI. Por otro, sin embargo, se observaron altas correlaciones con la medida de ansiedad del BAI. Los autores argumentan que esta elevada asociación se explica por la presencia de síntomas compartidos en las definiciones clínicas de depresión y ansiedad. De hecho, los análisis factoriales conjuntos de los ítems del BAI y el BDI-II revelan la presencia de dos factores correlacionados pero distinguibles: uno de depresión y otro de ansiedad. No se aportan estudios sobre el funcionamiento diferencial de los ítems asociado al sexo, la patología (grupos normales y clínicos), etc.

Los resultados expuestos indican que el BDI-II es un test apropiado para la medición de la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva en la población española, tanto en ámbitos clínicos como de investigación. Sin embargo, estas buenas propiedades no justifican que el juicio diagnóstico sobre si una persona padece o no un trastorno depresivo recaiga solo en los resultados que el test ofrece. El BDI-II es un test útil para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, la gravedad de un paciente o su progreso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo en cuenta no solo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles o de ciertos diagnósticos concurrentes.

### **5.3.1.6 *Inventario de Sugestionabilidad (IS)***

El IS (Anexo II) es un instrumento de evaluación rápido, sencillo y fácilmente aplicable a diferentes contextos de la evaluación psicológica, en formato de autoinforme que ofrece una medida general de la sugestionabilidad (tendencia o propensión a ser sugestionado en diferentes ámbitos de la vida cotidiana) y cuatro subescalas: fantaseo, absorción-concentración, implicación emocional e influenciabilidad, que permiten saber en qué aspectos el individuo es más vulnerable a la sugestión (González Ordi y Miguel-Tobal 1995, 1997 y 1998) .

Ha mostrado ser estable en el tiempo y tener una aceptable consistencia interna. A través de los datos obtenidos con el I.S. podemos decir que los individuos altamente sugestionables se caracterizan por ser personas con una marcada tendencia a dejarse llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que les ocurren o podrían ocurrirles, por tener una buena capacidad para focalizar su atención y abstraerse con sus propios pensamientos o sensaciones, por implicarse emocionalmente en sus experiencias cotidianas y dejar que los demás influyan en sus actitudes, pensamientos y estado de ánimo, en ocasiones, más de lo que ellos mismos consideran conveniente.

El Inventario de Sugestionabilidad está constituido por 22 ítems de corrección directa con un formato de respuesta escalar, tipo Likert, de cinco puntos (de 0 a 4 puntos), donde los sujetos deben responder a la frecuencia con que dichas reacciones aparecen en su vida cotidiana, siguiendo los siguientes criterios: "0"= casi nunca, "1"=pocas veces, "2"= unas veces sí otras veces no, "3"= muchas veces y "4"= casi siempre. Para obtener los primeros datos sobre fiabilidad y consistencia interna de la prueba, el Inventario de Sugestionabilidad fue administrado a una muestra de 618 sujetos voluntarios estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (496 mujeres y

122 varones, con edades comprendidas entre los 17 y 30 años). La fiabilidad test-retest, en un período de tres meses, se obtuvo de una submuestra compuesta por 333 sujetos (274 mujeres y 59 varones). Los resultados fueron los siguientes: IS-total = 0.70; Factor 1 (Fantaseo)= 0.55; Factor 2 (Absorción)= 0.49; Factor 3 (Implicación Emocional)= 0.81; y Factor 4 (Influenciabilidad)= 0.71.

Aunque la fiabilidad test-retest (a tres meses) es altamente significativa para la prueba en su conjunto, debemos señalar que las subescalas que parecen ser más estables son la Implicación Emocional y la Influenciabilidad, mientras que el Fantaseo y la Absorción muestran tan sólo valores moderados. Respecto a la consistencia interna de la prueba, el Coeficiente Alfa de Cronbach para el total de la prueba es de .79 (N=618 Ss). En este sentido, el Inventario de sugestionabilidad - I.S. revela que los individuos altamente sugestionables serían personas con una marcada tendencia a dejarse llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que les ocurren o podrían ocurrirles, al tener una buena capacidad para focalizar su atención y abstraerse con sus propios pensamientos o sensaciones; asimismo, se caracterizan por implicarse emocionalmente en sus experiencias cotidianas y dejar que los demás influyan en sus actitudes, pensamientos y estado de ánimo, en ocasiones, más de lo que ellos mismos consideran conveniente. Por supuesto, esta descripción prototípica estaría referida principalmente a aquellos individuos con puntuaciones extremas en cada uno de los factores y, consecuentemente en el total de la prueba.

### **5.3.1.7 Cuestionario SF-12 sobre Estado de Salud**

El cuestionario de salud SF-12 (Anexo II) es una versión reducida del SF-36. La estrategia principal de interpretación de estos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la

salud (CVRS) es la utilización de normas poblacionales. La autopercepción del estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) aportan información complementaria a los indicadores de salud tradicionales basados en mortalidad, siendo imprescindibles para describir la salud en países desarrollados, donde la esperanza de vida ha ido aumentando de forma sostenida.

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para medir la CVRS es el Cuestionario de Salud SF-36. Se trata de un instrumento genérico, aplicable tanto en población general como en pacientes con diferentes enfermedades. No obstante, su carga de administración (unos 5-10 minutos) puede ser demasiado elevada en determinados ámbitos o tipos de estudio. Por ello se desarrolló el SF-12, una versión reducida con solo 12 ítems seleccionados del SF-36, que requiere un tiempo promedio de administración de 1-2 minutos.

El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionados mediante regresión múltiple (se seleccionaron uno o 2 ítems de cada una de las dimensiones del SF-36), a partir de los cuales se construyen los componentes sumarios físico y mental del SF-12 como únicas puntuaciones. Las opciones de respuesta del SF-12 forman escalas tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia.

Respecto a sus propiedades psicométricas (Vera-Villaroel et al, 2014), la evaluación de la consistencia interna (alfa de Cronbach) para la dimensión física muestra un alfa de 0,63 y para la dimensión mental de 0,72. La correlación dominio/dominio fue significativa, encontrándose correlaciones adecuadas para ambas dimensiones, a saber, para la dimensión mental, una correlación de 0,33 y para la dimensión física 0,50, indicando la estabilidad de ambas dimensiones. Del análisis de componentes principales con rotación Varimax, resultó una solución factorial compleja de la cual se interpretan



tres dimensiones dominantes latentes con pesos factoriales en más de un factor, que explican 58,36% de la varianza. El primer factor que explicó 36,30% contiene a los ítems de las dimensiones salud mental, vitalidad, función social y salud general; el segundo factor que explicó 11,78% contiene los ítems de las dimensiones rol físico y rol emocional, y finalmente el tercer factor que explicó 10,29% contiene a los ítems de función física y dolor corporal, cada uno de los factores se compone con aquellos ítems con mayor carga factorial, en caso de existir cargas en más de un factor y con carga significativas ( $\geq 0,30$ ).

Para validar la dimensión salud mental del cuestionario SF-12 (Vera-Villaroel et al, 2014), fue necesaria la estimación de la confiabilidad, por medio de consistencia interna a través del cálculo de alfa de cronbach, validez de constructo y criterio. Del análisis de componentes principales con rotación Varimax, resultó una solución compleja de tres factores que explicaron 60,31% de la varianza, encontrándose ítems con carga en más de un factor. El primer factor que explicó 38,38% contiene a los ítems de las dimensiones salud mental, vitalidad, función social y salud general; el segundo factor que explicó 11,78% contiene los ítems de las dimensiones rol físico y mental, y finalmente el tercer factor que explicó 10,15% contiene los ítems de función física y dolor corporal. La selección de ítems para cada factor es en base a mayor carga factorial y con carga significativas ( $\geq 0,30$ ). Se evaluó la validez de criterio por medio de la correlación de las dimensiones del cuestionario SF-12 con el cuestionario de depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI). Todas las correlaciones obtenidas son significativas, adecuadas y negativas.

### **5.3.1.8 Cuestionario de Dolor de Mc Gill-Abreviado (SFMPQ)**

Es la versión española abreviada, SF-MPQ (Anexo II), (Melzack, 1987), del original Cuestionario de Dolor de Mc Gill de 78 ítems. Nuestra versión consiste en 15 descriptores verbales (11 sensoriales y 4 afectivos). El cuestionario original consta de 78 adjetivos que describen distintas características del dolor. Forman 20 grupos que constituyen cuatro categorías: localización, calidad, cambios temporales e intensidad del dolor. Concretamente, las dimensiones del cuestionario son:

1. Sensorial (subgrupos del 1 al 10): describe el dolor en términos de las propiedades temporal, espacial, de presión, térmicas, del brillo y la matidez.

2. Afectiva: comprende los subgrupos del 11 al 15, y describe el dolor en términos de tensión, manifestaciones neurovegetativas y de temor y castigos.

3. Evaluativa: comprende el subgrupo 16 y describe el dolor en términos de la valoración global de la experiencia del dolor.

4. Miscelánea ( subgrupos 17 al 20): se incluyeron adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son característicos de ciertos tipos de dolor. El orden de los adjetivos de dolor en cada grupo depende de la intensidad que se le asocia, determinada en los estudios iniciales de Melzack y colaboradores. La primera palabra corresponde al nivel de intensidad más bajo y se le asigna un valor numérico de 1. Mientras que la última palabra corresponde a la intensidad más elevada, y se le asigna el valor numérico más alto.

La fiabilidad test-retest tras 4 semanas oscila entre el 66 y el 80% y tras 3-7 días entre el 50 y el 100%. En cuanto a la validez las correlaciones entre el MPQ y otras medidas de dolor son: 0,29-0,88. Puntuaciones altas en el MPQ se correlacionan con

puntuaciones en depresión, ansiedad y somatización medidas por el Inventario Breve de Síntomas (BSI), y con molestias físicas y psicológicas percibidas medidas por el Perfil de Impacto de la Enfermedad (SIP).

En nuestro caso la versión abreviada utilizada las puntuaciones se correlacionan con la versión estándar, oscilando entre 0,65 y  $-0,94$  para la puntuación PRI, y entre 0,69 y 0,87 para la puntuación PPI. Parece discriminar entre poblaciones de pacientes con diferentes síndromes de dolor: neuralgia trigeminal, dolor facial atípico, dolor de cabeza, migraña, dolor de cabeza mixto, etc. Se muestra sensible al cambio terapéutico. Respecto a su aplicación es más breve en la prueba original el tiempo de administración es de 15-20 minutos. Al aumentar la experiencia puede ser aplicado en 5-10 minutos.

El MPQ puede ser administrado tanto oralmente como por escrito. Melzack (1975), aconseja el primero de los procedimientos. Recomienda leer cuidadosamente las instrucciones, y observar al paciente mientras contesta. Es necesario que el paciente comprenda que sólo debe escoger de cada subgrupo aquel adjetivo que mejor defina su dolor, y que no es obligatorio hacerlo en todos los subgrupos.

En cuanto a la corrección e interpretación, existen cuatro índices: 1. Índice de Valoración del dolor (PRI): total y para cada una de las cuatro áreas (PRI sensorial, PRI emocional, PRI valorativo y PRI miscelánea). La puntuación se calcula sumando la de cada grupo de palabras que forman cada categoría. PRI Sensorial: suma de los puntos de los grupos 1 al 10. PRI Emocional: suma puntos de los grupos 11 al 15. PRI Valorativa: puntos de la categoría 16. PRI Miscelánea: suma de puntos de los grupos 17 al 20. PRI TOTAL: suma de los puntos de todos los apartados anteriores. Rango 0-78. 2. Número de palabras elegido (NWC): suma del número de características del dolor seleccionadas por el paciente. Rango 0-20. 3. Índice de intensidad del dolor (PPI): respuesta

seleccionada del ítem que explora este aspecto. Rango 1-15. 4. Intensidad del dolor según escala analógica visual: para que los pacientes informen sobre la localización exacta del dolor.

### **5.3.2 Protocolo de Intervención**

En reunión con los responsables de AFIBROSE, se plantea la posibilidad de realizar este estudio con sus asociados. Cuestión que se aprueba y a partir de ese momento se desarrolla un procedimiento de recepción de voluntarios y posterior asignación, por parte de los responsables de la asociación, a los grupos de la investigación, control y experimental. En este sentido, y tras reunión informativa previa, los voluntarios que acceden a participar en el estudio son recogidos en un listado general por la propia asociación, y en desconocimiento de los mismos por parte de los investigadores. De esa lista inicial la propia asociación establece dos listados definitivos de personas seleccionadas al azar, los números impares corresponden a un grupo y los pares a otro. Cada uno de los grupos, control y experimental, serán presentados a los investigadores el mismo día de que se les reúne para la evaluación inicial.

#### **5.3.2.1 Descripción Programa de Afrontamiento Psicológico**

Hay una fuerte evidencia de que la educación intensiva a los pacientes y familiares de estos, supone un tratamiento efectivo en fibromialgia. Además, el hecho de que la persona se implique de forma activa en un programa de afrontamiento supone un paso necesario para conseguir aceptar la situación generada por la dolencia, permitiendo posicionarse frente a la enfermedad de una forma más eficaz.

En este sentido se hace fundamental que los pacientes entiendan en qué consiste un programa de afrontamiento como el realizado y los beneficios que puede conllevar. Los motivos que justifican una intervención psicológica, radican en la relevancia de las reacciones psicológicas en la experiencia de dolor, teniendo posibilidad de explicarlas a través de modelos multietiológicos. Los cuales incluyen procesos psicológicos, además de disponer de técnicas de intervención psicológica que han mostrado su eficacia en el control sintomatológico de la enfermedad, en especial ante la imposibilidad o dificultad de eliminar su etiopatogenia. Estas técnicas han sido aplicadas de forma aislada o formando paquetes terapéuticos, utilizándose tanto individual como en grupo. Siendo el procedimiento estandarizado más utilizado en la intervención adaptada al dolor crónico aplicando el programa de tratamiento de Philips modificado a pacientes con SFM, encontraron que los sujetos en la evaluación postratamiento manifestaban una percepción de control mayor respecto al dolor.

Según lo expuesto, hoy en día no se concibe un adecuado afrontamiento personal de una dolencia crónica como es la Fibromialgia, sin que haya un aprendizaje sobre la misma por parte de quien la sufre. Entender los mecanismos (físicos, psicológicos y sociales) implicados en la aparición, y mantenimiento de los síntomas supone el primer paso para un afrontamiento eficaz (reducción del malestar e incremento del bienestar) de la persona. En este sentido, conocer y comprender la enfermedad, proporcionará a quien la sufre una mayor capacidad de control sobre ésta, algo que redundará en una mayor calidad de vida y un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

### **5.3.2.2 Intervención Sobre Grupo Control: Programa de Afrontamiento Psicológico en Fibromialgia**

Se desarrolló un programa de Afrontamiento Psicológico en Fibromialgia, con el modelo de Tratamiento Cognitivo Conductual del Dolor Crónico de Moix y Kovacs como base (2009), en los 40 sujetos pertenecientes al grupo control, mediante intervenciones por el equipo de intervención de AFIBROSE. Estas fueron llevadas a cabo por un psicólogo sanitario-Master en Psicología de la Salud y un estudiante en prácticas del Master de Psicología Sanitaria. Descripción de la intervención:

#### **5.3.2.2.1 Objetivos Generales**

- a) Mejorar la calidad de vida en la persona con fibromialgia.
- b) Mejorar los mecanismos de afrontamiento del dolor y los estados emocionales negativos asociados, concienciando de los recursos personales para afrontarlo.
- c) Proporcionar herramientas para afrontar el dolor crónico en fibromialgia.
- d) Crear un espacio donde establecer vínculos entre personas con la misma problemática.
- e) Facilitar información a pacientes y familiares sobre la fibromialgia y los aspectos psicológicos que la influyen.

#### **5.3.2.2.2 Objetivos Específicos**

- a) Aumentar el conocimiento científico sobre el dolor crónico y sus características.
- b) Aumentar las conductas eficaces de afrontamiento ante el dolor.
- c) Aumentar el conocimiento sobre los diversos factores que inciden en la salud de la persona con fibromialgia, factores mentales, físicos y sociales.

- d) Aumento de la actividad de ocio y ejercicio físico. En alusión a la actividad física estudios previos han demostrado su eficacia en la disminución del impacto de la enfermedad al lograr una mejoría de la sintomatología (Cárdona-Arias et al., 2016)
- e) Aumento de la expresión emocional y solicitud de cooperación en el entorno social.
- f) Disminución y control de los síntomas de ansiedad y depresión.
- g) Redefinición del autoconcepto ligado a etiquetas negativas e incapacitantes.
- h) Reducción directa del dolor.
- i) Adquisición de una actitud positiva, de aceptación y autocuidado, ante la fibromialgia.

#### **5.3.2.2.3 Contenidos del Programa**

- a) Modelo del Dolor Crónico y su abordaje desde la psicología
- b) Autoconcepto y Autoestima. Como vías a elaborar el proceso de pérdida de la salud en general, y de cuestiones relacionadas con el propio autoconcepto en particular, se persigue el desarrollo de una definición y descripción personal basada en la aceptación, las fortalezas y los cambios acaecidos, mediante la herramienta el *Inventario de mí misma* (Mc Kay y Fanning, 1987).
- c) Técnicas de Relajación. Se trabaja en torno a dos técnicas complementarias: Respiración Diafragmática y Relajación Pasiva. Ésta última es una combinación de Entrenamiento Autógeno de Schultz (1932) junto con Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (únicamente fase de distensión).
- d) Reducción y gestión de la reactividad emocional. En la experiencia de la gran mayoría de los pacientes se encuentra la repercusión de sus reacciones

emocionales (ansiedad, tristeza, ira...) en sus niveles de dolor. En el grupo se trabajan diferentes estrategias reductoras de estas reacciones: aplicación de la relajación, planificación y distribución de actividades de tiempo libre, análisis coste-beneficio, detección de sesgos cognitivos, reatribución de significados, expresión asertiva, etc.

- e) Focalización externa. Existe una relación directa entre focalización de la atención en el dolor y los efectos directos sobre el mismo, pero también crea efectos indirectos en la relación con los demás. En el grupo se trabajan estrategias de focalización externa: atención a estímulos ambientales (sonidos, imágenes...), actividades de concentración.
- f) Asertividad y HH.SS. Es un hecho habitual que los pacientes emitan conductas de dolor para conseguir sus objetivos en las relaciones interpersonales, generando patrones de conducta anómalos y negativos. En el grupo se trabajan una serie de aspectos encaminados al desarrollo de una conducta asertiva que podría definirse como aquella conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros.
- g) Reestructuración cognitiva. Se trabajan aspectos como la toma de conciencia sobre los pensamientos asociados a situaciones de dolor y la creación de un hábito de pensamiento más positivo y encaminado a la acción.
- h) Distribución, espaciamiento y no evitación de la actividad. Se dan pautas encaminadas a romper el patrón de inactividad de muchos de los pacientes y a mantener un nivel general de actividad lo más normalizado posible.
- i) Relajación controlada por claves. Tras el entrenamiento realizado en relajación progresiva es posible inducir esta relajación más rápida.



- j) Relaciones Familiares como recursos social y contextual en el abordaje y superación del impacto de la enfermedad.

#### **5.3.2.2.4 Aspectos Descriptivos de las Sesiones**

La duración total del protocolo de tratamiento es de once sesiones, diez con los pacientes y una con los familiares, de dos horas y media de duración cada una y con frecuencia semanal. El régimen de aplicación es asociativo y grupal. Las sesiones tienen la siguiente estructura:

- a) Revisión de tareas para casa, excepto la 1ª, prescritas en la sesión anterior, y efectuadas durante la semana. Es fundamental este trabajo fuera de las sesiones ya que permite el entrenamiento y la generalización de las estrategias aprendidas. La asunción, por parte del paciente, de un papel activo en el cuidado y mantenimiento de su salud es fundamental en este enfoque terapéutico.
- b) Presentación didáctica. El psicólogo realiza una corta y didáctica disertación sobre el tema central de la sesión. Los temas abordados en las sesiones integrantes del programa son: acercamiento al autodomínio del dolor; el rol de la relajación; el ejercicio físico; la medicación; el estado emocional; la focalización de la atención; la valoración del dolor; distribución de la actividad; prevención de recaídas.
- c) Demostración y práctica individual-grupal de una estrategia relacionada con la presentación didáctica.
- d) Asignación de tareas para casa: ejercitación de la estrategia trabajada y autoregistro. De esta forma, las estrategias llegan a ser vías por las que el paciente puede llegar a adquirir una mejor gestión de su enfermedad.
- e) Fin de sesión y recogida de material por los pacientes.

### 5.3.2.2.5 Desglose De Contenidos Por Sesiones

#### **Sesión 1** *“Tengo fibromialgia, hoy empiezo a afrontarla”*

- Afrontamiento psicológico desde la Terapia Cognitiva-conductual
- Beneficios del abordaje psicológico
- Autoconocimiento del grupo y psicólogos
- Conocimiento de normas de funcionamiento interno
- Motivar al grupo a la participación y la consecución de resultados

#### **Sesión 2** *“Conociendo mi dolor podré controlarlo”*

- ¿Qué es dolor?
- Influencia de los factores psicológicos en el dolor
- La teoría de la puerta
- Círculo vicioso del dolor

#### **Sesión 3 y 4** *“Gestionando mi ansiedad, gestiono mi dolor”*

- Concepto de Ansiedad y componentes. Síntomas de la Ansiedad
- Efectos de la Relajación y la No-Relajación
- Técnica para el control de la Respiración. Técnica para la Autorrelajación Pasiva
- Técnicas de distracción de la atención

#### **Sesión 5** *“Autoconocimiento como forma de entender y superar la fibromialgia”*

- Diferencia entre autoconcepto y autoestima
- ¿Cómo me veo yo y como me ven los demás?
- Autoestima ¿Me gusta lo que veo?
- En qué consiste aceptarse uno mismo
- ¿Cómo tener presente las cualidades que poseemos?

**Sesión 6-7** *“Reestructuración cognitiva”*

- Enfoque cognitivo del malestar emocional
- Introducción a los sesgos y su influencia en FM
- Reasignación de significados a la experiencia de FM

**Sesión 8** *“La fibromialgia es asunto de familia”*

- Descripción Programa Afrontamiento
- Concepto de FM, avances en el estudio de sus causas, síntomas y tratamientos.
- Impacto de la FM en las relaciones de familia y pareja
- Sugerencias para mejorar la convivencia

**Sesión 9-10** *“Asertividad y HH.SS”*

- ¿Qué son las habilidades sociales?
- Lista de derechos humanos básicos
- Estilos de conducta: Asertivo, agresivo y pasivo
- Comunicación eficaz. Componentes y leyes de la comunicación.
- Escucha activa
- La expresión de sentimientos positivos
- La expresión de molestia. Desagrado y/o disgusto
- Cómo hacer y rechazar peticiones

**Sesión 11** *“Gestión eficaz del tiempo y prevención de recaídas”*

- Gestión eficaz del tiempo
- Uso y disfrute de actividades reforzantes
- Prevención de recaídas

### **5.3.2.3 Intervención Sobre Grupo Experimental: Entrenamiento En Autohipnosis Para El Incremento De La Eficacia**

A las 40 personas incluidas en el Grupo Experimental se les aplicó el Programa de Afrontamiento Psicológico en FM y además se les entrenó en técnicas de autohipnosis para una mejor gestión de su FM. El entrenamiento consistió en un programa desarrollado por el investigador y que consistió en 4 sesiones prácticas (una sesión semanal) en formato grupal de dos horas de duración. Se describe a continuación:

- **Introducción a la Autohipnosis**

El abordaje psicológico de la fibromialgia, incide en varios aspectos de la persona que terminan por ayudarle a gestionar mejor el impacto y la sintomatología de la enfermedad. Si bien sus planteamientos no persiguen una reducción directa del dolor o un trabajo específico de automotivación y adhesión al tratamiento. En este sentido el entrenamiento en autohipnosis pretende ser ese elemento que proporcione herramientas más específicas para estas cuestiones, ayudando a incrementar la eficacia del primero.

Ya se ha visto como el lenguaje interno de la persona puede llevarla a una negatividad excesiva y la consiguiente reactividad emocional, así como a generar juicios de valor sobre su circunstancias de manera catastrofista y derrotista que faciliten la aparición y mantenimiento de las crisis que cursan con dolor intenso y otros síntomas. Tener recursos que permitan enfocar el dolor directamente, en el día a día y en estos momentos de exacerbación, buscando una disminución, eliminación o cambio de sus características se plantea como una ayuda necesaria. Si además esta ayuda permite a la persona ser más consciente y gestionar mejor su lenguaje interno, hacia diálogos más permisivos, que fomenten la aceptación, la motivación y el abordaje de sus circunstancias,

se estará invirtiendo en una mayor sentimiento de autonomía personal y autoeficacia en la FM.

- **Síntomas sobre los que actúa**

Entre la variada sintomatología que presentan los cuadros de FM, destacan la tensión física y emocional así como el dolor como experiencia sensitiva desagradable y que provoca sufrimiento. Algunas expresiones referidas a este último lo reflejan: “Es como si llenaran mi cuerpo con agujas de calceta”; “Siento que hasta el pelo de mi cabeza me duele”; “Empieza como un cosquilleo y finalmente se convierte en un dolor que me quema, como en oleadas”; “Supone un martilleo constante, profundo, que se va ampliando a distintas zonas de mi cuerpo”; “Lo percibo como una pesada carga sobre mis hombros que se me clava y me hace ir arrastrando los pies y el cuerpo”, etc.

- **Tiempo de entrenamiento**

El trabajo de entrenamiento supone realizar una práctica diaria, de entre 20 y 30 minutos de duración hasta completar las cuatro semanas de trabajo personal. Lo cual conlleva un total de ocho horas en formato grupal y al menos otras 14 de trabajo individual, lo cual suman 22 horas de entrenamiento.

- **Herramientas del entrenamiento**

El entrenamiento grupal es guiado por el psicólogo, mientras que el entrenamiento en casa se realiza sobre la base de dos audios grabados para este programa que se encuentran en el Anexo V . El audio 1 se corresponde con el trabajo de la 1ª y 2ª semana y está relacionado con el trabajo realizado en sesión, mientras que el audio 2 se corresponde con el trabajo de la 3ª y 4ª semana realizado en sesión.

- **Sugestiones**

Las sugerencias se pueden considerar como invitaciones a la experiencia (Barber, 2000). Están siempre presentes en nuestra vida y en el trabajo clínico también, con todos los pacientes y por parte de todos los profesionales, se tenga conciencia o no de su influencia. De manera específica las sugerencias que trabajamos persiguen dos objetivos el abordaje de la experiencia de dolor y la modificación de sus rasgos sensoriales mediante estrategias de *analgesia o anestesia hipnótica*, y aumentar el sentimiento de competencia personal y confianza en las soluciones implementadas.

Las diferentes sugerencias dadas durante el entrenamiento se pueden considerar de varios tipos y con diferentes finalidades:

- a) Propias de la construcción del proceso hipnótico o de *inducción hipnótica* y facilitarían la absorción mental por parte del paciente a la experiencia, además de generar un proceso de disociación mental que la enriquece: "...puedes dejar que tu mente vaya profundizando más en estas sensaciones, mientras escuchas ahí el sonido de mi voz aquí...".
- b) En el mantenimiento de la experiencia o *profundización hipnótica* y tendría como objetivo trabajar de manera específica la sintomatología dolorosa: "...deja que esa sensación penetrante vaya disolviéndose cada vez que el aire sale de tu cuerpo...".
- c) Por último, sugerencias de *deshipnotización*, para finalizar la experiencia en cada sesión: "...con cada número que voy contando permite que tu mente se vaya sintiendo más ligera y despejada..."; y *posthipnóticas*, para conectar recursos internos e inconscientes en cada paciente, más allá del momento de la sesión presencial: "...más tarde, esta noche, mañana, cada vez que cierres

tus ojos y te concentres podrás sentir de manera distinta, más agradable, estas sensaciones...”.

Asimismo en su estructura las sugerencias admiten, y así las combinamos, diferentes formas:

- a) *Sugerencias directas*: Una sugerencia directa es la que dice al paciente lo que está pasando o lo que va a suceder. Por ejemplo, "tus párpados están más y más pesados”.
- b) *Sugerencias indirectas*: son aquellas en la cual ninguna respuesta es requerida directamente. Por ejemplo, "me pregunto si disfrutará observando sus párpados comenzando a cerrarse”.
- c) *Sugerencias positivas*: estas sugerencias invitan a hacer algo. Por ejemplo: “puedes dejar que tu cuerpo se sienta más ligero”.
- d) *Sugerencias negativas*: estas sugerencias invitan a dejar de hacer algo. Por ejemplo: “no puedes dejar de relajarte profundamente”.

De igual forma, las sugerencias también admiten diferentes contenidos en base a los objetivos terapéuticos:

- a) *Analgesia y anestesia hipnótica*: puede ser creada sugiriendo que la percepción del dolor está cambiando, está disminuyendo, o que la zona está adormeciéndose de tal manera que el dolor está desapareciendo gradualmente. Por ejemplo, “...puedes ir sintiendo como esa agradable sensación de ligereza va alejando cualquier dolor en esa zona”.
- b) *Sustitución de la sensación dolorosa*: permite al paciente tolerar alguna sensación persistente en la zona pero sin sufrimiento. Por ejemplo,

“...experimenta como esa sensación de punzada se va suavizando hasta ser suave...”.

- c) *Desplazamiento del lugar del dolor*: el paciente puede continuar experimentando la sensación, pero en una zona menos vulnerable y menos dolorosa, incluso desplazar esa sensación fuera de su cuerpo. Por ejemplo, “...en contacto con el suelo puedes dejar que esa sensación vaya saliendo de tu cuerpo, empujada por tu propia respiración...”.
- d) *Siembra*: supone introducir ideas relacionadas con el proceso terapéutico, respecto a sus beneficios o metas a conseguir. Por ejemplo, “...cada minuto que te permites profundizar en esta experiencia estás más cerca de gestionar tu FM...”.
- e) *Fortalecimiento del Yo*: sugerencias que señalan el protagonismo de la mejora en base a las competencias, habilidades del paciente. Por ejemplo, “...en tu interior puedes sentir que se encuentra lo necesario para sentirte mejor...”.

- **Dossier**

Documentación que se entrega en la primera sesión del entrenamiento y que incluye los registros que se van a utilizar en casa y en las sesiones presenciales, así como la información relacionada con la hipnosis y sus procesos (Anexo III)

- **Registros**

Documentación que se entrega a cada participante para que haga un seguimiento de la práctica en casa y otro en sesión (Anexo III).



### 5.3.3 Procedimiento

El reclutamiento de los participantes del estudio estuvo a cargo de AFIBROSE. Mediante llamada directa a sus socios se les emplazaba para una reunión con el psicólogo de la asociación, con la finalidad de hacerles partícipes del estudio que se llevaría a cabo y por si deseaban participar. Una vez reunidos diferentes grupos en diferentes fechas, inmediatas a las llamadas se procedió de la siguiente manera:

- **Semana 1: cita grupal para evaluación Pre-test**

Se dan cita tres grupos numerosos de socios en una misma jornada a diferentes horas. En estas reuniones se les explica los pormenores del estudio y se aclaran las dudas que surgen, a aquellas personas que deciden participar se les pasa el protocolo completo de evaluación, labor que llevan a cabo estudiantes colaboradores del departamento. Se les comunica que se sortearan los componentes de los grupos, experimental y control, y en las próximas semanas se les emplazará para dar comienzo el estudio. En esta cita grupal quienes desean participar son evaluados.

- **Semana 2: cita grupal para comenzar el entrenamiento grupos A y B**

Finalmente la muestra experimental se divide en cuatro grupos, A, B, C y D, repartidos al azar, según se han inscrito se numera la lista en bloques del 1 al 4 quedando así formados los 4 grupos pues cada número indica a que grupo va cada socio. Se cita en la primera semana al grupo A en horario de mañana y al grupo B en horario de tarde, tras la evaluación pre-test. Dando así comienzo el entrenamiento en autohipnosis.

Se aclaran las dudas que puedan tener así como las expectativas de esta primera sesión, se comparten los objetivos y se procede al desarrollo de la misma. Se insiste en una participación activa en las sesiones presenciales y en casa, como elemento

fundamentales para la consecución de los objetivos. Previo a la practica de esa sesión se les entrega la hoja de registro de la sesión (Anexo III) para medir la localización, intensidad y descripción del dolor y tensión previa al ejercicio. Esta misma hoja tras la inmediata finalización de la practica se vuelve a rellenar indicando respecto al dolor y tensión si ha habido cambios, y también respecto a la intensidad y cualidad de lo imaginado durante el ejercicio.

Así se dio cierre al taller proponiendo las prácticas para casa y la necesidad de registrar las mismas en la hoja de registros de tareas (Anexo III) que se les entrega a cada una junto con la copia del primer audio para las prácticas del seminario 1 y 2. Se las emplazó a la semana siguiente el mismo día de semana y a la misma hora. Tanto a las participantes del grupo A como a las participantes del grupo B.

- **Semana 3: cita grupal para continuar el entrenamiento grupos A y B**

En esta segunda semana de entrenamiento, se comienza la sesión con la revisión del entrenamiento en casa, sus sensaciones y reflexiones al respecto, así como los obstáculos que hayan podido tener en la práctica del mismo, se les pregunta acerca del trabajo con el audio y se procede a los contenidos de esta segunda sesión.

Previo a la practica de esa sesión se les entrega la hoja de registro de la misma, para medir la localización, intensidad y descripción del dolor y tensión previa al ejercicio. Esta hoja tras la inmediata finalización de la practica se vuelve a rellenar indicando respecto al dolor y tensión si ha habido cambios, y también respecto a la intensidad y cualidad de lo imaginado durante el ejercicio.

Así se dio cierre al taller proponiendo las prácticas para casa y la necesidad de registrar las mismas en la hoja de registros de tareas. Se las emplazó a la semana siguiente el mismo día de semana y a la misma hora. Tanto a las participantes del grupo A como a las participantes del grupo B.

- **Semana 4: cita grupal para continuar el entrenamiento grupos A y B**

En esta tercera semana, se comienza la sesión con la revisión del entrenamiento en casa, sus sensaciones y reflexiones al respecto, así como los obstáculos que hayan podido tener en la práctica del mismo, se les pregunta acerca del trabajo con el audio y se procede a los contenidos de esta tercera sesión.

Previo a la practica de esa sesión se les entrega la hoja de registro de la misma, para medir la localización, intensidad y descripción del dolor y tensión previa al ejercicio. Esta hoja tras la inmediata finalización de la practica se vuelve a rellenar indicando respecto al dolor y tensión si ha habido cambios, y también respecto a la intensidad y cualidad de lo imaginado durante el ejercicio.

Así se dio cierre al taller proponiendo las prácticas para casa y la necesidad de registrar las mismas en la hoja de registros de tareas que se les entrega a cada una junto con la copia del segundo audio para las prácticas del seminario 3 y 4. Se las emplazó a la semana siguiente el mismo día de semana y a la misma hora. Tanto a las participantes del grupo A como a las participantes del grupo B.

- **Semana 5: cita grupal para finalizar el entrenamiento grupos A y B**

En esta cuarta y última semana, se comienza la sesión con la revisión del entrenamiento en casa, sus sensaciones y reflexiones al respecto, así como los obstáculos que hayan

podido tener en la práctica del mismo, se les pregunta acerca del trabajo con el audio y se procede a los contenidos de esta tercera sesión.

Previo a la practica de esa sesión se les entrega la hoja de registro de la misma, para medir la localización, intensidad y descripción del dolor y tensión previa al ejercicio. Esta hoja tras la inmediata finalización de la practica se vuelve a rellenar indicando respecto al dolor y tensión si ha habido cambios, y también respecto a la intensidad y cualidad de lo imaginado durante el ejercicio.

Así se dio cierre al taller proponiendo las prácticas para casa. Se las emplazó a la semana siguiente para proceder a la evaluación Post-Test, el mismo día de semana y a la misma hora. Tanto a las participantes del grupo A como a las del grupo B.

- **Semana 6: Post-Test grupos A y B**

En esta semana, la primera tras el final del entrenamiento se procede a la evaluación post-test, pasando la batería de evaluación inicial de la que se ha suprimido para esta fase el Inventario de Sugestionabilidad. Todos los evaluados fueron ciegos en cuanto al grupo de pertenencia de los pacientes. Los alumnos colaboradores son los encargados de pasar esta evaluación. Se emplaza a los participantes a un plazo de tres meses para realizar el seguimiento, previa convocatoria de la asociación, que se encargará de la llamada.

En esta misma semana se convoca a los grupos C y D para dar comienzo en la siguiente y teniendo los mismos talleres que previamente hemos desarrollado con los grupos A y B.

- **Semana 18: Seguimiento grupos A y B**

En esta semana, después de tres meses de haber terminado el entrenamiento se les realiza la evaluación de seguimiento, convocados los grupos por la asociación que fue llamando a los participantes, a los que se les pasó la batería de evaluación inicial excepto el Inventario de Sugestionabilidad. Todos los evaluados fueron ciegos en cuanto al grupo de pertenencia de los pacientes. Los alumnos colaboradores son los encargados de hacer esta evaluación.

- **Semana 2: cita grupal para comenzar el entrenamiento grupos C y D**

Se aclaran las dudas que puedan tener los participantes del grupo C por la mañana y del grupo D por la tarde, así como las expectativas de esta primera sesión, se comparten los objetivos y se procede al desarrollo de la misma. A partir de este momento se repite de manera íntegra el mismo programa que ya se puso en marcha con los grupos anteriores.

<b>SEMANA 1</b>	Reclutamiento muestra y evaluación pre-test
<b>SEMANA 2</b>	Comienzo entrenamiento grupo 1ª semana de 4 Introducción a la Hipnosis. Técnicas de Inducción
<b>SEMANA 3</b>	2ª semana de 4 entrenamiento grupo Técnicas de Profundización

<b>SEMANA 4</b>	3ª semana de 4 entrenamiento grupo Construcción proceso Autohipnosis gestión Dolor
<b>SEMANA 5</b>	4ª semana y final entrenamiento grupo Práctica proceso Autohipnosis
<b>SEMANA 6</b>	Evaluación post-test
<b>SEMANA 18</b>	Evaluación seguimiento a los tres meses

**Tabla 5.** Cronograma del entrenamiento en Autohipnosis con cada grupo

## 5.4 Comité Ético

Como elemento imprescindible y previo a la puesta en marcha del estudio, el proyecto se sometió al dictamen del Comité de Ética de la Universidad de Sevilla.

Se cumplieron los principios básicos de la investigación clínica recogidos en la Declaración de Helsinki (World medical Association, 2013) y los principios éticos para la investigación experimental del dolor en humanos de la IASP (IASP, 2014). Quedó en todo momento garantizada la confidencialidad y protección de los datos y documentos aportados por los participantes, mediante el tratamiento anónimo y la segregación de datos personales y variables del estudio.

En todos los registros se respetaron los cánones establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, así como en seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, sobre todo en el acceso de redes de comunicaciones (RD 994/1999 de 11 de Junio) y en acceso a datos confidenciales con fines científicos, tal y como dispone el reglamento CE N°831/2002 de la Unión Europea y la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.



## **6. Resultados**

---



## 6.1 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de dolor generalizado en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA factorial mixto para las puntuaciones en Dolor generalizado (WPI) con el tipo de tratamiento (“grupo”) como variable entre-grupos y el “momento” (pretest, posttest y seguimiento), como variable intra-grupos.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_WPI	EXPERIMENTAL	9.04	3.144	27
	CONTROL	12.00	4.243	26
	Total	10.49	3.979	53
POS_WPI	EXPERIMENTAL	9.67	4.438	27
	CONTROL	11.42	4.291	26
	Total	10.53	4.414	53
SEG_WPI	EXPERIMENTAL	8.67	4.788	27
	CONTROL	11.65	4.489	26
	Total	10.13	4.840	53

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción del Dolor generalizado (WPI)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,102) = 1.047$ ;  $p = .347$ ;  $R^2$  parcial (en adelante,  $R_p^2$ ) = .01). El efecto detectado en ambos grupos por separado, experimental y control, a nivel global, sí resultó estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto moderado ( $F(1,51) = 6.249$ ;  $p = .016$ ;  $R_p^2 = .06$ ). Por último, el efecto intra-sujetos tampoco fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún efecto ( $F(2; 102) = 0.390$ ;  $p = .649$ ;  $R_p^2 = .003$ ).

## 6.2 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de Gravedad de Síntomas en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA factorial mixto 2x3 se realizó en este caso para las puntuaciones obtenidas por los participantes en la variable SS (Gravedad de síntomas). Los estadísticos descriptivos se presentan en la Tabla 7.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_SS	EXPERIMENTAL	7.32	2.001	37
	CONTROL	7.53	2.513	36
	Total	7.42	2.254	73
POS_SS	EXPERIMENTAL	6.16	2.339	37
	CONTROL	6.97	2.372	36
	Total	6.56	2.375	73
SEG_SS	EXPERIMENTAL	6.22	2.740	37
	CONTROL	6.89	2.095	36
	Total	6.55	2.450	73

**Tabla 7.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de Gravedad de síntomas (SS)

El efecto de la interacción no resultó ser estadísticamente significativo, y no alcanzó ningún efecto ( $F(2, 142) = 1.163; p = .314; R_p^2 = .006$ ). El efecto entre grupos global no resultó ser estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,71) = 1.282; p = .261; R_p^2 = .010$ ). Por último, el efecto intra-sujetos se mostró

estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,142) = 11.498$ ;  $p < .001$ ;  $R_p^2 = .062$ ).

Dado que el efecto del factor intra-sujetos (“momento”) resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas para cada uno de los dos grupos por separado (experimental y control), al objeto de realizar comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor. El efecto intra-sujetos global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,72) = 9.538$ ;  $p < .001$ ); pero no en el grupo control ( $F(2,70) = 2.886$ ;  $p = .062$ ).

En el grupo experimental fueron estadísticamente significativas las diferencias pre-post ( $p < .001$ ) y pre-seguimiento ( $p = .006$ ), pero no entre las condiciones post y seguimiento ( $p = .997$ ). En el grupo control, ninguna de las comparaciones par a par mostró diferencias estadísticamente significativas.

### 6.3 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Intensidad del dolor en las últimas 24 horas en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El tercer ANOVA factorial mixto 2x3 se realizó para las puntuaciones de los participantes en la variable intensidad del dolor en las últimas 24 horas. Los estadísticos descriptivos básicos se muestran en la Tabla 8.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Intensidad_24 horas	EXPERIMENTAL	5.88	2.631	33
	CONTROL	6.75	2.603	32
	Total	6.31	2.633	65
POS_ Intensidad_24 horas	EXPERIMENTAL	6.03	1.723	33
	CONTROL	5.91	2.248	32
	Total	5.97	1.984	65
SEG_ Intensidad_24 horas	EXPERIMENTAL	5.42	2.222	33
	CONTROL	6.31	2.278	32
	Total	5.86	2.277	65

**Tabla 8.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de Intensidad\_24 horas

El efecto de la interacción “grupo” x “momento” no resultó estadísticamente significativo, y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 126) = 2.162$ ;  $p = .126$ ;  $R_p^2 = .019$ ). El efecto principal de la variable entre grupos no resultó estadísticamente significativo, y no alcanzó ningún efecto ( $F(1,63) = 1.334$ ;  $p = .252$ ;  $R_p^2 = .008$ ). Por

último, el efecto intra-sujetos tampoco se mostró estadísticamente significativo y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,126) = 1.410$ ;  $p = .248$ ;  $R_p^2 = .012$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental no alcanzó un porcentaje mínimo reseñable, así como en el grupo control. La mejoría en el grupo experimental en el seguimiento respecto del postest fue clínicamente mínima (10%), mientras que en el grupo control hubo un empeoramiento (6,7%).

## 6.4 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Interferencia del dolor en las últimas 24 horas en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA factorial mixto 2x3 se realizó en este caso para la variable interferencia del dolor en las últimas 24 horas. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 9.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Interfiere_24 horas	EXPERIMENTAL	2.09	.678	33
	CONTROL	2.26	.710	34
	Total	2.18	.695	67
POS_ Interfiere_24 horas	EXPERIMENTAL	2.00	.750	33
	CONTROL	2.09	.668	34
	Total	2.04	.706	67
SEG_ Interfiere_24 horas	EXPERIMENTAL	1.82	.846	33
	CONTROL	2.03	.674	34
	Total	1.93	.765	67

**Tabla 9.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la interferencia del dolor en las últimas 24 horas

El efecto de la interacción o de segundo orden no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún efecto ( $F(2, 130) = .222; p = .799; R_p^2 = .002$ ). El efecto entre grupos no resultó estadísticamente significativo a nivel global, y no alcanzó ningún efecto ( $F(1,65) = 1.292; p = .260; R_p^2 = .007$ ). El efecto intra-sujetos se mostró

estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,130) = 3.601$ ;  $p = .031$ ;  $R_p^2 = .03$ ).

Dado que el efecto del factor intra-sujetos (“momento”) resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas para cada grupo independientemente, así como comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. Los efectos intra-sujetos globales no fueron estadísticamente significativos en el grupo experimental ( $F(2,64) = 2.175$ ;  $p = .125$ ) ni tampoco en el grupo control ( $F(2,66) = 1.656$ ;  $p = .200$ ). Ninguna de las comparaciones realizadas par a par entre las dimensiones de la variable “momento” para el grupo control ni experimental resultó estadísticamente significativa.

## 6.5 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de Intensidad del Dolor Presente en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA factorial mixto 2x3 se realizó en esta ocasión para la variable dependiente Intensidad del Dolor Presente. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 10.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Intensidad ahora	EXPERIMENTAL	4.61	2.667	31
	CONTROL	6.39	2.449	33
	Total	5.53	2.690	64
POS_ Intensidad ahora	EXPERIMENTAL	5.26	2.449	31
	CONTROL	5.79	2.369	33
	Total	5.53	2.403	64
SEG_ Intensidad ahora	EXPERIMENTAL	4.13	2.642	31
	CONTROL	5.88	2.446	33
	Total	5.03	2.672	64

**Tabla 10.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de Intensidad del Dolor Presente

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 124) = 2.739; p = .069; R_p^2 = .025$ ). Igualmente, el efecto entre grupos no resultó estadísticamente significativo a nivel global, y tuvo un tamaño del efecto moderado ( $F(1,62) = 6.832; p = .011; R_p^2 = .044$ ). El efecto intra-sujetos tampoco se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,124) = 1.863; p = .160; R_p^2 = .017$ ).



Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental no alcanzó un porcentaje mínimo reseñable, mientras que en el grupo control fue mínimamente importante (9%). La mejoría en el grupo experimental en el seguimiento respecto del postest fue clínicamente mínima (10%), mientras que en el grupo control hubo empeoramiento (1%).

## 6.6 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Interferencia del Dolor Presente en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se efectuó para la variable dependiente Interferencia del Dolor Presente. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 11.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Interfiere ahora	EXPERIMENTAL	1.52	1.093	33
	CONTROL	2.24	.663	33
	Total	1.88	.969	66
POS_ Interfiere ahora	EXPERIMENTAL	1.64	.895	33
	CONTROL	1.94	.659	33
	Total	1.79	.795	66
SEG_ Interfiere ahora	EXPERIMENTAL	1.58	.830	33
	CONTROL	1.79	.696	33
	Total	1.68	.768	66

**Tabla 11.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Interferencia del Dolor Presente

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 128) = 2.840; p = .064; R_p^2 = .03$ ). El efecto entre grupos sí fue estadísticamente significativo a nivel global y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,64) = 7.426; p = .008; R_p^2 = .03$ ). Por último, el efecto intra-sujetos tampoco resultó estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,128) = 1.460; p = .236; R_p^2 = .015$ ).

## 6.7 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción del Impacto de la Fibromialgia en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se efectuó en esta ocasión para la variable Impacto de la Fibromialgia. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 12.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_FIQ	EXPERIMENTAL	60.03	16.427	35
	CONTROL	65.39	18.583	36
	Total	62.75	17.636	71
POS_FIQ	EXPERIMENTAL	51.80	16.576	35
	CONTROL	60.39	17.732	36
	Total	56.15	17.589	71
SEG_FIQ	EXPERIMENTAL	51.91	19.733	35
	CONTROL	59.31	15.966	36
	Total	55.66	18.178	71

**Tabla 12.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción del Impacto de la Fibromialgia

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y alcanzó ningún efecto ( $F(2, 138); p = .568; R_p^2 = .003$ ). El efecto entre grupos tampoco resultó estadísticamente significativo a nivel global y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,69) = 3.569; p = .063; R_p^2 = .03$ ). El efecto intra-sujetos se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,138) = 13.187; p < .001; R_p^2 = .07$ ).

Dado que el efecto del factor intra-sujetos (“momento”) resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada uno de los dos grupos. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujeto fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,68) = 10.022$ ;  $p < .001$ ) como en el grupo control ( $F(2,70) = 4.147$ ;  $p = .022$ ).

En el grupo experimental se mostraron estadísticamente significativas las diferencias pre-post ( $p = .001$ ) y pre-seguimiento ( $p = .003$ ), pero no se detectaron entre las condiciones post y seguimiento ( $p = 1.000$ ). En el grupo control únicamente resultó estadísticamente significativa la diferencia entre el pre y el post ( $p = .044$ ).

## 6.8 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el incremento de la Función Física (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se efectuó en esta ocasión para la variable SF12 función física. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 13.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_función física	EXPERIMENTAL	29.29	25.355	35
	CONTROL	30.56	29.345	36
	Total	29.93	27.262	71
POS_ SF12_función física	EXPERIMENTAL	30.71	27.843	35
	CONTROL	39.58	33.474	36
	Total	35.21	30.931	71
SEG_ SF12_función física	EXPERIMENTAL	31.43	26.667	35
	CONTROL	39.58	28.893	36
	Total	35.56	27.923	71

**Tabla 13.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el incremento de la Función Física (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún efecto ( $F(2, 138) = 0.932$ ;  $p = .394$ ;  $R_p^2 = .007$ ). El efecto principal entre grupos tampoco resultó estadísticamente significativo y no alcanzó ningún efecto ( $F(1,69) = 1.096$ ;  $p = .299$ ;  $R_p^2 = .007$ ). Por último, el efecto intra-sujetos no se mostró estadísticamente significativo, y presentó un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,138) = 2.069$ ;  $p=.130$ ;  $R_p^2 = .015$ ).

## 6.9 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el incremento del Rol Físico (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente SF12 rol físico. En la tabla 14 se reflejan los estadísticos descriptivos para dicha variable.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_rol_físico	EXPERIMENTAL	2.86	7.479	35
	CONTROL	3.47	8.768	36
	Total	3.17	8.106	71
POS_ SF12_rol_físico	EXPERIMENTAL	7.86	10.967	35
	CONTROL	7.29	10.511	36
	Total	7.57	10.665	71
SEG_ SF12_rol_físico	EXPERIMENTAL	4.64	9.138	35
	CONTROL	7.64	10.470	36
	Total	6.16	9.882	71

**Tabla 14.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el incremento del Rol Físico (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 138) = 1.155$ ;  $p = .318$ ;  $R_p^2 = .010$ ). El efecto entre grupos no mostró tampoco significación estadística y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1, 69) = 0.309$ ;  $p = .580$ ;  $R_p^2 = .001$ ). El efecto intra-sujetos (“momento”) sí fue estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2, 138) = 7.103$ ;  $p = .001$ ;  $R_p^2 = .06$ ).

Dado que el efecto del factor “momento”, de medidas repetidas fue estadísticamente significativo, se llevó a cabo un ANOVA unifactorial de medidas repetidas para cada uno de los dos grupos por separado. A continuación se realizaron comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujeto fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,68) = 4.110; p = .026$ ) como en el grupo control ( $F(2,70) = 4.130; p = .021$ ).

En el grupo experimental no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa en las tres comparaciones realizadas entre las tres condiciones de la variable “momento” (pre-post,  $p = .061$ ; pre-seguimiento,  $p = .544$  y post-seguimiento,  $p = .199$ ). En el grupo control resultaron estadísticamente significativas las diferencias entre el pre y el post ( $p = .042$ ) y entre pre-seguimiento ( $p = .048$ ) pero no entre post-seguimiento ( $p = .996$ ).

## 6.10 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción del Dolor Físico (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente SF12 dolor físico. Los estadísticos descriptivos para la misma se reflejan en la tabla 15.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_dolor_físico	EXPERIMENTAL	39.29	23.706	35
	CONTROL	34.72	26.239	36
	Total	36.97	24.950	71
POS_ SF12_dolor_físico	EXPERIMENTAL	40.71	21.079	35
	CONTROL	44.44	23.231	36
	Total	42.61	22.118	71
SEG_ SF12_dolor_físico	EXPERIMENTAL	45.00	30.195	35
	CONTROL	42.36	22.216	36
	Total	43.66	26.294	71

**Tabla 15.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de SF12 Dolor Físico

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 138) = 1.086; p = .340; R_p^2 = .009$ ). El efecto entre grupos no mostró tampoco significación estadística y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,69) = 0.059; p = .808; R_p^2 = .001$ ). El efecto intra-sujetos de la variable “momento”, por último, tampoco fue estadísticamente significativo ( $F(2,138) = 2.954; p = .056$ ) y tuvo un tamaño del efecto pequeño ( $R_p^2 = .025$ ).



### 6.11 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento de la Salud General (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente SF12 salud general.

Los estadísticos descriptivos para la misma se reflejan en la tabla 16.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_salud_general	EXPERIMENTAL	27.71	23.052	35
	CONTROL	21.94	19.867	36
	Total	24.79	21.538	71
POS_ SF12_salud_general	EXPERIMENTAL	29.43	21.171	35
	CONTROL	25.69	16.782	36
	Total	27.54	19.028	71
SEG_ SF12_salud_general	EXPERIMENTAL	31.14	25.841	35
	CONTROL	23.33	16.733	36
	Total	27.18	21.905	71

**Tabla 16.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el aumento de la Salud General (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no mostró ningún tamaño de efecto ( $F(2, 138) = 0.458, p = .623; R_p^2 = .003$ ). El efecto entre grupos no estadísticamente significativo y tuvo un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,69) = 1.819; p = .182; R_p^2 = .013$ ). El efecto de la variable “momento” tampoco fue estadísticamente significativo ( $F(2,138) = 0.983; p = .373$ ) y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $R_p^2 = .07$ ).

## 6.12 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento de la Vitalidad (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente Vitalidad (SF12).

Los estadísticos descriptivos para dicha variable se muestran en la tabla 17.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_vitalidad	EXPERIMENTAL	30.43	30.110	23
	CONTROL	17.59	20.586	27
	Total	23.50	25.956	50
POS_ SF12_vitalidad	EXPERIMENTAL	25.00	18.464	23
	CONTROL	24.07	23.495	27
	Total	24.50	21.123	50
SEG_ SF12_vitalidad	EXPERIMENTAL	29.35	22.172	23
	CONTROL	20.37	20.844	27
	Total	24.50	21.718	50

**Tabla 17.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el aumento de la Vitalidad (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 96) = 1.279; p = .281; R_p^2 = .018$ ). El efecto principal entre grupos tampoco resultó estadísticamente significativo y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,48) = 2.541; p = .117; R_p^2 = .014$ ). Por último, el efecto intra-sujetos no se mostró estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2,96) = 0.025; p = .964; R_p^2 = .001$ ).

### 6.13 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento de la Función Social (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente función social (SF12). Los estadísticos descriptivos para dicha variable se muestran en la tabla 18.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_ función social	EXPERIMENTAL	51.47	23.790	34
	CONTROL	53.47	25.462	36
	Total	52.50	24.506	70
POS_ SF12_ función social	EXPERIMENTAL	55.88	26.869	34
	CONTROL	52.08	25.617	36
	Total	53.93	26.111	70
SEG_ SF12_ función social	EXPERIMENTAL	60.29	21.424	34
	CONTROL	56.94	22.843	36
	Total	58.57	22.069	70

**Tabla 18.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el aumento de la Función Social (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 136) = 0.567; p = .556; R_p^2 = .005$ ). El efecto principal entre grupos tampoco resultó estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,68) = 0.135; p = .715; R_p^2 = .001$ ). Por último, el efecto intra-sujetos no se mostró estadísticamente significativo y presentó un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,136) = 2.237; p = .115; R_p^2 = .020$ ).

### 6.14 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento del Rol Emocional (SF12) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente Rol emocional (SF12). Los estadísticos descriptivos para dicha variable se muestran en la tabla 19.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_rol emocional	EXPERIMENTAL	9.29	10.651	35
	CONTROL	7.14	10.185	35
	Total	8.21	10.401	70
POS_ SF12_rol emocional	EXPERIMENTAL	14.64	11.539	35
	CONTROL	14.64	11.539	35
	Total	14.64	11.455	70
SEG_ SF12_rol emocional	EXPERIMENTAL	17.14	10.540	35
	CONTROL	15.36	11.775	35
	Total	16.25	11.130	70

**Tabla 19.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el aumento del Rol Emocional (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 136) = 0.240$ ;  $p = .785$ ;  $R_p^2 = .002$ ). El efecto principal entre grupos tampoco resultó estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,68) = 0.515$ ;  $p = .475$ ;  $R_p^2 = .001$ ). Por último, el efecto intra-sujetos sí fue estadísticamente significativo y obtuvo un tamaño de efecto grande ( $F(2,136) = 13.192$ ;  $p < .001$ ;  $R_p^2 = .13$ ).

Dado que el efecto del factor “momento” resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada uno de los dos grupos (experimental y control). A continuación se realizaron comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujetos fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,68) = 5.564; p = .006$ ) como en el grupo control ( $F(2,68) = 8.007; p = .001$ ). Por último, en el grupo experimental fue estadísticamente significativa la diferencia pre-seguimiento ( $p = .005$ ), pero no pre-post ( $p = .119$ ) ni post-seguimiento ( $p = .662$ ). En el grupo control resultaron estadísticamente significativas las diferencias pre-post ( $p = .005$ ) y pre-seguimiento ( $p = .002$ ) pero no la diferencia de medias post-seguimiento ( $p = .988$ ).

### 6.15 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento de SF12 Salud Mental en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente Salud mental (SF12). Los estadísticos descriptivos para dicha variable se muestran en la tabla 20.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ SF12_salud mental	EXPERIMENTAL	51.14	18.464	22
	CONTROL	47.00	17.032	25
	Total	48.94	17.645	47
POS_ SF12_salud mental	EXPERIMENTAL	61.36	18.862	22
	CONTROL	58.50	17.200	25
	Total	59.84	17.857	47
SEG_ SF12_salud mental	EXPERIMENTAL	61.36	21.791	22
	CONTROL	58.50	17.574	25
	Total	59.84	19.494	47

**Tabla 20.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el aumento de la Salud Mental (SF12)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 90) = 0.039; p = .942; R_p^2 = .001$ ). El efecto principal entre grupos tampoco resultó estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1, 45) = 0.542; p = .465; R_p^2 = .005$ ). El efecto intra-sujetos sí fue estadísticamente significativo y obtuvo un tamaño de efecto moderado ( $F(2, 90) = 11.355; p < .001; R_p^2 = .128$ ).

Dado que el efecto del factor “momento” resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada uno de los dos grupos. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujetos fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,42) = 4.966; p = .019$ ) como en el grupo control ( $F(2,48) = 6.524; p = .004$ ).

Respecto al grupo experimental ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa. En el grupo control resultaron estadísticamente significativas las diferencias pre-post ( $p = .025$ ) y pre-seguimiento ( $p = .023$ ) pero no la diferencia de medias post-seguimiento ( $p = 1.000$ ).

## 6.16 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Hostilidad (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente hostilidad (POMS).

Los estadísticos descriptivos para dicha variable se muestran en la tabla 21.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ POMS Hostilidad	EXPERIMENTAL	17.16	9.795	32
	CONTROL	19.50	11.142	34
	Total	18.36	10.496	66
POS_ POMS Hostilidad	EXPERIMENTAL	15.72	9.166	32
	CONTROL	15.35	8.940	34
	Total	15.53	8.982	66
SEG_ POMS Hostilidad	EXPERIMENTAL	12.81	9.177	32
	CONTROL	16.24	8.975	34
	Total	14.58	9.167	66

**Tabla 21.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Hostilidad (POMS)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 128) = 1.632$ ;  $p = .200$ ;  $R_p^2 = .013$ ). El efecto principal entre grupos tampoco fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún efecto ( $F(1,64) = 0.811$ ;  $p = .371$ ;  $R_p^2 = .005$ ). El efecto intra-sujetos sí fue estadísticamente significativo con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,128) = 6.651$ ;  $p = .002$ ;  $R_p^2 = .053$ ).



Dado que el efecto del factor “momento” fue estadísticamente significativo, se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) unifactorial de medidas repetidas por separado para cada uno de los dos grupos. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujetos resultó estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,62) = 4.945; p = .012$ ) como en el grupo control ( $F(2,66) = 3.615; p = .038$ ).

Respecto al grupo experimental fue estadísticamente significativa la diferencia de medias pre-seguimiento ( $p = .004$ ) pero no pre-post ( $p = .725$ ) ni post-seguimiento ( $p = .157$ ). En el grupo control resultó estadísticamente significativa la diferencia pre-post ( $p = .015$ ) pero no pre-seguimiento ( $p = .243$ ) ni la post-seguimiento ( $p = .929$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental fue clínicamente importante (-2 puntos), mientras que en el grupo control también fue clínicamente importante (-4 puntos). La recuperación en el seguimiento fue clínicamente importante en el grupo experimental (-3 puntos) mientras que en el grupo control hubo empeoramiento (+ 1 punto).

### 6.17 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento del Vigor (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se efectuó en esta ocasión para la variable dependiente Vigor (POMS). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 22.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_Vigor_POMS	EXPERIMENTAL	13.68	6.687	34
	CONTROL	13.94	4.508	32
	Total	13.80	5.693	66
POS_Vigor_POMS	EXPERIMENTAL	12.97	5.906	34
	CONTROL	14.44	4.819	32
	Total	13.68	5.416	66
SEG_Vigor_POMS	EXPERIMENTAL	13.38	5.488	34
	CONTROL	13.00	4.586	32
	Total	13.20	5.036	66

**Tabla 22.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en el aumento del Vigor (POMS)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y mostró un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 128) = 1.383$ ;  $p = .255$ ;  $R_p^2 = .010$ ). El efecto principal entre grupos no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1, 64) = 0.149$ ;  $p = .701$ ;  $R_p^2 = .001$ ). El efecto intra-sujetos tampoco fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 128) = 0.683$ ;  $p = .505$ ;  $R_p^2 = 0.005$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental no fue clínicamente importante (-1 punto), mientras que en el grupo control hubo empeoramiento (+1 punto). En el seguimiento hubo un empeoramiento sin significación clínica en el grupo experimental (+1 punto) mientras que en el grupo control hubo mejora sin significación clínica (- 1 punto).

### 6.18 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Fatiga (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se efectuó en esta ocasión para la variable Fatiga (POMS).

Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 23.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_Fatiga_POMS	EXPERIMENTAL	16.23	5.867	35
	CONTROL	17.00	6.136	35
	Total	16.61	5.972	70
POS_Fatiga_POMS	EXPERIMENTAL	14.60	5.740	35
	CONTROL	14.97	6.157	35
	Total	14.79	5.912	70
SEG_Fatiga_POMS	EXPERIMENTAL	13.17	6.591	35
	CONTROL	15.03	4.991	35
	Total	14.10	5.878	70

**Tabla 23.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Fatiga (POMS)

Elefecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 136) = 0.843; p = .433; R_p^2 = .005$ ). El efecto entre grupos global tampoco resultó estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,68) = 0.647; p = .424; R_p^2 = .005$ ). El efecto intra-sujetos (“momento”) se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,136) = 9.633; p < .001; R_p^2 = .063$ ).

A partir del efecto estadísticamente significativo del factor intra-sujetos (“momento”) se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada uno de los dos grupos de participantes. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujetos global fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,68) = 7.557; p = .001$ ) como en el grupo control ( $F(2,68) = 3.405; p = .041$ ).

En el grupo experimental las diferencias pre-post ( $p = .090$ ) y post-seguimiento ( $p = .198$ ) no fueron estadísticamente significativas pero sí lo fue la diferencia de medias pre-seguimiento ( $p = .004$ ). En el grupo control sólo fue estadísticamente significativa la diferencia entre el pre y el post ( $p = .048$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental fue clínicamente importante (-2 puntos), así como en el grupo control (-2 puntos). En el seguimiento hubo mejoría sin significación clínica en el grupo experimental (-1 punto) mientras que en el grupo control hubo empeoramiento sin significación clínica (+ 1 punto).

## 6.19 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Confusión (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable dependiente Confusión (POMS). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 24.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Confusión_POMS	EXPERIMENTAL	13.51	5.808	35
	CONTROL	15.91	5.061	35
	Total	14.71	5.541	70
POS_ Confusión_POMS	EXPERIMENTAL	11.74	5.084	35
	CONTROL	13.46	5.249	35
	Total	12.60	5.201	70
SEG_ Confusión_POMS	EXPERIMENTAL	11.20	4.324	35
	CONTROL	12.89	4.185	35
	Total	12.04	4.309	70

**Tabla 24.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Confusión (POMS)

El efecto de la interacción “entre” x “intra” no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 136) = 0.291; p = .745; R_p^2 = .002$ ). El efecto entre grupos no alcanzó tampoco la significación estadística y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,68) = 3.580; p = .063; R_p^2 = .024$ ). El efecto principal intra-sujetos se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,136) = 14.144; p < .001; R_p^2 = .09$ ).

Dado que el efecto principal del factor intra-sujetos resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada uno de los dos grupos. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujeto fue estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental ( $F(2,68) = 6.470; p = .003$ ) como en el grupo control ( $F(2,68) = 7.722; p = .001$ ).

En el grupo experimental sólo se detectó una diferencia estadísticamente significativa entre las condiciones pre-seguimiento ( $p = .012$ ) pero no entre pre-post ( $p = .062$ ) ni entre las condiciones post-seguimiento ( $p = .643$ ). Respecto al grupo control, fueron estadísticamente significativas las diferencias de medias pre-post ( $p = .005$ ) y pre-seguimiento ( $p = .003$ ) pero no entre post-seguimiento ( $p = .894$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental fue clínicamente importante (-2 puntos), así como en el grupo control (-2 puntos). En el seguimiento hubo mejoría sin significación clínica en el grupo experimental (-1 punto) así como en el grupo control también sin significación clínica (+ 1 punto).

## 6.20 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Tensión (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se realizó para la variable Tensión (POMS). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 25.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Tensión_POMS	EXPERIMENTAL	17.26	7.248	31
	CONTROL	19.35	6.737	34
	Total	18.35	7.010	65
POS_ Tensión_POMS	EXPERIMENTAL	16.35	6.873	31
	CONTROL	16.62	6.541	34
	Total	16.49	6.650	65
SEG_ Tensión_POMS	EXPERIMENTAL	14.39	7.219	31
	CONTROL	16.91	6.077	34
	Total	15.71	6.715	65

**Tabla 25.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Tensión (POMS)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 126) = 1.567$ ;  $p = .213$ ;  $R_p^2 = .011$ ). El efecto entre grupos no alcanzó tampoco la significación estadística y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,63) = 1.193$ ;  $p = .279$ ;  $R_p^2 = .01$ ). El efecto intra-sujetos (“momento”) se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,126) = 8.009$ ;  $p = .001$ ;  $R_p^2 = .054$ ).



Al resultar el efecto del factor intra-sujetos estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo: experimental y control. A continuación se llevaron a cabo comparaciones par a par entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo. El efecto intra-sujetos global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,60) = 5.000$   $p = .010$ ) y también en el grupo control ( $F(2,66) = 4.685$ ;  $p = .013$ ).

En el grupo experimental sólo se detectó una diferencia estadísticamente significativa pre-seguimiento ( $p = .010$ ) pero no entre pre-post ( $p = .731$ ) ni entre las condiciones post-seguimiento ( $p = .118$ ). En el grupo control fue estadísticamente significativa únicamente la diferencia de medias pre-post ( $p = .017$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental no fue clínicamente importante (-1 punto), pero sí en el grupo control (-3 puntos). En el seguimiento hubo mejoría clínicamente importante en el grupo experimental (-2 puntos) mientras que en el grupo control hubo empeoramiento sin significación clínica (+ 1 punto).

## 6.21 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Depresión (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

El ANOVA mixto 2x3 se realizó para la variable Depresión (POMS). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 26.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Depresión_POMS	EXPERIMENTAL	19.45	13.687	31
	CONTROL	23.53	13.924	32
	Total	21.52	13.849	63
POS_ Depresión_POMS	EXPERIMENTAL	18.84	14.316	31
	CONTROL	17.94	12.386	32
	Total	18.38	13.269	63
SEG_ Depresión_POMS	EXPERIMENTAL	14.52	11.941	31
	CONTROL	18.34	11.977	32
	Total	16.46	12.019	63

**Tabla 26.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Depresión (POMS)

El efecto de la interacción “intra x entre” no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 122) = 2.212; p = .114; R_p^2 = .016$ ). El efecto entre grupos no alcanzó tampoco la significación estadística y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,61) = 0.643; p = .426; R_p^2 = .005$ ). El efecto intra-sujetos (“momento”) se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto pequeño ( $F(2,122) = 7.321; p = .001; R_p^2 = .051$ ).

A partir del efecto estadísticamente significativo del factor intra-sujetos, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo, experimental y control. El efecto intra-sujetos global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,60) = 4.474; p = .017$ ) y también en el grupo control ( $F(2,62) = 5.042; p = .010$ ).

En el grupo experimental se detectaron diferencias de medias estadísticamente significativas en la comparación pre-seguimiento ( $p = .048$ ) y post-seguimiento ( $p = .039$ ) pero no entre pre-post ( $p = .982$ ). En el grupo control sólo fue estadísticamente significativa la diferencia de medias pre-post ( $p = .019$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental no tuvo significación clínica (-1 punto), pero sí lo tuvo el grupo control (-5 puntos). En el seguimiento hubo mejoría clínica en el grupo experimental (-4 puntos) mientras que en el grupo control hubo empeoramiento sin significación clínica (+ 1 punto).

## 6.22 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Puntuación Global (POMS) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable Puntuación Global (POMS). Los estadísticos descriptivos se reflejan en la Tabla 27.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_Total_POMS	EXPERIMENTAL	69.56	43.816	25
	CONTROL	83.84	39.674	31
	Total	77.46	41.804	56
POS_Total_POMS	EXPERIMENTAL	67.24	41.407	25
	CONTROL	64.19	35.498	31
	Total	65.55	37.919	56
SEG_Total_POMS	EXPERIMENTAL	53.60	38.019	25
	CONTROL	66.94	33.228	31
	Total	60.98	35.745	56

**Tabla 27.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Puntuación Total (POMS)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 108) = 2.710$ ;  $p = .072$ ;  $R_p^2 = .022$ ). El efecto entre grupos no fue tampoco estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1, 54) = 0.801$ ;  $p = .375$ ;  $R_p^2 = .008$ ). El efecto intra-sujetos (variable “momento”) se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2, 108) = 8.002$ ;  $p = .001$ ;  $R_p^2 = .063$ ).

A partir del efecto estadísticamente significativo del factor intra-sujetos, se llevó a cabo un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo. A continuación se realizaron comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo, experimental y control. El efecto intra-sujetos fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,48) = 4.460; p = .018$ ) como en el grupo control ( $F(2,60) = 6.512; p = .003$ ).

En el grupo experimental se detectaron diferencias de medias estadísticamente significativas entre pre-seguimiento ( $p = .029$ ) y post-seguimiento ( $p = .050$ ) pero no entre pre-post ( $p = .977$ ). Por último, respecto al grupo control fueron estadísticamente significativas las diferencias de medias pre-post ( $p = .002$ ) y pre-seguimiento ( $p = .039$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .956$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental no fue clínicamente importante (-2 puntos), pero sí en el grupo control (-19 puntos). En el seguimiento hubo mejoría clínicamente importante en el grupo experimental (-14 puntos) mientras que en el grupo control hubo empeoramiento sin significación clínica (+ 4 puntos).

### 6.23 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Depresión (BDI) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable Depresión (BDI). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 28.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Depresión_DBI	EXPERIMENTAL	17.97	9.659	37
	CONTROL	18.14	9.807	36
	Total	18.05	9.665	73
POS_ Depresión_DBI	EXPERIMENTAL	16.00	10.507	37
	CONTROL	14.39	7.129	36
	Total	15.21	8.975	73
SEG_ Depresión_DBI	EXPERIMENTAL	15.14	10.000	37
	CONTROL	13.97	8.869	36
	Total	14.56	9.412	73

**Tabla 28.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Depresión (BDI)

El efecto de la interacción “intra x entre” no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 142) = 0.689; p = .500; R_p^2 = .003$ ). El efecto entre grupos no alcanzó tampoco la significación estadística y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,71) = 0.188; p = .666; R_p^2 = .001$ ). El efecto intra-sujetos (“momento”) se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,142) = 11.224; p < .001; R_p^2 = .056$ ).

Dado que el efecto principal del factor intra-sujetos fue estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor también para cada grupo, experimental y control. El efecto intra-sujeto global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,72) = 4.130; p = .024$ ) y también en el grupo control ( $F(2,70) = 7.188; p = .003$ ).

En el grupo experimental hubo diferencias estadísticamente significativas únicamente en la comparación pre-seguimiento ( $p = .006$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .834$ ) ni entre pre-post ( $p = .182$ ). En el grupo control fue estadísticamente significativa la diferencia de medias pre-post ( $p = .014$ ) y pre-seguimiento ( $p = .020$ ) pero no la diferencia post-seguimiento ( $p = .953$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental no fue clínicamente importante (-1 punto), así como en el grupo control (-4 puntos). En el seguimiento hubo mejoría sin significación clínica en el grupo experimental (-1 punto) así como en el grupo control (-1 punto).

## 6.24 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Calidad Sensorial del Dolor (SFMPQ) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable Calidad Sensorial (SFMPQ).

Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 29.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_SFMPQ_Sensorial	EXPERIMENTAL	15.57	6.185	37
	CONTROL	18.50	7.601	34
	Total	16.97	7.006	71
POS_SFMPQ_Sensorial	EXPERIMENTAL	11.73	6.632	37
	CONTROL	14.09	7.221	34
	Total	12.86	6.972	71
SEG_SFMPQ_Sensorial	EXPERIMENTAL	13.16	7.618	37
	CONTROL	14.88	8.509	34
	Total	13.99	8.045	71

**Tabla 29.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Calidad Sensorial (SFMPQ)

El efecto de la interacción “intra x entre” no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 138) = 0.248; p = .774; R_p^2 = .002$ ). El efecto entre grupos no fue tampoco estadísticamente significativo y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,69) = 2.694; p = .105; R_p^2 = .015$ ). El efecto intra-sujetos de la variable se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto mediano ( $F(2,138) = 12.269; p < .001; R_p^2 = .095$ ).



Dado que el efecto principal del factor intra-sujetos fue estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor también para ambos grupos. El efecto intra-sujeto global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,72) = 5.223; p = .008$ ) y también en el grupo control ( $F(2,66) = 7.249; p = .002$ ).

En el grupo experimental se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las condiciones pre-post ( $p = .005$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .585$ ) ni pre-seguimiento ( $p = .163$ ). En el grupo control fueron estadísticamente significativas las diferencias de medias pre-post ( $p = .001$  y pre-seguimiento ( $p = .025$ ) pero no la diferencia post-seguimiento ( $p = .911$ ).

## 6.25 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Calidad Emocional del Dolor (SFMPQ) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable SFMPQ Emocional. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 30.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_SFMPQ_Emocional	EXPERIMENTAL	6.62	2.802	37
	CONTROL	7.38	2.923	34
	Total	6.99	2.866	71
POS_SFMPQ_Emocional	EXPERIMENTAL	4.92	3.451	37
	CONTROL	6.09	3.059	34
	Total	5.48	3.299	71
SEG_SFMPQ_Emocional	EXPERIMENTAL	5.35	3.225	37
	CONTROL	5.06	3.411	34
	Total	5.21	3.295	71

**Tabla 30.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Calidad Emocional (SFMPQ)

El efecto de la interacción “intra x entre” no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 138) = 2.561$ ;  $p = .083$ ;  $R_p^2 = .018$ ). El efecto entre grupos no fue tampoco estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1,69) = 0.720$ ;  $p = .399$ ;  $R_p^2 = .005$ ). El efecto intra-sujetos de “momento” se mostró estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto moderado ( $F(2,138) = 16.695$ ;  $p < .001$ ;  $R_p^2 = .111$ ).

Dado que el efecto principal del factor intra-sujetos fue estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor también para ambos grupos. El efecto intra-sujeto global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,72) = 7.963; p = .001$ ) y también en control ( $F(2,66) = 10.819; p < .001$ ).

Respecto a las comparaciones específicas, en el grupo experimental se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las condiciones pre-post ( $p = .002$ ) y pre-seguimiento ( $p = .004$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .767$ ). Por último, en el grupo control fueron estadísticamente significativas las diferencias de medias: pre-post ( $p = .042$ ) y pre-seguimiento ( $p < .001$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .146$ ).

## 6.26 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en la reducción de la Calidad del Dolor Puntuación Global (SFMPQ) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3 para la variable Puntuación Total (SFMPQ).

Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 31.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_SFMPQ_Total	EXPERIMENTAL	22.19	7.940	37
	CONTROL	25.88	9.834	34
	Total	23.96	9.026	71
POS_SFMPQ_Total	EXPERIMENTAL	16.65	9.301	37
	CONTROL	20.18	9.530	34
	Total	18.34	9.511	71
SEG_SFMPQ_Total	EXPERIMENTAL	18.51	10.351	37
	CONTROL	19.94	11.146	34
	Total	19.20	10.686	71

**Tabla 31.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la reducción de la Calidad del Dolor Puntuación Total (SFMPQ)

El efecto de la interacción “intra x entre” no fue estadísticamente significativo y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(2, 138) = 0.685; p = .506; R_p^2 = .005$ ). El efecto entre grupos no fue estadísticamente significativo y mostró un tamaño del efecto pequeño ( $F(1,69) = 2.203; p = .142; R_p^2 = .014$ ). El efecto intra-sujetos fue estadísticamente

significativo, con un tamaño de efecto prácticamente grande ( $F(2,138) = 15.865$ ;  $p < .001$ ;  $R_p^2 = .112$ ).

Dado que el efecto principal del factor intra-sujetos fue estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial de medidas repetidas por separado para cada grupo. A continuación se llevaron a cabo comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor también para ambos grupos. El efecto intra-sujeto global fue estadísticamente significativo en el grupo experimental ( $F(2,72) = 7.417$ ;  $p = .001$ ) y también en control ( $F(2,66) = 8.948$ ;  $p < .001$ ).

Respecto a las comparaciones específicas, en el grupo experimental hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las condiciones pre-post ( $p = .001$ ) y pre-seguimiento ( $p = .039$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .568$ ). Por último, en el grupo control fueron estadísticamente significativas las diferencias de medias pre-post ( $p = .001$ ) y pre-seguimiento ( $p = .002$ ), pero no post-seguimiento ( $p = .999$ ).

## 6.27 Eficacia incremental del entrenamiento en autohipnosis en el aumento de la Mejoría Global Percibida por el Paciente (PGIC) en comparación con un protocolo grupal de afrontamiento psicológico sin autohipnosis.

Se realizó un ANOVA mixto 2x3, “entre” x “intra”, para la variable dependiente mejoría global percibida por el paciente (PGIC). Los estadísticos descriptivos básicos se muestran en la Tabla 32.

	Grupo	Media	Desviación estándar	N
PRE_ Mejora_Global	EXPERIMENTAL	5.74	.685	38
	CONTROL	5.74	.657	35
	Total	5.74	.667	73
POS_ Mejora_Global	EXPERIMENTAL	5.16	.679	38
	CONTROL	4.91	.562	35
	Total	5.04	.633	73
SEG_ Mejora_Global	EXPERIMENTAL	4.74	.724	38
	CONTROL	4.66	.639	35
	Total	4.70	.681	73

**Tabla 32.** Estadísticos descriptivos de la eficacia en la Mejoría Global Percibida por el Paciente (PGIC)

El efecto de la interacción no fue estadísticamente significativo y tuvo un tamaño de efecto pequeño ( $F(2, 142) = 0.757; p = .464; R_p^2 = .008$ ). El efecto entre grupos no alcanzó tampoco la significación estadística y no alcanzó ningún tamaño de efecto ( $F(1, 71) = 1.139; p = .290; R_p^2 = .003$ ). Por último, el efecto principal intra-sujetos se mostró

estadísticamente significativo, con un tamaño de efecto alto ( $F(2,142) = 53.266$ ;  $p < .001$ ;  $R_p^2 = .378$ ).

Dado que el efecto principal del factor intra-sujetos resultó estadísticamente significativo, se realizó un ANOVA unifactorial intra-sujetos por separado para cada uno de los dos grupos. A continuación se realizaron comparaciones apareadas entre los tres niveles de dicho factor para cada grupo, alternativamente. El efecto intra-sujeto unifactorial fue estadísticamente significativo tanto en el grupo experimental ( $F(2,74) = 19.962$ ;  $p < .001$ ) como en el grupo control ( $F(2,68) = 39.356$ ;  $p < .001$ ).

En el grupo experimental se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres condiciones de la variable “momento” comparadas par a par. En concreto, fueron significativas las diferencias de medias pre-post ( $p = .003$ ); pre-seguimiento ( $p < .001$ ) y post-seguimiento ( $p = .013$ ). Respecto al grupo control, fueron estadísticamente significativas las diferencias pre-post ( $p < .001$ ) y pre-seguimiento ( $p < .001$ ) pero no post-seguimiento ( $p = .078$ ).

Según la iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental mostró una mejoría mínima (-1 punto), así como en el grupo control (-1 punto). En el seguimiento hubo igualmente mejoría mínima, con una importancia clínica mínima en el grupo experimental (-1 punto) así como en el grupo control (-1 punto).



## **7. Discusión**

---



## 7.1 Consideraciones teóricas

En este estudio nuestro objetivo ha sido demostrar que el Entrenamiento en Autohipnosis cuando se añade a un protocolo de Afrontamiento Psicológico de la Fibromialgia incrementa sus niveles de eficacia en la reducción general del dolor, en su cualidad y cantidad (SF-MPQ) frecuencia y duración, en la intensidad e interferencia, en el Estado de Salud General (SF-12), así como en los Estados de Ánimo (POMS), la Depresión (BDI), el Impacto de la Fibromialgia (FIQ), y la Impresión Clínica Global (PGIC).

Para desarrollar un programa de tratamiento psicológico de la fibromialgia, con las adecuadas garantías científicas, es necesario atenerse a los criterios desarrollados en el informe de la Task Force de la APA (1995) en el que se detalla, entre otros requisitos, la importancia de la comparación de los resultados obtenidos en la intervención con los de un grupo control sin tratamiento o, al menos, con los de un grupo de pacientes en lista de espera (Comeche et al., 2010). En este sentido, las características de la muestra escogida y el diseño realizado en este estudio nos permite un grupo control que cumple con este requisito. Asimismo en la revisión bibliográfica sobre el tema encontramos las justificaciones del trabajo en grupo y sus beneficios respecto a un abordaje individual. Los trabajos revisados señalan la conveniencia de abordar los tratamientos psicológicos de la fibromialgia en un formato grupal, debido al valioso apoyo que supone el propio grupo junto a la indudable eficiencia de estas intervenciones (Williams, 2003). En el trabajo de Anderson y Winkler (2007) se señala cómo con una intervención grupal se logra una disminución significativa en la depresión, el dolor y el impacto de la fibromialgia, algo que otros estudios refuerzan (Comeche et al., 2010). Si bien para las características de nuestra muestra, al hallarse en un ámbito asociativo, por definición todos los tratamientos han de ser grupales, pues han de dirigirse al colectivo, que no a las

personas en particular. Como explicamos más adelante en las limitaciones del estudio, tal vez esto pudo ser también un obstáculo que dificultara personalizar y por tanto impactar de una manera significativa con la hipnosis en los participantes, ya que los descriptores y significados de cada participante respecto al dolor son muy subjetivos.

En el marco de la intervención psicológica en pacientes con FM, basado en la Terapia Cognitivo-Conductual y más concretamente en los programas grupales de afrontamiento psicológico del dolor crónico, nuestro estudio concluyó que el grupo que recibió el entrenamiento en autohipnosis no mejora estadísticamente de forma significativa los resultados obtenidos con el grupo control, sin embargo, en algunos parámetros de las distintas dimensiones de la experiencia dolorosa sí encontramos significación clínica en el uso de la hipnosis, como muestran otras investigaciones (Jensen y Patterson, 2006; Montgomery et al., 2000) lo cual es consistente con lo expuesto hasta ahora. Diversos estudios plantean la hipótesis de la reducción del dolor y otros síntomas asociados, con un impacto significativo y moderado (Adachi, 2013), además de que aumenta la motivación al tratamiento y las expectativas de éxito (Capafons, 2001). De hecho el empleo de la hipnosis para el control y manejo del dolor es el ámbito que más investigación clínica y experimental ha generado y genera actualmente en el abordaje del dolor crónico, y donde su eficacia está más contrastada y demostrada (Ordí, G.H, 2005).

La experiencia del dolor está directamente asociada con la integración múltiple de mecanismos y espacios neurofisiológicos supraespinales que desempeñan un papel clave. Estos mecanismos y áreas más comúnmente vinculados al dolor incluyen el tálamo, la insula, primaria y secundaria, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal. El hecho de que tantas áreas en el SNC, estructuras y procesos, contribuyan al dolor, ofrece una gran variedad de intervenciones a elegir, incluidas las intervenciones que afectan la

actividad cortical, como es el caso de la hipnosis. Las pruebas de imagen demuestran que la hipnosis tiene efectos sobre muchas áreas supraespinales involucradas en el dolor (Jensen et al., 2008, 2016).

El entrenamiento en autohipnosis ha mostrado su eficacia en comparación con abordajes psicológicos estandar en FM en aspectos como el malestar psicológico y la intensidad del dolor (Castel et al.; 2012), algo que hemos comprobado durante las sesiones de trabajo por los comentarios recibidos de las participantes, pero que sin embargo luego no se ha visto reflejado en las evaluaciones post-tratamiento ni en el seguimiento. De la revisión bibliográfica realizada puede decirse que desde el modelo biopsicosocial del dolor crónico, las variables evaluativas determinan un tipo u otro de experiencias. En general, los tratamientos basados en la TCC tratan de modificar pensamientos y comportamientos a través de técnicas cognitivas o técnicas de activación del comportamiento. Actividades cotidianas que son consistentes con los valores personales y condicionamiento operante dirigidos a comportamientos saludables, que son incompatibles con el dolor. En estos tratamientos se incluyen además el entrenamiento de habilidades sociales, relajación a través de varias técnicas (imágenes guiadas, respiración controlada y profunda, relajación progresiva muscular, etc), entrenamiento de asertividad, resolución de problemas, etc. En definitiva estrategias y entrenamiento de habilidades de afrontamiento con el fin de aumentar la autoeficacia. Nuestro estudio estaba alineado con estas propuestas, ya que al instaurar una herramienta como la autohipnosis en los participantes, estos pueden ser más autónomos de las medidas farmacológicas para la gestión de su situación de enfermedad crónica.

De igual manera en los abordajes que emplean la hipnosis, las expectativas y experiencias previas determinan en gran medida el beneficio de las técnicas hipnóticas.

Los pacientes de FM van a experimentar un determinado nivel de dolor dependiendo de factores como sus actitudes. Por ejemplo, incorporando conductas de autocuidado este mejora, también sobre sus estados emocionales, con una menor activación simpática, y respecto el tipo de valoración cognitiva que realicen (Vallejo, 2010; Miró, 2003; Moix y Kovacs, 2011; Gordí, 2013). Como ya referíamos, existen evidencias de que intervenciones neuromoduladoras que modifican los procesos cerebrales subyacentes a la experiencia del dolor, tienen el potencial de proporcionar un alivio sustancial para algunos de estos pacientes. Sobre todo si son procedimientos no invasivos y de fácil y rápida aplicación, el caso de la hipnosis.

Los hallazgos apoyan la eficacia y el perfil de efectos secundarios positivos de esta, ya que influye en múltiples procesos neurofisiológicos involucrados en la experiencia del dolor (DeLeo, 2006). Por tanto el entrenamiento en el uso de la autohipnosis podría considerarse un enfoque de "primera línea" viable para tratar el dolor crónico (Jensen, 2014). En este sentido la intervención de nuestro estudio se mostró moderadamente eficaz en la reducción de los síntomas de dolor, y en la intensidad e interferencia diaria, en el grupo experimental con una repercusión clínica importante en el impacto de la FM, un aumento de la salud general, y la salud mental en particular, la función social, y en la mejoría de los estados de ánimo tales como hostilidad, fatiga, confusión, tensión, depresión, con una repercusión mínima o clínicamente significativa.

El afrontamiento de la FM no se centra exclusivamente en la percepción y regulación física-sensorial de sus manifestaciones, obviamente también en su esfera psicológica, emocional y cognitiva. Y esto conlleva dotar de herramientas de autocuidado y autogestión a los pacientes. Competencias que se desarrollan de manera natural con la práctica y el entrenamiento personal, siendo la autohipnosis una intervención que auna

estos elementos, práctica y entrenamiento personal. En este sentido la investigación muestra como el entrenamiento en autohipnosis que además se apoya en el uso de audio facilita la adquisición de estos recursos, como muestran las investigaciones al respecto (Abrahamsem et al., 2008; Grøndahl et al., 2008). En estos estudios los pacientes informan que la autohipnosis les proporciona alivio durante varias horas, lo cual es una posible explicación para su uso frecuente, a pesar de que las disminuciones de dolor que se reportan no son marcadas. En nuestro estudio a los participantes del entrenamiento se les facilita dos audios preparados para reforzar su trabajo en casa, el primero correspondiente a las dos primeras semanas y el segundo a las dos siguientes, igualmente se les sugiere que tras días de entrenamiento con el audio continúen su práctica en ausencia de este, de manera que refuercen y generalicen su aprendizaje a otros espacios y momentos en los que tal vez no tengan la posibilidad de escuchar tranquilamente el audio. Esta sugerencia está igualmente indicada por la investigación como señala Abrahamsem et al. (2008).

Con el entrenamiento en autohipnosis se puede producir dos tipos de beneficios (Jensen, 2009):

1. Una disminución significativa en el dolor crónico diario.
2. La disponibilidad de una habilidad que puede ser utilizada por la mayoría de los pacientes para producir alivio temporal del dolor inmediato, en ausencia de químicos y en cualquier situación.

Estos beneficios se han visto reflejados en nuestro estudio, con matices, en algunos con cambios pequeños y en otros con cambios moderados e intensos, en la reducción de la intensidad, interferencia y otras dimensiones del dolor.

La bibliografía relevante acumulada en los últimos años dejan patente la influencia positiva del abordaje del dolor crónico y la FM mediante tratamientos psicológicos (cognitivos-conductuales) y mediante el uso de hipnosis. En la revisión sistemática llevada a cabo por Lami et al., (2013) el 60% eran estudios psicológicos, y abarcaban a una población de 5.876 participantes. Y los diseños experimentales con asignación al azar representan el 46,6% de los revisados como en nuestro caso, y la mayoría 98% realizan una evaluación pre y post intervención siendo tan solo los que hacen seguimiento el 28,8% a los seis meses y el 18% al año.

Lami et al., (2013) destaca que la mayoría de las intervenciones son grupales (65,52%) y presenciales pues estas generan una mayor adherencia al tratamiento, junto con la existencia de un protocolo o manual de trabajo. En nuestro caso la revisión sistemática que se realizaba cada semana al comienzo de las sesiones ayudaba a mantener esta adherencia y alta participación, lo cual redundaba en una adquisición mucho más rápida de los conceptos, así como un refuerzo del trabajo individual por modelaje de los otros participantes. Aunque en nuestra experiencia hemos observado que en ocasiones los participantes demandaban un trabajo más focalizado en sus particularidades, sobre todo a la hora de construir sugerencias que impactaran directamente en las características únicas de su experiencia. En la revisión mencionada (Lami et al., 2013) encuentran que las intervenciones tienen una periodicidad semanal, con sesiones que van desde las 4 hasta las 12 semanas al menos en un 63%. De los tratamientos psicológicos la mayoría fueron enfoques cognitivo-conductuales con algunas variaciones y hubo tres que trabajaron con la hipnosis. Estos tratamientos requieren una participación activa por parte de los pacientes a fin de generar una mayor capacidad de gestión. Sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios, sólo se recomienda como intervención

complementaria (Elkins et al., 2012). Para los pacientes con FM en los estudios realizados por Castel et al., (2009) y Martínez-Valero et al., (2008), la hipnosis en combinación con la TCC conllevó mejoras significativas en la dimensión afectiva del dolor y el funcionamiento global. Aunque los resultados no fueron significativamente mejores que los de TCC sin hipnosis, cuestión esta que también ha mostrado nuestro estudio. En relación al número de sesiones de hipnosis, encontramos que en el meta-análisis llevado a cabo por Adachi et al., (2013), sobre 473 estudios clínicos iniciales de los que solo pasaron los criterios de selección 12, tan solo uno era grupal y el resto intervenciones individuales. Asimismo el número de intervenciones varió de 3 a 12 sesiones con una duración de entre 30 y 90 minutos. En nuestro caso en particular, las cuatro sesiones de entrenamiento tuvieron una duración de 120 minutos cada una.

## **7. 2 Sujetos**

Todos los participantes formaban parte de un colectivo de fibromialgia, requisito para poder participar de la investigación. Los criterios de inclusión para nuestra muestra tuvo en cuenta las recomendaciones de estudios que le preceden, en este sentido las recomendaciones implican: tener reconocido un diagnóstico de FM, no encontrarse en litigio por incapacidad, sin tratamiento psicológico al menos en el último año, sin tratamiento psiquiátrico, sin compensación económica, y con suficiente autonomía para poder contestar a los cuestionarios del estudio. Características que encontramos en otros estudios similares como el de Martínez-Valero et al., (2008); Martínez-Pintor et al., (2006). No hay diferencias estadísticas significativas entre los participantes del grupo control y el grupo experimental en cuanto a sus características socio-demográficas y de enfermedad, son grupos equiparables.

El estudio de las variables sociodemográficas de la muestra señala el siguiente patrón: el perfil medio del participante es una mujer diagnosticada de FM, de entre 55 y 56 años de media. En una relación de 16 mujeres por cada hombre, siendo 4 hombres el total en esta muestra, algo más baja que la encontrada en la mayoría de estudios (Bosch et al., 2002, Ruiz Perez et al., 2007) que lo sitúan en una relación de 21/1.

Su estado civil mayoritario es de casada o emparejada, seguida del grupo de separadas o divorciadas, con estudios secundarios y universitarios en su mayoría, profesionalmente en activo, que manifestó tener dolor con una frecuencia diaria de 17 horas de promedio. El tiempo con dolor crónico desde su diagnóstico hasta la primera entrevista del estudio es de 15,7 años de media, muy similares en ambas muestras, control y experimental. El diagnóstico es en su mayoría dado por un especialista en reumatología, y los participantes no ha recibido tratamiento o abordaje psicológico específico para la FM.

En un estudio anterior sobre los efectos de la intervención psicológica en dolor y estado emocional, realizado sobre la población de la misma asociación (Moioli y Merayo, 2005) encontramos que toda la muestra es femenina, entonces ningún hombre participaba de las actividades de la asociación, con un nivel de estudios bajo y el estatus familiar predominante de ama de casa. Igualmente encontramos diferencias en cuanto a la historia de padecimiento de dolor, con una media de 20 años, lo que refleja una mayor edad en la muestra de ese estudio, y su frecuencia de dolor igualmente mayor, de 19 horas diarias reportadas entonces a las 17 de esta ocasión.

Los datos de nuestro estudio son consistentes con otros. En la investigación de Herrero et al. (2013) la muestra estaba compuesta por 8 mujeres diagnosticadas de FM de acuerdo con los criterios del ACR (1990) por un médico especialista en Reumatología.



La media de edad de la muestra era de 45,37 años (el rango de edad fue de 27-57 años). Las ocho participantes eran mujeres. El 75% estaban casadas, el 12,5% separadas y el 12,5% solteras. De las 8 pacientes que participaron en este estudio, 2 eran amas de casa, 5 trabajadoras activas y una se encontraba en situación de desempleo en el momento de participar en el estudio. El 12,5% tenían estudios primarios, el 62,5% estudios secundarios, y el 25% estudios superiores. En el estudio de Castel et al, (2012) a un total de 93 pacientes con FM. Su edad promedio fue de 49,6 años y el promedio de duración de su historia de dolor fue de 12,6 años. De esta muestra, el 96,8% eran mujeres y el resto (3,2%) eran hombres. En cuanto a la educación, el 54,8% había completado su educación primaria, el 38,7% había completado la educación secundaria y el 6,5% habían completado la educación superior. Encontramos algunas diferencias con la muestra del estudio de Martínez-Valero et al., (2008) donde la edad general de la muestra fue de 44,3 años (rango 25-60), más joven que la de nuestro estudio, si bien la del grupo experimental estaba más próxima (54-60 años). En este estudio todos los participantes estaban casados y eran mujeres. En el estudio previo de Martínez-Pintor et al., (2006) la muestra estaba compuesta por 75 personas (68 mujeres y 7 hombres) con tratamiento físico o farmacológico de un año de duración sin resultados de mejoría, de entre 20 y 60 años de edad.

### **7.3 Método**

Nuestro estudio se ha basado en el mismo marco conceptual y principios seguidos por múltiples investigaciones referidas a la efectividad del abordaje psicológico en el manejo del dolor crónico.

La implementación del estudio estuvo a cargo de un psicólogo sanitario, con experiencia en fibromialgia y dolor crónico, así como en la gestión de grupos terapéuticos y especialista en hipnosis clínica. El enfoque de hipnosis empleado en esta investigación, si bien no incrementó la eficacia del protocolo TCC utilizado, sí que corroboró los datos mostrados en estudios previos, que señalan el beneficio moderado de este tipo de estrategias cuando se acompañan de tratamientos estandarizados cognitivo-conductuales (Castel, 2009, 2012; Martínez-Valero, 2008; Lami, 2013). La hipnosis es un procedimiento en el que un profesional sugiere cambios en las sensaciones, percepciones, acciones, sentimientos y pensamientos de otra persona (Kilshtröm, 1985; Kirsch, 1994) y está destinada a modificar alguna de las dimensiones que aparecen en el dolor crónico, física-sensoriales, emocionales o cognitivas, cuando acompaña a tratamientos TCC para el dolor crónico. Asimismo busca instaurar mediante el entrenamiento y práctica continuada, de una mayor autoeficacia y sentimiento de gestión personal en los pacientes.

Utilizamos un procedimiento estandarizado, en su estructura, de enseñanza y práctica de la hipnosis (inducción, estabilización y reforzamiento, sugerencias específicas, finalización, autohipnosis y generalización), utilizando una variedad de elementos que entendíamos más eficaces y con mayor probabilidad de ser aprendidos y practicados: Combinación de sugerencias directas e indirectas, diversos procedimientos de inducción, uso de CD de apoyo, registro diario de prácticas con revisión en sesión, medidas cualitativas previas al ejercicio en sesión y después del mismo, etc., tal y como se recomienda en el uso de estas técnicas (Ordí, 2013).

Una de las características que más frecuentemente se ha identificado en dolor crónico tiene que ver con la focalización atencional a las propias señales del cuerpo en las personas con FM. Esta respuesta por parte del paciente se traduce en un incremento

de la señal dolorosa, de ahí que los distintos abordajes multicomponente dediquen recursos a trabajar esta cuestión, enseñando a tomar consciencia de estas señales y sus cualidades, para incrementar una gestión eficaz de las mismas (Pincus y Morley, 2001). Esto ha estimulado la búsqueda por parte de los investigadores de otros abordajes terapéuticos desde la psicología, complementario y coadyuvantes, que suelen mostrar un mejor ajuste de la persona a la enfermedad, reducción del dolor, de la incapacidad y de los afectos negativos (Moix y Kovacs, 2010). Años antes Moix (2002) recomendaba que la hipnosis debería introducirse en el hospital, tanto en las clínicas del dolor, como en cualquier servicio que se llevara a cabo procedimientos médicos invasivos (endoscopias, punciones, intervenciones quirúrgicas,...). Sugiriendo que la hipnosis podría aplicarse en cualquier área del hospital donde los pacientes sintieran dolor agudo o crónico. En otras palabras, la hipnosis podría ser útil en la gran mayoría de servicios hospitalarios. Igualmente, podría ser de gran utilidad en otros campos no hospitalarios, como por ejemplo en clínicas odontológicas. En nuestro caso, no era un espacio clínico sobre el que trabajábamos, y sí un colectivo de personas afectadas, pero esto seguramente pudo ser una ventaja en cuanto a la disponibilidad de una amplia muestra de personas diagnosticadas de fibromialgia.

El uso de programas multicomponentes ha mostrado una alta eficacia como primera medida de tratamiento psicológico, al incluir como dianas terapéuticas elementos conductuales, cognitivos y emocionales, entre otros, permiten la incorporación de otras técnicas que van mostrando su utilidad y beneficio como es el caso de la hipnosis. Los inconvenientes que se encuentran en estos enfoques están relacionados con la duración de los mismos y la participación activa e implicada que se solicita a los pacientes. Estos han de trabajar semanalmente con una serie de tareas, propias de los contenidos tratados

en cada sesión y que incorporan a sus rutinas diarias. El entrenamiento en autohipnosis de nuestro estudio actúa de manera similar, trabajando unos contenidos en sesión, que luego se practican en la segunda parte de la misma para terminar replicándose en casa hasta la siguiente semana. También es cierto que muchos de los componentes de estos programas de abordaje de dolor crónico pueden y deben ser sustituidos por otros que sean más eficientes y eficaces si muestran la evidencia, y en este caso la hipnosis ha mostrado que en relación a otro tipo de estrategias, como la meditación, la relajación o el entrenamiento autógeno, consigue un impacto más beneficioso.

Para facilitar la adhesión y aprendizaje de la hipnosis se diseñó este estudio haciendo hincapié en el entrenamiento en autohipnosis, la práctica repetida y en el medio natural de cada participante de lo trabajado en la sesión clínica. Además para apoyar el trabajo en sesión y ayudar a salvar las dificultades iniciales de seguir un discurso mental propio, en ausencia de la guía narrativa del psicólogo, se facilitaron dos audios para el acompañamiento del trabajo en casa. En este sentido, en los últimos años ha empezado a introducirse este tipo de estrategias en los ensayos clínicos reportados (Jensen, 2009). Este autor pone de manifiesto cómo desde el año 2006 empieza introducirse el uso de grabaciones para practicar la autohipnosis en casa, y en algunos se alienta a los participantes a practicar la autohipnosis sin las grabaciones de audio. Cuestión que compartimos si bien aconsejamos que al menos una semana de entrenamiento diario con los audios ha de haber, de manera que una vez familiarizados con los guiones de inducción, los pacientes puedan generalizar sus habilidades a otros contextos y momentos. Jensen (2009) también reportó que en el seguimiento, entre el 62 y el 80% de los participantes, informaron que seguían practicando la autohipnosis por sí mismos sin las

grabaciones, esta cuestión no hemos tenido ocasión de confirmarla con nuestra muestra, aunque algunos comentarios en este sentido si hemos recibido.

## 7.4 Resultados

La conclusión global de nuestro estudio indica que las hipótesis acerca de la eficacia incremental del uso de la autohipnosis no mejora significativamente al tratamiento cognitivo conductual utilizado en el grupo control. Si bien analizando por separado los grupos, observamos que el grupo que recibió entrenamiento en autohipnosis mejora en distintos aspectos según el momento evaluado, tanto de la pre-evaluación a la post, como de la post-evaluación al seguimiento, en distintas dimensiones relacionadas con el dolor crónico y esto es consistente con aportaciones de otras investigaciones (Castel 2012). Concretamente hubo mejoría estadística en la evolución del grupo tratado con hipnosis en la reducción de la gravedad de síntomas, en la interferencia diaria del dolor, en la reducción de tensión, en depresión, en la reducción total de POMS, reducción malestar sensorial, emocional y total medido con SFMPQ aunque esta mejoría no se mantuvo en el seguimiento, y un aumento de la mejora global.

Aunque de manera distinta a otros estudios, el nuestro muestra cómo en el seguimiento y el transcurso de los meses los beneficios tienden a mantenerse y la explicación que encontramos es contextual, ya que coincide la evaluación del seguimiento con la época estival, en la que la mayoría de participantes parece ser que disfrutan de más tiempo de descanso y participación de actividades al aire libre, propias de estas épocas. No obstante, nos reportan en el tiempo el abandono y falta de práctica de lo aprendido, lo cual nos invita a reflexionar sobre la conveniencia de mantener sesiones de seguimiento y refuerzo de lo aprendido, con una periodicidad mensual o bi-mensual que ayude a

mantener estas ganancias y en el largo plazo termine por instaurar unos hábitos de autocuidado eficaces. También observamos que cuando el grupo experimental es comparado con el grupo que recibió el tratamiento estándar las medidas no alcanzan significación estadística. No obstante, al tratarse de un ensayo clínico, y ser nuestro objetivo general conseguir mejoría y bienestar para los participantes, sí que encontramos mejoría clínica en algunas de las manifestaciones de su experiencia de dolor, como consecuencia del uso de la autohipnosis. Concretamente encontramos significación clínica en la reducción del impacto de la FM, y en la esfera afectiva en la reducción de la hostilidad y la fatiga, así como la impresión de mejora global.

Los participantes también informaron que en sus sesiones de entrenamiento en auto-hipnosis, experimentaron alivio del dolor que duraría varios horas. Una posible explicación para el uso frecuente de la autohipnosis, incluso aunque en el seguimiento las puntuaciones revelaran que la mejoría pequeña o moderada no se mantuviera (Jensen, 2009). Los reportes verbales que recibimos de los participantes van en esta línea, mejoría momentánea tras los ejercicios de entrenamiento que podía durar varias horas, incluso que les permitía sustituir la ingesta de calmantes por los ejercicios, si bien su beneficio no se mantenía en el tiempo. En relación a estas afirmaciones en nuestro estudio en cada sesión, previo al uso de la hipnosis, cada asistente rellenaba un registro (Anexo III), denominado *Registro de Sesiones de Entrenamiento en Autohipnosis*, que repetían tras la misma para valorar si ha habido algún tipo de cambio. En este cuestionario, puntúan la intensidad del dolor (0-10), localización del mismo, descripción dolor mediante adjetivos y nivel de tensión muscular-física (0-10). Tras las sesiones, sistemáticamente los reportes dados mejoran la situación inicial de intensidad dolorosa, intensidad tensional y su

descripción, pasando de utilizar adjetivos que reflejan mucho malestar por otros que describen una experiencia dolorosa menos grave, incluso inexistente.

Por otro lado el impacto económico que los tratamientos paliativos en dolor crónico tienen en la población, pues es una de las primeras causas en demanda de asistencia médica, es altísimo, y el número de visitas a centros de salud por parte de esta población excede con diferencia al de otras dolencias. En un estudio de la SED (Sociedad Española del Dolor, 2010) mostró que en España los costes directos -recursos humanos, coste de materiales y técnicas, camas hospitalarias o gasto farmacológico-, así como los indirectos -bajas laborales, indemnizaciones o pensiones- suponen, ni más ni menos, que el 2% del PIB. Tan solo el 8% de los 10 millones de personas que sufren dolor crónico en España son atendidas por profesionales formados en su tratamiento. Hay muchos pacientes con dolor crónico y muy pocas unidades de dolor convenientemente dotadas en toda la geografía española y, las que existen, están masificadas, por lo que se hace más necesario dotar de herramientas eficaces de autogestión del dolor que otorguen autonomía a la persona.

## **7.5 Limitaciones del Estudio**

Antes de plantear algunas cuestiones relativas a la utilidad de este trabajo y futuras acciones de investigación describiremos las diferentes limitaciones que fuimos encontrando en su desarrollo. Algunas forman parte de las propias características de la muestra y el ámbito asociativo en el que fue reclutada, otras parten del propio diseño de la investigación.

Por ejemplo respecto a la comodidad de las instalaciones y cómo esto puede condicionar la calidad de la información recogida, si bien la asociación dispone de

elementos de mobiliario para llevar a cabo las tareas de escritura durante la evaluación, esta se reveló larga en el tiempo para las personas allí convocadas que terminaron, en algunos casos, respondiendo con cierta urgencia a las cuestiones, por la incomodidad de estar tanto rato sentadas escribiendo en un pupitre sin espacio suficiente para apoyarse, en ocasiones más de dos horas. De igual manera el reclutamiento de la muestra así como posteriores comunicaciones o convocatorias de reunión fueron llevadas a cabo por el personal de la asociación de fibromialgia, condición que expresaron desde un comienzo como requisito indispensable para poder disponer de los socios para el estudio, y esto reveló que localizar a los sujetos a veces era complicado, por cada circunstancia de vida de los mismos, lo que se traducía en esperas y retrasos hasta tenerlo todo organizado. Este condicionante se dio durante la evaluación inicial, la post-evaluación y el seguimiento. Hecho que conllevó que a la llegada de los meses estivales temiéramos perder gran parte de la muestra por la dificultad para ser localizada. Si bien finalmente se pudo resolver esta cuestión generó mucho estrés y esfuerzo en el equipo investigador. Igualmente las primeras comunicaciones con los sujetos del estudio se llevaban a cabo por personas de la asociación, ajenas al estudio, lo cual no siempre aseguraba que el mensaje transmitido fuera exacto sobre los contenidos y expectativas a tener en cuenta, algo que se comprobó una vez se trabajaba con los grupos y algunos de sus miembros expresaban expectativas muy alejadas del objeto del estudio.

Otras limitaciones encontradas forman parte del diseño del propio estudio y sus integrantes, los voluntarios, estudiantes del departamento que participaron de la recogida de muestras, en ocasiones mostraron escasa pericia en esa función y esto condicionó que tuviéramos que repetir para algunas asistentes determinadas pruebas, incluso descartar algunos cuestionarios pues ya no era posible volver a repetirlos por ausencia de la persona



que lo rellenó. También encontramos que fue complicado para la muestra pasar los procesos de evaluación, pre-post-seguimiento, precisamente por sus características de salud, una batería tan amplia de cuestionarios les resultaba un esfuerzo muy importante que se traducía en incremento de sus dolores y molestias durante los mismos, lo cual no era nada estimulante para los participantes. Algunas de ellas abandonaron en los momentos iniciales por estas cuestiones, lo que derivó en una muestra de menor tamaño.

El número de hombres participantes se ajusta aproximadamente a la proporción de hombres frente a mujeres que se da en la FM, en el estudio se respetaba este porcentaje, no obstante hubiera sido muy interesante disponer de una mayor presencia de ellos y comprobar si en este sentido el sexo, suponía una diferencia significativa en los distintos resultados obtenidos. Estamos acostumbrados a escuchar expresiones del tipo “fibromialgia, enfermedad de mujeres”, etc., estereotipos que seguramente dificulta que los hombres participen con más frecuencia de las actividades de los colectivos de pacientes, en su mayoría formados por mujeres.

La escasez de estudios similares, ha dificultado una comparación profunda de los resultados con otros estudios en formato grupal, conjuntamente con TCC, de breve duración, en ámbito asociativo, etc. ya que se trató de una intervención psicológica diseñada por el autor. Asimismo este formato grupo no permitía personalizar el trabajo sugestivo durante las sesiones, por lo que los guiones para inducir y profundizar en la hipnosis se limitaba a planteamientos generales, narraciones donde todos los asistentes a esa sesión pudieran encontrar reflejo. Frente a esto el uso de la hipnosis de manera individual permite adecuar los contenidos sugestivos a las características de la experiencia de dolor particular, siendo así su efecto mucho más profundo y certero. Si bien el entrenamiento pretende que cada asistente construya su propia narración

sugestiva, esta se hace desde la base de cuestiones generales de analgesia, anestesia, desplazamiento de sensaciones, etc. por lo que resultaba desde sus comienzos más difícil que personalizaran este recurso.

Por las características de la muestra, el consumo de fármacos era generalizado y en ocasiones masivo, y escapaba a cualquier control que pudieramos desear, lo que nos lleva a cuestionarnos en qué medida esta ingesta farmacológica puede condicionar los resultados, para bien o para mal, de la investigación.

## **7.6 Utilidad del Trabajo**

Ya se ha descrito anteriormente el enorme impacto de salud, social, económico y familiar que supone la presencia de la FM en la vida de cualquier persona. Ya sea la capacidad para realizar las actividades diarias o proyectos cotidianos que se ven socavadas y en muchas ocasiones abandonadas, lo cual repercute de manera intensa y negativa en la calidad de vida.

Actualmente se entiende el dolor crónico en fibromialgia como una experiencia compleja en la que intervienen múltiples factores, entre ellos los psicológicos, los cuales median la experiencia de enfermedad hacia un mayor o menor sufrimiento. De ahí que se entienda la enorme relevancia que supone regular adecuadamente estos factores. No obstante, a pesar de las evidencias de estas cuestiones, la importancia que se le da al abordaje de la FM y la atención a los pacientes diagnosticados, vistos los recursos empleados y las líneas de abordajes prioritarias que ponen en marcha las administraciones sanitarias, así como los estudios pertinentes que manifiestan estas condiciones, es insuficiente y en numerosos casos inadecuada. Se da el protagonismo de la atención a los tratamientos farmacológicos, que no solo han demostrado tener unos efectos secundarios

indeseables, sino que además se muestran incapaces de limitar o eliminar muchos de los síntomas que aparecen, en detrimento de otras alternativas.

Por tanto, los argumentos que justifican el esfuerzo realizado para llevar a cabo este estudio son:

- **Contribuir al estudio y manejo de la Fibromialgia**

Los abordajes psicológicos han demostrado ser una de las principales vías de intervención y manejo de la sintomatología en FM, y dentro de estos los enfoques cognitivos-conductuales han acumulado más evidencia que el resto. En el marco de estas investigaciones realizadas se ha puesto de manifiesto que los elementos psicológicos relacionados con la autoeficacia y gestión de la propia enfermedad son nucleares para una adecuada adaptación y superación del impacto de la enfermedad. En este sentido este estudio ha pretendido aportar un recurso de valor a estos tratamientos. Un recurso que dependiera de la actitud de autocuidado de la persona con FM, más que del poder de un fármaco o la habilidad de un terapeuta y que aportara beneficio inmediato centrado en su experiencia presente.

Consideramos que nuestro estudio puede aportar más evidencia de cómo los mecanismos del dolor pueden ser manejados y transformados desde la propia iniciativa, y el empleo de herramientas válidas de quien los manifiesta. Igualmente puede aportar datos que validan una herramienta que ayuda a regular sintomatología diversa, física, fisiológica psicológica, relacional, etc. El que la persona vuelva a descubrir su capacidad de auto regulación y se reencuentre con su cuerpo desde una posición más amable, placentera y sana.

- **Incrementar la eficacia y eficiencia de la intervención psicológica**

Los tratamientos cognitivos conductuales han sido ampliamente estudiados y revisados en el ámbito del dolor crónico, nosotros mismos probábamos la validez de un enfoque de estas características, mucho antes de la aparición de las guías o protocolos al respecto como la ya mencionada de Moix y Kovacs (2009). Igualmente la hipnosis como herramienta terapéutica ha evidenciado su utilidad para estas cuestiones. Pero aún más, ha mostrado que sumada a los tratamientos psicológicos, independientemente de la escuela desde la que estos se desarrollen pues tiene cabida en cualquier modelo, incrementando no solo su eficacia, pues ayuda a que sigan siendo exitosos y por tanto válidos, sino que lo hace acortando sus plazos cuando se dirige de forma específica a algunos de sus elementos.

Actuar de manera específica sobre la experiencia física del dolor, cuestión que es secundaria para los abordajes psicológicos convencionales y que en muchas ocasiones frena o dificulta la utilidad de los mismos, precisamente por la intensidad de sus manifestaciones.

- **Ampliar el uso y beneficio de la hipnosis como herramienta psicológica**

Si bien el uso de la hipnosis empieza a estar más generalizado entre los profesionales sanitarios y clínicos y en especial entre los profesionales de la psicología, necesita de mayor investigación y estudio por sus beneficios, sobre todo cuando su uso y conocimiento se hace extensivo a los pacientes, empoderándolos y facilitando su adhesión a los tratamientos psicológicos, precisamente por sentirse partícipes activos de su bienestar. Hasta la fecha la investigación de la heterohipnosis, un profesional que actúa sobre un paciente, tiene un largo recorrido en contraste con el entrenamiento en

autohipnosis, enseñar y facilitar las herramientas de la hipnosis para que los pacientes trabajen sus propios procedimientos terapéuticos.

## **7.7 Futuras Líneas de investigación**

Tras la realización de este estudio y la observación de las cuestiones que contempla, resulta conveniente proponer, de cara a un mejor conocimiento de la técnica y sus mecanismos, futuras líneas de investigación en el ámbito de la psicología y el abordaje del dolor crónico en sus diferentes manifestaciones.

Proponemos cuatro líneas futuras:

### **1ª. Profundizar en los elementos nucleares de los mecanismos terapéuticos de la autohipnosis.**

Sin duda la hipnosis en formato de entrenamiento en autohipnosis necesita de mucha más investigación para conocer en profundidad los mecanismos que la hacen útil y beneficiosa. Asimismo entender que elementos mantienen los aprendizajes y beneficios en el tiempo redundará en un mejor aprovechamiento de este recurso por parte de los pacientes. En este sentido, un estudio pormenorizado de todos los elementos, relacionales, verbales y no verbales, sugestivos, experiencia o conocimiento del terapeuta, características del grupo de entrenamiento, etc., nos permitirá redundar en aquellos que son los responsables últimos del cambio o beneficios adquiridos tras el tratamiento.

- a) ¿Qué elementos concretos explican mejor el beneficio del entrenamiento en autohipnosis?
- b) ¿Pueden distintas combinaciones de estos elementos aumentar o reducir sus efectos?

- c) ¿Se puede desarrollar un protocolo específico de entrenamiento en autohipnosis generalizable a cualquier profesional sanitario implicado en el abordaje del dolor?
- d) ¿Pueden estos elementos ser transmitidos y entrenados en diferentes formatos, presencial-no presencial, por expertos-no expertos, etc?
- e) ¿Qué diferencias habría si el entrenamiento en autohipnosis se realiza de manera exclusiva en ausencia de programa de afrontamiento psicológico?
- f) ¿El entrenamiento grupal muestra diferencias en los resultados obtenidos frente al entrenamiento individual?
- g) ¿Cuál es el impacto real del uso de audios de apoyo en la práctica individual?

## **2ª. Discriminar los trastornos por dolor crónico que más se benefician de la autohipnosis.**

No solo resultaría interesante conocer en detalle qué facilita el beneficio terapéutico del entrenamiento en autohipnosis, igualmente entender qué trastornos por dolor y sus características son más susceptibles de recibir los beneficios de este entrenamiento permitiría discriminar de salida los trastornos diana a los que dirigirlo. En nuestro caso hemos aplicado el entrenamiento a personas diagnosticadas de fibromialgia pero en principio cualquier trastorno por dolor es susceptible de ser abordado igualmente con esta herramienta. En este sentido nos surgen cuestiones al respecto:

- a) ¿Qué resultados mostrarán otros trastornos por dolor o reumatológicos al entrenamiento en autohipnosis?
- b) ¿Qué características propias de otros trastornos correlacionarían mejor con los diferentes elementos del entrenamiento en autohipnosis?

- c) ¿Un mismo protocolo en entrenamiento podría ser usado para diferentes trastornos con los mismo resultados?

### **3ª. Valorar la eficacia incremental del entrenamiento de larga duración frente al breve.**

A fin de mejorar la eficacia de los protocolos de entrenamiento en autohipnosis, profundizar más en su práctica y contenidos desde una mayor duración. El presente estudio en un formato breve, 4 sesiones, no permite una evolución ni mejora significativa de las técnicas empleadas, desde la practica y el feddback grupal tanto en quien lo imparte como en quien lo recibe, por tanto un formato de más duración facilitaría esto.

- a) ¿Cuántas sesiones presenciales son necesarias para obtener una mejora significativa en un programa de entrenamiento en autohipnosis?
- b) ¿Cuántas sesiones de seguimiento y refuerzo son necesarias para mantener las competencias adquiridas?

### **4ª. Desarrollar categorías de sugerencias específicas para activar/inhibir redes nerviosas dianas receptoras a las mismas.**

A medida que aprendemos más acerca de los mecanismos del dolor que son específicos de la experiencia de una persona, se pueden probar sugerencias concretas que tengan en cuenta estas particularidades. Puede haber maneras de maximizar tanto la capacidad cognitivo-sensorial, como las experiencias emotivas implicadas en los distintos tipos de sugerencias. Y no solo sugerencias que incidan en áreas cerebrales relacionadas con el dolor, también con elementos de sus distintas dimensiones. La investigación futura podría evaluar qué redes neuronales están en juego durante estos tipos de sugerencias También

se necesita más investigación sobre el papel de las sugerencias sobre otros resultados funcionales, como el regreso al trabajo, mayor actividad o funcionamiento diario.

- a) ¿De qué manera el uso de sugerencias específicas ayuda a recuperar áreas de funcionamiento de la persona limitadas por la experiencia de dolor?
- b) ¿De qué manera el trabajo en estas cuestiones ayudaría a reducir la respuesta fisiológica, sensorial asociada al dolor, su intensidad, interferencia, duración, etc?

### **5ª. Investigar en los beneficios del entrenamiento en autohipnosis de manera individual vs entrenamiento grupal.**

La posibilidad de implementar estos protocolos de tratamiento de manera individual, sin duda puede mostrar una serie de beneficios que no aparecen en las intervenciones grupales, como el hecho de que se ajuste todo el trabajo a las características personales y subjetivas del paciente. En concreto y relacionado con la hipnosis esto puede ser una diferencia importante, básicamente porque los guiones hipnóticos, la narración de las sugerencias tendrían un impacto mayor si emplean el vocabulario, las imágenes, los significados y experiencias de la persona a la que se dirige. En mi experiencia personal estos enfoques individuales ofrecen muchísimas alternativas, permiten unos ajustes sobre la marcha del procedimiento desde el feedback inmediato del paciente, permite personalizar las tareas de trabajo para casa, incluido los audios, así como extraer datos más relevantes de la evaluación que serán utilizados en la intervención y que presumimos aportaría mayores niveles de satisfacción con la propuesta terapéutica.



## **6ª. Desarrollo de procedimientos estandarizados que puedan replicar su impacto y beneficio independientemente del clínico o profesional que lo aplique.**

La ausencia de procedimientos estándar para administrar la hipnosis y las diferencias metodológicas en los contextos experimentales impiden nuestra capacidad de generalizar los hallazgos (Mazzoni et al., 2013). Se hace necesario establecer protocolos de intervención basados en la evidencia que puedan ser replicados por diferentes profesionales y en distintos contextos, ya que esto redundaría en el beneficio de estas poblaciones que en numerosas ocasiones están sometidas a tratamientos sin base que los justifiquen, heterogéneos y que no siempre alcanzan los objetivos que se proponen.

Para desarrollar un programa de tratamiento psicológico de la fibromialgia, con las adecuadas garantías científicas, es necesario atenerse a los criterios desarrollados en el informe de la Task Force de la APA (1995) en el que se detalla, entre otros requisitos, la importancia del desarrollo de un manual protocolizado, en el que se describa la evaluación y el tratamiento. Estos manuales son una herramienta de gran utilidad para los terapeutas y en muchas ocasiones complementan su labor como biblioterapia de apoyo. En la práctica clínica, el uso de manuales empíricamente validados, es una garantía de eficacia para el clínico, además de contribuir al desarrollo de la investigación por permitir la comparación entre estudios (Wilson, 1996).

## **7ª. Incorporar el uso de la realidad virtual (RV) y nuevas tecnologías aplicadas al entrenamiento en autohipnosis para incrementar su eficacia.**

El desarrollo de nuevas tecnologías en un mundo cada vez más digitalizado, ofrece oportunidades por descubrir cómo la realidad virtual o el reciente neurofeedback, pueden ayudar a potenciar el aprendizaje y consciencia de los mecanismos implicados en la

adquisición y manejo de habilidades hipnóticas para la gestión del dolor crónico, y así su impacto positivo. La realidad virtual proporciona un ambiente generado por ordenador, recogiendo las características particulares de la experiencia de cronicidad de la persona, y por tanto ajustando mucho más el trabajo terapéutico a las mismas. Además al reconstruir un escenario en el que la persona se introduce virtualmente podría suponer una solución a la dificultad imaginativa o de absorción que algunas personas muestran, también reduciría la influencia distractora durante el entrenamiento que suelen aparecer, como son el ruido ambiental o la presencia de otras personas. Algunas experiencias previas en dolor agudo y procedimientos médicos ya señalan los posibles beneficios de este uso (Sharar et al, 2008).

De igual manera el neurofeedback al igual que su antecesor biofeedback, podría ser una herramienta que acompañando a la hipnosis en los procedimientos de entrenamiento, ayudase a potenciar el impacto del mismo a nivel de estímulo o impronta en redes nerviosas, así como a facilitar su aprendizaje.



## **8. Conclusiones**

---

## 8.1 Objetivo

Determinar la Eficacia del Entrenamiento en Autohipnosis en un protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico de la Fibromialgia, en comparación con un protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico sin Autohipnosis

## Hipótesis 1

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis en la reducción de la intensidad del Dolor Generalizado.

### Hipótesis 1.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 1 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 2

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Gravedad de Síntomas.

### Hipótesis 2.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 2 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 3

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Intensidad del Dolor en las últimas 24 horas

### Hipótesis 3.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 3 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 4

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Interferencia del Dolor en las últimas 24 horas.

### Hipótesis 4.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 4 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-



## Hipótesis 5

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Intensidad del Dolor Presente

### Hipótesis 5.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 5 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	SÍ se confirma	SÍ se confirma
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 6

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Interferencia del Dolor Presente.

### Hipótesis 6.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 6 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	Sí se confirma
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 7

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción del Impacto de la Fibromialgia.

### Hipótesis 7.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 7 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	Sí se confirma	No se confirma

## Hipótesis 8

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Función Física.

### Hipótesis 8.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 8 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 9

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento del Rol Físico.

### Hipótesis 9.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 9 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	Sí se confirma
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 10

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción del Dolor Físico.

### Hipótesis 10.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 10 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 11

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Salud General.

### Hipótesis 11.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 10 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 12

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Vitalidad.

### Hipótesis 12.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 12 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-



## Hipótesis 13

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Función Social.

### Hipótesis 13.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 13 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 14

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento del Rol Emocional.

### Hipótesis 14.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 14 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 15

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Salud Mental.

### Hipótesis 15.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 15 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 16

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Hostilidad.

### Hipótesis 16.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 16 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	Sí se confirma
<b>Significación Clínica</b>	Sí se confirma	Sí se confirma

## Hipótesis 17

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento del Vigor.

### Hipótesis 17.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 17 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	No se confirma
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 18

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Fatiga.

### Hipótesis 18.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 18 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	Sí se confirma	No se confirma

## Hipótesis 19

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Confusión.

### Hipótesis 19.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 19 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 20

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Tensión.

### Hipótesis 20.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 20 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	No se confirma
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-



## Hipótesis 21

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Depresión (POMS).

### Hipótesis 21.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 21 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	Sí se confirma
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 22

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la puntuación Total POMS.

### Hipótesis 22.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 22 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	Sí se confirma
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 23

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Depresión (BDI).

### Hipótesis 23.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 23 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	No se confirma	-

## Hipótesis 24

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Calidad Sensorial del Dolor.

### Hipótesis 24.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 24 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	No se confirma
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 25

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Calidad Emocional del Dolor.

### Hipótesis 25.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 25 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	No se confirma
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 26

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en la reducción de la Puntuación Total en el SFMPQ.

### Hipótesis 26.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 26 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	No se confirma	-
<b>Significación Clínica</b>	-	-

## Hipótesis 27

El protocolo grupal de Afrontamiento Psicológico con Entrenamiento en Autohipnosis presentará superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal sin Autohipnosis, en el aumento de la Mejoría Global Percibida por el Paciente.

### Hipótesis 27.1

En el caso de confirmarse la hipótesis 27 la mejoría se mantendrá en el seguimiento

	<b>POSTEST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>Mejoría Estadísticamente Significativa</b>	No se confirma	-
<b>Tamaño del Efecto</b>	Sí se confirma	Sí se confirma
<b>Significación Clínica</b>	Sí se confirma	Sí se confirma



## **9. Bibliografía**

---



- Aaron L.A. y Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134, 868-881.
- Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2007 May 15; 146(10):726-34.
- Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. (2008). Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008; 136:44–52.
- Adachi, T; Fujino, H; Nakae, A; Mashimo, T & Sasaki, J (2014). A Meta-Analysis of Hypnosis for Chronic Pain Problems: A Comparison Between Hypnosis, Standard Care, and Other Psychological Interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62:1, 1-28, DOI: 10.1080/00207144.2013.841471
- Albiol, S., Montserrat Gomà-i-Freixanet, Sergi Valero, Daniel Vega y Anna Muro. (2014) Rasgos de personalidad (ZKPO) en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos y controles. *Anales de psicología*, 2014, vol. 30, n° 3 (octubre), 937-943.
- Abrahamsen R, Zachariae R, Svensson P, (2009). Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in temporomandibular disorders patients. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2009; 36 (8):556-570.
- Alladin A., y Alibhai A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*
- Alvarez-Nemegyei; J. Negreros, A.C; Nuño, G.B; Álvarez, B.J; Alcocer, M.L. (2007) Eficacia de la Hipnosis ericksoniana en fibromialgia en mujeres. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 45 (4): 395-401.
- Amaro, T., Martín, M. J., Anton Soler, P., & Granados, J. (2006). Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*(79-80), 47-52.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washinton, D. C. APA.

- Anand, K.J.S. & Craig, K.D. (1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67, 3-6.
- Anarte MT, Ramírez C, López AE, Esteve R. Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:102-
- Anderson R.B, Testa M.A (1994). Symptom distress checklists as a component of quality of life measurement: comparing prompted reports by patient and physician with concurrent adverse event reports via the physician. *Drug Inf J*; 28:89–114.10.
- Anderson, F. J., & Winkler, A. E. (2006). Benefits of Long-Term Fibromyalgia Syndrome Treatment with a Multidisciplinary Program. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 14(4), 11-25.
- Anderson, F.J., Winkler, M.D. (2007). An integrated model of group psychotherapy for patients with fibromyalgia. *International Journal of group Psychotherapy*, 57, 451-474.
- Andrade-Fernández, E.M, Arce C., Seane, G., (2002). Adaptación al español del cuestionario «Perfil de los Estados de Ánimo» en una muestra de deportistas. *Psicothema Vol. 14, n° 4, pp. 708-713*.
- Andreychuk T, Skriver C. (1957) Hypnosis and biofeedback in the treatment of migraine headache. *Int J Clin Exp Hypn*. 1975; 23(3):172–83. [PubMed: 1132914]
- Andreu, L; Mira, A; Nebot, S; Ibáñez, M. A; García-Palacios, A; (2016) Aplicación de un tratamiento cognitivo-comportamental para la fibromialgia en una Unidad de Salud Mental. Un estudio piloto. *Ágora de salut. Vol. III..3.1 - pp . 11-20*
- Arena JG, Blanchard EB (2002). Biofeedback for chronic pain disorders: a primer. In: Turk DC, Gatchel RJ (Eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. New York: Guilford Press, 2002, pp 159–186.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA División 30 - Clinical hypnosis. (1993). *Hypnosis definition*.
- APA Division 30, Society of Psychological Hypnosis (2014) Definition and Description of Hypnosis.

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Ballina García EJ. (2004) Fibromialgia. En: Blanco García, FJ. Manual SER de enfermedades reumáticas. 4.ª Ed., Ed.Panamericana.
- Banks SM, Kerns RD (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull*;119:95–110.
- Barber TX. (1959). Toward a theory of pain: relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos, and hypnosis. *Psychol Bull.* 1959; 56:430–60. [PubMed: 13796585]
- Barber, J. (2000). *Tratamiento de dolor mediante hipnosis y sugestión*. Bilbao: DDB.
- Baumstark, K.E., Buckelew, RM. (1992). Fibromyalgia: clinical signs, research findings, treatment implications, and future directions. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 282-291
- Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, Pitkin R, Rennie D, Schulz KF, Simel D, Stroup DF (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: the CONSORT statement. *J Am Med Assoc*;276:637–9.
- Bennett, R. M., Burckhardt, C. S., Clark, S. R., O'Reilly, C. A., Wiens, A. N., & Campbell, S. M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *Journal of Rheumatology*, 23, 521-528.
- Bennett, R. (2002). The rational management of fibromyalgia patients. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 28(2), 181-199.
- Bennett, R. Nelson, B. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practique*. Vol 2-nº8.
- Bennett, R; Jones J; Turk DC; Russell IJ, Matallana L (2007): An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*, 8:27.

- Benyon K, Hill S, Zadurian N, Mallen C. (2010). Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2010 Dec;8(4):224-36. doi: 10.1002/msc.187. Epub 2010 Oct 20.
- Bernardy, K; Füber, N; Klose, P; Häuser, W. (2011) Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Musculoskeletal Disorders* 2011, 12:133. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/133>
- Bernstein DA, Borkovec TD, Hazlett-Stevens H. (2000) New directions in progressive relaxation training. Westport, CT: Praeger, p 171.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C., & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *Personality dimensions, sense of coherence and perceived health status in patients with fibromyalgia syndrome*, 8(2), 411-427.
- Bigatti, S., Hernandez, A., Cronan, T. y Rand, K. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis and Rheumatism*, 59(7), 961-967.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Björkegren, K.; Wallander, M.A.; Johansson, S.; Svárdsudd, K. (2009). General symptom reporting in female Fibromyalgia patients and referents: A population based case-referent study. *BMC public health* 9(1), 402. doi:10.1186/1471-2458-9-402.
- Bliss SE. Ericksonian methods: *The essence of the story*. En: Zeig JK, editor. Ericksonian applications in the use of the art in therapy. New York, USA: Brunner-Mazel; 1994. p. 356-366.
- Breivik, H. (2006). The Pain in Europe Report. *PainEurope*, 1, 4-5.
- Buckelew, S.P., Huyser, B., Hewett, J.E., Parker, J.C., Johnson, J., Conway, R., Kay, D.R. (1996) Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*. 9 (2), 97-104.

- Buenaver LF, Edwards RR, Smith MT, Gramling SE, Haythornthwaite JA. (2008) Catastrophizing and pain-coping in young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *J Pain*;9:311-9.
- Burckhardt C.S, Clark S.R, Bennet R.M (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and Validation. *J Rheumatol*;18:728-33.
- Calabozo, M., Raluy, A., Llamazares, A.I., Muñoz, M.T., Alonso-Ruiz, A. (1990). Síndrome de fibromialgia (fibrositis) tan frecuente como desconocido. *Medicina Clínica*; 64:173-5.
- Camacho LM, Anarte MT. Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apunt Psicol*. 2001;19:453-70.19
- Campbell, R. S., & Pennebaker, J. W. (2003). The secret life of pronouns: Flexibility in writing style and physical health. [References]: *Psychological Science*. Vol 14(1) Jan 2003, 60-65.
- Cancino, J. (2011). Variabilidad del ritmo cardiaco: ¿Por qué el caos puede ser saludable? *Revista de Ciencias del Ejército y la Salud*, 9 (1), 22-32. doi:10.15517/pensarmov.v9i1.389.
- Cano A, Miller LR, Loree A. Spouse beliefs about partner chronic pain. *J Pain* 2009;10:486-92.
- Cano García, F. J. (2000). Variables psicológicas implicadas en la migraña y cefalea tensional. Tesis doctoral no publicada. *Universidad de Sevilla, Sevilla*.
- Capafons, A. (2001). Hipnosis. Madrid: *Editorial Síntesis*.
- Caprio, F; Berger, R.J (1998). Curarse con autohipnosis. *Barcelona. Ediciones: Paidós Ibérica*.
- Cardeña, E., Dorch, E., & Lundborg, J. (2007). The efficacy of hypnotic suggestions for low self-esteem. *Unpublished manuscript. Lund University: Sweden*.
- Carruthers, B.M. y Van de Sande, M. I. (2005). Síndrome de fibromialgia: Definición clínica y recomendaciones para médicos. Visión general del documento canadiense de consenso sobre fibromialgia. Canada: *Haworth medical press Inc*.
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Flotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva J AO, Danneskiold-Samsøe B, Dincer F, Henriksson, C, Henriksson K, Kosek E, Longley K, McCarthy GM, Perrot S, Puszczewicz M J, Sarzi-Puttini P, Silman A, Späth and Choy EH (2008). Euler Evidence based

recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 Apr; 67(4):536-41.

Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia. Cantabria: Cantabria Imagen.*

Castel A, Perez M, Sala J, Padrol A, Rull M. (2006) Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain.* Aug 2.

Castel, A.; R. Cascón; M. Salvat; J. Sala; A. Padrol; M. Pérez; M. Rull (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 6: 358-370; 2008

Castel, A; Cascon, R; Padrol, A; Sala, J; Rull, M; (2016) Multicomponent Cognitive-Behavioral Group Therapy With Hypnosis for the Treatment of Fibromyalgia: Long-Term Outcome. *The Journal of Pain, Vol 13, No 3 (March), 2012: pp 255-265*

Camino A, Jiménez B, de Castro-Palomino M y Fábregas M (2009): Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 29: 203-215.*

Cárdona-Arias, J; Mantilla-Gutiérrez, C; Higuera-Gutiérrez, L.F; (2016) Eficacia del ejercicio físico sobre la calidad de vida en fibromialgia: meta-análisis de ensayos clínicos. *Arch Med Deporte* 2016;33(4):244-252.

Castel, A. Salvat, M. Sala, J. Rull, M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia. *Contemp. Hypnosis* 26(1): 48–59.

Chaitow, L. 2003. Condition associate with fibromyalgia. En L. Chaitow, P. Baldry, J. Dommehorl, G. Honeyman-Lowe, T.S. Issa, C. McMakin y P.J. Watson. (Eds.), *Fibromyalgia Syndrome: a practitioner's guide to treatment.* (pp. 41-88). London: Churchill Livingstone.

Chapman, C., Nakamura, Y. (1999). A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researchers. *Consciousness and Cognition*, 8, 391-422.

Chapman, C. R. (1984). *New directions in the understanding and management of pain. Social Science and Medicine*, 19:1261-1277.

- Cheng, S.K., Leung, F. (2000). Catastrophizing, locus of control, pain and disability in Chinese chronic low back pain patients. *Psychology and Health*, 15, 721-730.
- Chou, R. y L. Hoyt (2007). *Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for and american pain society*. American college of physicians clinical practice guideline. *Annals of interanl medicine*, pags: 492-504.
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A. y Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Services Research*, 10102-10110.
- Cifre, I., Sitges, C., Fraiman, D., Muñoz, M.A., Balenzuela, P., González-Roldán, A.M., Martínez-Jauand, M., Birbaumer, N., Chialvo, D.R., & Montoya, P. (2012) Disrupted functional connectivity of the pain network in fibromyalgia. *Psychosom Med*, 74, 55-62.
- Claessens, M. (2010). Mindfulness Based-Third Wave CBT Therapies and Existential-Phenomenology. Friends or Foes? *Existential Analysis: Journal OfThe Society For Existential Analysis*, 21(2): 295-308.
- Clauw, C. (2007). Fibromyalgia: Update on Mechanims and management. *Journal of Clinical of Rheumatology*, 13, 102-109.
- Cobos-Carbo, A., Augustovski, F., (2010). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med Clin*. 2011;137 (5):213–215
- Collado, A. (2008). Fibromialgia: una enfermedad más visible. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 517-520.
- Collins S.L, Edwards J, Moore R.A, Smith L.A, Mc.Quay H.J (2001). Seeking a simple measure of analgesia for mega-trials: is a single global assessment good enough? *Pain*; 91:189–94.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I., & Vallejo, M. A. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 3(1), 75-87.
- Comeche M. I, Alejandra Martín Fernández, M<sup>a</sup> de la Fe Rodríguez Muñoz, José Ortega Pardo, Marta Isabel Díaz García y Miguel Ángel Vallejo Pareja (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual,

Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud Vol. 21, n.º 2, 2010 - Págs. 107-121*

Crawford HJ, Knebel T, Vendemia JMC, Horton JE, Lamas JR. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología 15: 133-46.*

Cronan, T.A., Serber, E.R., Walen, H.R. (2002). Psychosocial predictors of health status and health care costs among people with fibromyalgia. *Anxiety, Stress and Coping, 15(3), 261-274.*

Crone, K.T.(1999). Predicting alternative treatment use and satisfaction in patients diagnosed with fibromyalgia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60 (4-B), 1522.*

Cuevas Toro, A. M., López Torrecillas, F., García Medina, A., & Díaz Batanero, C. (2008). *Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia. Personality and coping strategies in fibromyalgia's patients, 16(2), 289-306.*

Curtis, A. J., (2000). *Health Psychology. New York: Routledge Modular Psychology Series.*

DeLeo, J.A., (2006). Basic science of pain. *J Bone Jnt Surg;88:58-62.*

Denison, E., Asenlof, P., y Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain, 111, 245-252. doi:10.1016/j.pain.2004.07.001.*

Denison, E., Asenlöf, P., Sandborgh, M., y Lindberg, P. (2007). Musculoskeletal pain in Primary Health Care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *The Journal of Pain, 8, 67-74.*

De Pascalis V, Magurano MR, Bellusci A. *Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: effects of differential pain reduction strategies. Pain 1999, 83: 499-508.*

Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA (2004). *Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. NeuroImage 23: 392-401.*



- Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med.* 2002 Sep-Oct;64(5):773-86.
- Deus J (2009). Dimensión emocional de la respuesta cerebral al dolor en pacientes con fibromialgia (FM). *Revista del COPC ; 220: 19-26.*
- Dickens, C., Jayson, M., & Creed, F. (2002). Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 43(1), 42-48.
- Dillworth, T., Jensen, M.P (2010). The Role of Suggestions in Hypnosis for Chronic Pain: A Review of the Literature. *Open Pain J.* 2010 ; 3(1): 39–51.
- Dillworth T, Jensen MP, Mendoza ME, Capafons A. (2010) Mechanisms and outcomes of hypnosis for chronic pain: A review of the literature. *Cuadernos de Valoración; 10: 13-31.*
- Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP (2011). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Translational Behavioral Medicine.* 2011; 2(1): 65-72.
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Abrahamovicz, M., Baron, M., & Bernatsky, S. (2006). Predictors of Health Status in Women With Fibromyalgia: A Prospective Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 101-108.
- Dobkin, P. L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Lonescu-Ittu, R., Sasha Bernatsky, S., Goldberger, A., y Baron, M. (2010). Predictors of Disability and Pain Six Months After the End of T treatment for Fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 26, 23–29
- Dolan L; Tung LLD; Raizada S.R (2016). Fibromyalgia in the Context of Rheumatoid Arthritis: A Review. *Fibrom Open Access 2016, 1:1*
- Dorfman D, George MC, Schnur J, Simpson DM, Davidson G, Montgomery G (2013). Hypnosis for treatment of HIV neuropathic pain: A preliminary report. *Pain Medicine.*; 14(7): 1048-56.
- Dresh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). *Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations.* *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786.

- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., et al. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations.
- Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Kerns RD, Ader DN, Brandenburg N, Burke LB, Cella D, Chandler J, Cowan P, Dimitrova R, Dionne R, Hertz S, Jadad AR, Katz NP, Kehlet H, Kramer LD, Manning DC, McCormick C, McDermott MP, McQuay HJ, Patel S, Porter L, Quessy S, Rappaport BA, Rauschkolb C, Revicki DA, Rothman M, Schmader KE, Stacey BR Stauffer JW, von Stein T, White RE, Witter J, Zavisic S. (2008) Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*;9:105-121
- Edwards RR, Haythornthwaite JA, Sullivan MJ, Fillingim RB. (2004) Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: Differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain.*;111:335–41.
- Ehrlich, G. (2003). *Fibromyalgia: when it shouldn't be diagnosed. Clinical Rheumatology. Volume 22, Number 3 .*
- Elkins G, Johnson A, Fisher W (2012). Cognitive hypnotherapy for pain management. *Am J Clinical Hypn.* 2012;54:294–10.
- Erickson MH. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. *J Ark Med Soc.* 1959; 56(2):67–71. [PubMed: 13664639]
- Esteve, R. Ramírez, C (3). El desafío del dolor crónico. *Málaga: Ediciones Aljibe.*
- Esteve, M.R., Camacho, L. (2008). Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (6), 715-727.
- Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Marinez AE. (2007) *Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. Ann Behavioral Med.*; 33:179-88.12
- Farrar J.T; Young Jr. J.P; LaMoreaux L; Werth J.L; Poole R.M (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11- point numerical pain rating scale. *Pain*; 94:149–58.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). *G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences*.
- Fernandez E, Turk DC (1995). The significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*; 61:165–75.
- Ferrari R. (2000). The biopsychosocial model: a tool for reumatologists. *Bailliere's clinical rheumatology*; 14: 787.95.
- Fischer D, Stewart AL, Blich DA, Lorig K, Laurent D, Holman H (1999). Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure. *J Am Med Assoc*; 282:1157–62.
- Flor, H. (2001). *Health psychology of pain*. En N. J. Esmelser y P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford, Reino Unido: Pergamon.
- Flor H, Birbaumer N. (1993). Comparison of EMG biofeedback, cognitive behavior therapy, and conservative medical treatment for chronic musculoskeletal pain. *J Consult Clin Psychol*; 61:653–658
- Flor,H; Fydrich,T; Turk,D.C.(1992): Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 49.221- 230.
- Flor, H., & Turk, D. C., (2006). *Cognitive and learning aspects*. In S. McMahon & M Koltzenburg (Eds.), *Wall and Melzack's textbook of pain (5th ed., pp 241-258)*. London: Elsevier.
- Folkman,S.& Moskowitz,J.T.(2004).Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55,745-774.
- Fordyce, W., McMahon, R., Rainwater, G., Jackins, S., Questad, K., Murphy, T., y DeLateur, B. (1981) Pain complaintexercise performance relationship in chronic pain. *Pain*, 10 (3), 311-321.
- Forseth, K. Ø. y Gran, J. T. (2002). Management of fibromyalgia: what are the best treatment choices?. *Drugs*, 62(4), 577-592.
- Franco, L., Cano, F.J. y Blanco, A. (2000). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 739762

- Furlong, L., Zautra, A., Puente, C., López-López, A. y Valero, P. (2010). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology and Health, 25*(2), 197-212.
- Gamero Ruiz, F., Gabriel Sánchez, R., Carbonell Abelló, J., Tornero Molina, J., & Sánchez-Magro, I. (2005). El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Revista Clínica Española, 205*(4), 157-163.
- García, D.A; Martínez, I; Saturno Hernández, P. J. (2014). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología Clínica: 12*(2):65–71
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., et al. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*(73), 32-41.
- García, Ferran J; Cusco Segarra, Anna María; Poca Días, Violant (2006). Abriendo camino: principios básicos de fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple. *Ed. Lulu.com*
- Gardea, M.A, Gatchel, RJ y Mishra, KD (2001). Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *Journal of behavioral medicine 24, 341-359.*
- Gatchel, R. J, & Weisberg, J. N (2000). Introduction. Em Robert, J. G y James N. (eds.) Personality characteristics of patients with pain. *Washington D. C. APA, 3-22.*
- Gatchel, R. J; Peng, Y. B; Peters, M- L; Fuchs, P. N & Turk, D. C (2007). The biosychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological bulletin 133, 581.*
- Gaudiano, B. (2009). Öst's (2008) Methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching Apples with Oranges?
- Geisser ME, Strader Donnell C, PetzkeF, et al. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics 2008; 49: 235-242.*

- George SZ, Wallace MR, Wright TW, Moser MW, Greenfield 3rd WH, Sack BK, et al. (2008) Evidence for a biopsychosocial influence on shoulder pain: Pain catastrophizing and catechol-O-methyltransferase (COMT) diplotype predict clinical pain ratings. *Pain*. 2008;136:53–61.
- Glass, J. (2006). Cognitive dysfunction in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: new trends and future directions. *Current Rheumatology Reports*, 8(6), 425-429.
- Glass, J. (2009). Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia: a convergence on working memory and attentional control impairments. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 35(2), 299-311.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., & Nadeau, M. G. (1994). A controlled study of stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-65.
- Goldenberg, D. L. (2002). Office management of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 405-417.
- Goldenberg D. L, Burckhardt C, Crofford L. (2004) Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*:Nov 17;292(19):2388-95.
- Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG: Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010, 151(2):280-95.
- Gómez-Argüelles JM, Anciones B. (2009). Prevalencia de síntomas neurológicos asociados a la fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*;16:222–9.
- González Menéndez, A., Paula Fernández García e Iván Torres Viejo (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*. Vol. 22, nº 4, pp. 997-1003
- Górriz Herranz, F., Garrido Landívar, E., Andueza Azcárate, A., & Martínez Mazo, M. D. (2001). La terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia. *Huarte de San Juan. Psicología* (8-9), 119-128.
- Górriz Herranz, F., Garrido Landívar, E., Andueza Azcárate, A., Martínez Mazo, M. D., & Echeverría Zunzarren, M. (2006). La atención a enfermos con fibromialgia. Aspectos prácticos desde una perspectiva psicológica. *Huarte de San Juan. Psicología* (13), 165-183.

- Gran JT. (2003). The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* ; 17:547–61.
- Grøndahl, J.R, Rosvold, E.O. (2008). Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: a randomized controlled pilot trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2008; 9:124.
- Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F. (1996). Pain intensity and health locus of control: a comparison of patients with fibromiálgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling* (29), 179-188.
- Gureje, O. (2008). Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 318-322.
- Haythornthwaite, J.A., Menefee, L.A., Heinberg, L.J., Clark, M.R. (1998). Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain*, 77 (1), 33-39.
- Hammond, D. C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55,207-219
- Haspel-Johnson, D. C. (2003). *Personality characteristics of women with fibromyalgia*. Dissertation *Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbacher, M. y Schiltenswolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a metaanalysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis and Rheumatism*, 61(2), 216-224.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4): 639-665.
- Henningsen, P., Zimmermann, T. y Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528-533.
- Herrero AM, Ramírez-Maestre C, González V. Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *Span J Psychol*. 2008; 11:531-42.17
- Hoef t , F. , Gabri el i , J. , Whi t f i el d-Gabri el i , S. , Haas , B. , Bammer, R. , Menon, V. , & Spi eg el , D. (2012). Functinal brain basis of hypnotizability. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1064–1072.

- Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *J Neurophysiol.* 86(1):402–11. [PubMed: 11431520]
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., Kerns, R. D. (2006). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology Vol 26, n°1, pag: 1-9.*
- Hopko, D., & Hopko, S. (1999). What Can Functional Analytic Psychotherapy Contribute to Empirically-Validated Treatments? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 349-356.
- Hopko, D.H., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J., y Eifert, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699–717.
- Huet, A., Lucas-Polomeni, M., Robert, J., Sixou, J., & Wodey, E. (2011). Hypnosis and dental anesthesia in children: A prospective controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 424–441.
- Huguet A., Miró J (2008). The severity of chronic pediatric pain: An epidemiological study in the Mediterranean region of Catalonia. *J Pain.*; 9:226-36
- IASP (1986). International Association for Study of Pain.. Classification of cronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, SUPPL(3), 1-225.*
- IASP (1990). International Association for Study of Pain. *Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities.* Seattle, Washington, 1990.
- Ifergane, G. G., Buskila, D. D., Simiseshvely, N. N., Zeev, K. K. y Cohen, H. H. (2006). Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients. *Cephalalgia*, 26(4), 451-456.
- Jacobsen S, Danneskiold-Samsoe B, Lund B eds. Consensus document on fibromyalgia: The Copenhagen declaration. *J Musculoskeletal Pain 1993; 1(3/4):295–312.*
- Jensen M.P, Adachi T, Tomé-Pires, C, Lee J, Osman Z.J, Miró, J (2015). Mechanisms of Hypnosis: Toward the Development of a Biopsychosocial Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63:1, 34-75, DOI: 10.1080/00207144.2014.961875

- Jensen MP, Ehde DM, Gertz KJ, (2009). Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 2011; 59(1):45-63.
- Jensen, M.P, Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*,29,95-124.
- Jensen, M.P. (2008) The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia: implications for clinical practice. *Am J Clin Hypn* 2008;51:123–48.
- Jensen, M.P; Day, M.A; Miró, J. (2014). Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms. *Nat. Rev. Neurol.* 10, 167–178; published online 18 February 2014.
- Jensen KB<sup>1</sup>, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Mainguy Y, Gracely R, Ingvar M, Kosek E. (2010). Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis Rheum*. 2010 Nov;62(11):3488-95. doi: 10.1002/art.27649.
- Jessup B.A, Gallegos X. (1994) Relaxation and biofeedback. In: Wall PD, Melzack R (Eds). Textbook of Pain, 3rd ed. *Edinburgh: Churchill Livingstone: pp 1321–1336*.
- Johansen S.A. (2008) Cognitive features, self-management, and disability level associated with chronic back pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2008;69(2-B):1373.20.
- Johnson, S. K. (2008). Fibromyalgia. *Washington, DC: American Psychological Association*.
- Jolliffe, D; Nicholas,M.K. (2004): Verbally reinforcing pain reports: an experimental test of the operant model of chronic pain. *Pain*, 107, 167-175.
- Jones H, Cooper P, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ. (2006). Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut*. 2006; 55(10):1403-1408.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic painpatients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi: 10.1016/0.163-8343(82)90026-3



- Karlin, R. (2007) Hypnosis in the management of pain and stress: Mechanisms, findings and procedures. *En Lehrer, P. & Woolfolk, R. (Eds.), Principles and practice of stress management (3ª ed.) (pp. 125-150). Nueva York: Guilford.*
- Keefe, F. J.; Lumley, M. A., Buffington, A. L. H., Carson, J. W., Studts, J. L., & Edwards, C. L. (2002). Changing face of pain: Evolution of pain research in psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine, 64(6)*, 921-938.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. y Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain, 5(4)*, 195-211.
- Keel, P. J., Bodoky, C., Gerhard, U., & Muller, W. (1998). Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain, 14*, 232-238.
- Kessler R.S, Patterson D.R, Dane J. (2003) Hypnosis and relaxation with pain patients: evidence for effectiveness. *Semin Pain Med, 2003, 1: 67-78. 18*
- Kleinman, A., Brodwin, P. E., Good, B. J. & DelVecchio-Good, M., (1992). *Pains as human experience: an introduction*. In DelVecchio-Good, M., Brodwin, P. E., Good, B. J., & Kleinman (Eds.), *Pain as human experience: an anthropological perspective* (pp 1-28). *Berkeley, CA: University of California Press.*
- Kurtze, N., Gundersen, K.T, Srebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology. 71*, 185-194.
- Lakhan, S. & Schofield, K. (2013). Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE, 8(8)*.
- Lamb, S. E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnovo, E., Wither, E., Nichols, V., Potter, R. y Underwood, M. R. (2010). Group cognitive behavioral treatment for low back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. <http://www.thelancet.com>
- Lami M, J; Martínez M.P; Sánchez, A.L; (2013) Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep. Jul;17(7):345. doi: 10.1007/s11916-013-0345-8.*

- Landry M., Lifshitz M., Raz A., (2017). Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.020>.
- Landry, M., Raz, A. (2015). Hypnosis and imaging of the living brain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 285-313.
- Landry, M., Raz, A. (2016). Neurophysiology of hypnosis. In G. Elkins (Ed.), *The Clinician's Guide to Medical and Psychological Hypnosis: Foundations, Systems, Applications and Professional Issues*. New York, NY: Springer-Verlag New York.
- Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. (2000) Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000; 355: 1486-90.
- Lange M, Krohn-Grimberghe B, Petermann F. Schmerz. (2011) Medium-term effects of a multimodal therapy on patients with fibromyalgia. Results of a controlled efficacy study]. *Feb;25(1):55-61*. doi: 10.1007/s00482-010-1003-2. German
- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andres, J., & Castellón, J. R., (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Economics*, 14(3): 367-80
- Lavilla, M., Molina, D., & López, B. (2008). Mindfulness o cómo practicar el aquí y ahora. *Barcelona: Paidós*.
- Lera, S., Gelman, S. M., López, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J., Castro- Fornieles, J., y Salamero, M. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: Does cognitive behavior therapy increase the response to treatment?. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 433-441.
- Lew, M. W., Kravits, K., Garberoglio, C., & Williams, A. C. (2011). Uses of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 406-424.
- Litt MD<sup>1</sup>, Shafer DM, Ibanez CR, Kreutzer DL, Tawfik-Yonkers Z. Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for

- chronic pain. *Pain*. 2009 Sep;145(1-2):160-8. doi: 10.1016/j.pain.2009.06.003. Epub 2009 Jun 23.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600 2010, Vol. 10, N° 3, pp. 459-476.*
- Lledó-Boyer, A; Fernández-Díez, E; Pastor, M, A; López-Roig, S. (2016). Funcionamiento del sistema nervioso autónomo y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*, 119-128. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499
- Loefvander, M. B., & Furhoff, A. K. (2002). Pain behaviour in young immigrants having chronic pain: an exploratory study in primary care. *European Journal of Pain, 6*(2), 123-132.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Stout, R. L., Neely, L. C., Sander, L. M., & Burger, A. J. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 165-172.
- Lynch, G. V. (2004). Patient variables associated with treatment completion in a mindfulness meditation-based stress reduction (MBSR) treatment for fibromyalgia: Implications for prescriptive matching and participation enhancement. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65* (5-B), 2635.
- Malin, K. y Littlejohn, G. (2012). Personality and Fibromyalgia Syndrome. *The Open Rheumatology Journal, 6*, 273-285.
- Mansfield, K. E; Simb, J; Jordan, J.L; Jordan, K. P; (2016): A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *PAIN, January 2016·Volume 157·Number 1.*
- Marcus DA<sup>1</sup>, Bernstein C, Rudy TE. Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol*. 2005 Nov;24(6):595-601. Epub 2005 May 18.

- Marks, G., Richardson, J.L., Graham, J.W., Levine, A. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Journal of Personal and Social Psychology*, 51 (2),443-450.
- Martín, M. (2006). Psicología, Hipnosis y Relajación en la atención al dolor. *Editorial Pirámide, Valencia, España*.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M. C. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Martín-Mcallen, A. (1998). *An exploratory study to identify if personality traits differ among women with fibromyalgia and women without fibromyalgia. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Martínez, J.E., González, O., Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos y psiquiátricos. *Salud Global*, Año III (4), 1-8.
- Martínez-Jauand, M., Sitges, C., Rodríguez, V., Picornell, A., Ramon, M., Buskila, D., & Montoya, P., (2013b). Pain sensitivity in fibromyalgia is associated with catechol-O-methyltransferase (COMT) gene. *Eur J Pain*, 17, 16-27
- Martínez Pintor, Pérez Hidalgo, J.M. Cuatrecasas Ardid, J. Chamorro Álvarez, N. Martí Casulla, A. Reig Gourlot (2006). Tratamiento de Fibromialgia mediante hipnosis. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace número 79/80*
- Martínez-Lavín, M. (2012). La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud. *Madrid, Editorial médica Panamericana*.
- Martínez-Valero, C., Castel, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B., & Cardeña, E. (2008). Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: A single pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 311-321
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. EPISER Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26, 519-526.

- Masi, A. T., & Yunus, M. B. (1990). Fibromyalgia – ¿which is the best treatment? A personalized, comprehensive, ambulatory, patient-involved management program. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 4, 333–370.
- Masi, A., White, K. y Pilcher, J. (2002). Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: justification from biopsychosocial perspectives in populations. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32(2), 71-93.
- Mayorga Buiza, M.J. ; Fernández Muñoz, I. ; Bullón Barrera, F. ; Morales Muñoz, C. ; Herrera Silva, J. ; Echevarría Moreno, M. (2010) Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; nº5-vol 17.
- Mazzoni, G., Venneri, A., McGeown, W. J., & Kirsch, I. (2013). Neuroimaging resolution of the altered state hypothesis. *Cortex*, 49(2), 400-410.
- McCracken LM<sup>1</sup>, Eccleston C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003 Sep;105(1-2):197-204.
- Mc.Nair, Lorr & Droppleman. (1971). Manual for the Profile of Mood States. San Diego, CA: *Educational and Industrial Testing Services*.
- Mease, P., Arnold, L.M., Crofford, L.J., Williams, D.A., Russell, I.J., Humphrey, L., Abetz, L., Martin, S.A.c (2008). Identifying the Clinical Domains of Fibromyalgia: Contributions From Clinician and Patient Delphi. Exercises. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59(7), 952–960.
- Melzack, R. (1996). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*. 13 (3): 88–92.
- Melzack, R. Casey, K.L. (1968) Sensory, motivational, and central determinants of pain: a nex conceptual model. D. Kenshalo (ed.). The skin senses. *Springfield: Thomas*.
- Melzack R, Perry C. (1975). Self-regulation of pain: the use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. *Exp Neurol*. 1975; 46(3):452–69. [PubMed: 1112286]
- Melzack R, Wall PD (1965). «Pain mechanisms: a new theory». *Science* 150 (3699): 971-9

- Merskey, H., & Bogduk, N. (Eds.) (1994). Classification of Chronic Pain. *IASP Task Force on Taxonomy* (pp. 209-214). Seattle: IASP Press.
- Messige S. (1991). Ericksonian hypnotic interventions in 10 cases of menstrual pain. *Hypnosis*;18:217-224.
- Miles, C., Pincus, T., Carnes, D., Taylor, S. y Underwood, M. (2011). Measuring pain self-efficacy. *The Clinical Journal of Pain*, 27(5), 461-470.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Miró J. (1991). Aportaciones de la psicología al tratamiento del dolor crónico: una revisión selectiva. II. Condicionamiento operante y tratamiento cognitivo-conductual. *C Med Psicosom* 18: 6-17
- Miró, J. (2003). Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brower, S.A.
- Moher D, Schulz K, Altman DG, for the CONSORT Group (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Ann Int Med*;134:657-62.
- Moioli, B; Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (8), 476-484.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico. *Anuario de psicología*, 36(1), 37-60.
- Moix, J y Kovacs, F (2009). Manual del dolor. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Moix, J. Y Casado, M<sup>a</sup>.I. (2011) Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. Vol 22 n<sup>o</sup>1, pp, 41-50.
- Møller, A. R. (2012). Pain. Its anatomy, physiology and treatment. Richardson, TX, Estados Unidos: Aage R. Møller, Publishing.
- Montgomery GH, DuHamel, KN, Redd, WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. *Int J Clinical Experimental Hypnosis*, 2000, 48: 138-153.

- Montoya, P (2015). FM, SFC, SSQM un auténtico reto para la ciencia. *Federación Andaluza de FM, SFC y SSQM "Alba Andalucía". Círculo Rojo Editorial.*
- Montoya, P & Larbig, W (2006) Abnormal somatosensory brain processing in fibromyalgia: neurophysiological and behavioral evidence. *In: Pederson J.A. (Ed.), New research in fibromyalgia. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers Inc, pp. 129-126*
- Moreno GallegoI, Montaña Alonso A. (2000). Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *RevEspReumatol .2000;27: 436–41.*
- Moos, R., Cronkite, R., Billings, A., Finney, J. (1986). Health and daily living form Manual. *Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto: California.*
- Munguía-Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A. M.-U. D., & Reverter-Masía, J. (2008). *Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: relación con dolor y ansiedad. Neuropsychological performance in patients with fibromyalgia syndrome: Relation to pain and anxiety, 20(3), 427-431.*
- Murray, E. J., & Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences.
- Nicassio, P., Moxham, E., Schuman, C., & Gevirtz, R. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain, 100(3), 271-279.*
- Nicholas, M., Coulston, C., Asghari, A. y Malhi, G. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. *The Medical Journal of Australia, 190(7 Suppl.), S66-S70.*
- Nielsen LA<sup>1</sup>, Henriksson KG. (2007). Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): the role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition. *Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007 Jun;21(3):465-80.*
- Nishishinya, M., Rivera, J., Alegre, C., & Pereda, C. (2006). [Non pharmacologic and alternative treatments in fibromyalgia]. *Medicina Clínica, 127(8), 295-299. doi: 10.1016/S0025-7753(06)72237-0*

- Nordahl, H. M., & Stiles, T. C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry, 6*.
- Oakley, D., & Halligan, P. (2010). Psycho/physiological foundations of hypnosis and suggestion. In Lynn, SJ; Kirsch, I. editors: *Handbook of Clinical Hypnosis. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association. (pp. 79–117)*.
- Okifuji A<sup>1</sup>, Turk DC, Curran SL. *Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. J Psychosom Res. 1999 Jul;47(1):1-12.*
- Oliver, K., Cronan, T. (2002). Predictors of exercise behaviours among fibromyalgia patients. *Preventive Medicine, 35*, 383-389.
- Öncü J and Kerem A. (2015). Cognitive Dysfunction in Fibromyalgia Syndrome: A Short Review. *International Journal of School and Cognitive Psychology. <http://dx.doi.org/10.4172/2469-9837.S2-004>*
- Ordí, H.G (1999). Sugestionabilidad e hipnosis: aspectos cognitivo-subjetivos y psicofisiológicos. Tesis doctoral no publicada. *Universidad Complutense de Madrid. Madrid.*
- Ordí, H.G (2000). Técnicas de sugestión en el control del estrés. En: Fernández-Abascal EG, Jiménez Sánchez MP, editores. *Control del estrés. Madrid: UNED Ediciones.*
- Ordí, H.G (2001) *La hipnosis: mitos y realidades. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe.*
- Ordí, H.G (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la Psicooncología. *Psicooncología, 1*, 117-130.
- Orne, M. T., y McConkey, K. M. Hacia consulta convergente en la auto-hipnosis. *Revista Internacional de Hipnosis Clínica y Experimental, 1981, 29, 313-323.*
- Ortega, P. J (2012). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado y en grupo, para la fibromialgia: Aplicación en contexto hospitalario. *Tesis doctoral. UNED, Madrid.*
- Ospina M, Harstall C (2002) Prevalence of chronic pain: an overview. *Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assesment, 28 th Report. Edmonton, Canada*



- Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 296–321.
- Parrish, B. P., Zautra, A. J. y Davis, M. C. (2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychology*, 27(6), 694-702.
- Passchier, J. (2003). Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. *Pain*, 101(1-2), 33-43.
- Pastor, M.A., López, S., Rodríguez, J. y Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7(3), 627-639.
- Pastor, M. A., Lledó, A., Pons, N., y López-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la psicología. En C. Peñacoba (Eds.), *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial* (pp 76-122). Madrid: Dykinson. Pastor Mira, Ana Lledó Boyer, Sofía López-Roig, Nieves Pons Calatayud y Maite Martín-Aragón Gelabert (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*. Vol. 22, nº 4, pp. 549-555
- Paterna M. A, C., Martínez Martínez, C., Pastor Mira, Á., & Martín-Aragón Gelabert, M. (2003). Aspectos psicosociales de la fibromialgia: una perspectiva de género. *Psychosocial aspects of the fibromyalgia: a perspective of gender*, 13(1), 91-111.
- Patterson DR, Jensen MP. (2003).Hypnosis and clinical pain.[Psychol Bull](#). 2003 Jul;129(4):495-521
- Pedrajas, J. M. y Molino, A. M. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19, 277294.
- Pellicer, X. (2016). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *C. Med. Psicosom*, Nº 120 - 2016
- Penzo, W. (1989). El dolor crónico. Aspectos psicológicos. *Ed. Martínez Roca*.
- Peñacoba, C. (1996). Estrés, salud y calidad de vida: influencia de la dimensión cognitivo-emocional. Tesis doctoral no publicada. *Madrid: Universidad Autónoma de Madrid*.
- Peñacoba Puente, C, Guerrero Bonmatty, R., Moreno Rodríguez, R., Carretero Abellán, I., Cigarán Méndez, M., Bullones Rodríguez, M. A. (2007). Aspectos cognitivos y limitación funcional en

pacientes con lumbociatalgia. *Poster presentado en la XIV Reunión Annual de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés.*

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé Abad, A., Molina, F., & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Fibromialgy and negative emotions*, 16(3), 415-420.

Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H. y Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 41-56.

Phillips CJ. Economic burden of chronic pain. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2006;6:591-601.

Picard P, Jusseaume C, Boutet M, Dualé C, Mulliez A, Aublet-Cuvellier B (2013). Hypnosis for management of fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*; 61(1): 111-23.

Pincus, D., & Sheikh, A. A., (2009). Imagery for pain relief: a scientifically grounded guidebook for clinicians. *New York: Routledge Taylor & Francies Group.*

Pinto A.M; Costa, C; Pereira, A. T; Marques, M; Pereira da Silva, J. A; Macedo, A; (2016). Unraveling pathways to depression in fibromyalgia. *EPA 2016 Madrid, Spain 12-15 March 2016.*

Poca, V; García, F. (2006). Fibromialgia. En F. García, A. Cuscó, V. Poca, editores. *Obrint camí. Principis basics de fibromialgia, fatiga crónica i intolerancia química múltiple (25-132). Barcelona: Taranna Edicions.*

Pons, N. (2009). Estado de Salud, Percepción de Control y Afrontamiento en la Fibromialgia: Un estudio longitudinal en Atención Primaria. [Tesis doctoral no publicada]. *Universidad Miguel Hernández, Alicante.*

Portenoy, R.K; Kanner, R.M. (1996). Pain management: theory and practice. *FA Davis: Philadelphia,pp226-229.*

Povedano G; Juan B; De la Iglesia, J.L. (2000). Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*. vol.27 Núm. 10; 27:426-9.

- Price, D. D., & Staud, R. (2005). Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 32 ( Suppl 75), 22-28.
- Pugliese, T, Familiari, F; Galasso, O; Gasparini, G; (2015) Fibromyalgia: A Mini Review. *Arthritis* 2015, 4:3 <http://dx.doi.org/10.4172/2167-7921.1000159>
- Quintana, M., & Rincón, F. M. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clinica y Salud*, 22(1), 51-67. doi:10.5093/c12011v22n1a4
- Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell C, Duncan GH. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82: 159-71.
- Ramírez M.C; Esteve, Z.R y López, M.A (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*. Vol 17- nº1.
- Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A., & Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Ramón y Cajal , S. (1889). Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica. *Gaceta Médica Catalana*, 12(292), 485–486.
- Reich, J. W., Olmsted, M. E. y Puymbroeck, C. (2006). Illness uncertainty,partner caregiver burden and support, and relationship satisfaction in fibromyalgia and osteoarthritis patients. *Arthritis Care and Research*, 55(1), 86-93.
- Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, Leidy NK, Rothman M (2000). Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the UnitedStates. *Qual Life Res*;8:887–900.
- Rivera, J, Moratalla, C., Valdepeñas, F., García, Y., Osés, J.J., Ruiz, J., González, T., Carmona, L., Vallejo, M.A. (2004). Fibromyalgia: A Physical Exercise-Based Program and a Cognitive-Behavioral Approach. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 51 (2), 184–192.

- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado, A, Esteve X, Martínez F, Tornero J, Vallejo MA, Vidal J (2006). Documento consenso de Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, (1), S55-66.
- Robinson ME, Riley JL (1999). The role of emotion in pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychosocial factors in pain: clinical perspectives. *New York: Guilford Press*. p. 74–88.
- Rodríguez-Álamo A (2014). Fibromialgia: eficacia diferencial de hipnosis, autohipnosis y relajación para el control del dolor. Congreso Virtual de psiquiatría.com; Febrero 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/6497>.
- Romagnolli, L; Romanholi, V; Navarro, S., H; Torrecillas, J. E; , Alethea de Souza Romanelli; Morgan de Oliveira, J.C; Silva Carvalho, L. G; Soleman, B; Leite de Fornasari, M; Ávila, L. G; Maria de Araújo, G. (2016) Alexithymia and fibromyalgia: a systematic review Alexitimia e fibromialgia: uma revisão sistemática. *Rev Med (São Paulo)*. 2016 jan.-mar. 95(1):12-17.
- Romano JM, Turner JA, Jensen MP, et al. Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain* 1995; 63: 353-60.
- Rubio Fueyo J, Paredes Mancilla JA. Propuesta de modelo fisiopatológico fascial. *Universidad San Pablo CEU, Madrid, 2004*.
- Rull , M., Pérez , M., Padrol , A., Sala , J., Salvat , M., Cascón , R. y Castel , A. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 15 (6), 358-370.
- Sahar, K; Thomas, S. A; Clarke, S. P; (2016): *Adjustment to fibromyalgia: The role of domain-specific self-efficacy and acceptance*. *Australian Journal of Psychology*; 68: 29–37.
- Sala, J (2005) Tratamiento del dolor fibromiálgico e hipnosis vs. solo fármacos. Sesión clínica de la Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. *Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares*.

- Salgueiro, M., García-Leiva, JM., Ballesteros, J., Hidalgo, J., Molina, R., Calandre, E. (2013). Validation of a Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health and Quality of Life Outcomes* 2013, 11:132
- Sánchez-Elvira, A. (2000). Perspectiva biopsicosocial del estrés en el marco de la Psicología de la salud En C.Sandiy J.M.Calés (Eds.) *Estrés: Consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas* (pp. 221-301). Madrid: Sanz y Torres.
- Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A. y Atzeni, F. (2008). Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now?. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 353-365.
- Sharar SR, Miller W, Teeley A, Soltani M, Hoffman HG, Jensen MP, Patterson DR, (2008) Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients. *Expert Rev Neurother* 2008; 8:1667–74.
- Simms, R., Goldenberg, D. (1988). Symptoms mimicking neurologic disorders in fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 15(8), 1271-1273. hwartz MS. *Biofeedback: A Practitioner's Guide*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 1995.
- Serber, E.R., Cronan, T. A., Walen, H.R. (2003). Predictors of patient satisfaction and health care costs for patients with fibromyalgia. *Psychology and Health*, 18(6), 771-787.
- Silva, M., Quagliotti, J. L., Arena, R., Orsini, B. R., Gonçalves, R., & Borghi-Silva, A. (2014). Effects of posteroanterior thoracic mobilization on heart rate variability and pain in women with fibromyalgia. *Rehabilitation Research and Practice*, 1, 1-6. doi:10.1155/2014/898763.
- Smith, B.W; Papp, Z.Z; Tooley, E.M; Montague, E.Q; Robinson, A.E and Cospers, C.J. (2010). Traumatic events, perceived stress and health in women with fibromyalgia and healthy control. *Stress and Health*. Vol 26-nº1.
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., & Kaeli, A. (1999). *Writing about stressful events produces symptom reduction in asthmatics and rheumatoid arthritics: A randomized trial. Journal of the American Association*, 281, 1304-1309.

- Solberg Nes, L., Roach, A. y Segerstrom, S. (2009). Executive functions, selfregulation, and chronic pain: a review. *Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(2), 173-183.
- Stoelb BL, Molton IR, Jensen MP, Patterson DR (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature. *Contemp Hypn.* 2009; 26(1):24–39. [PubMed: 20161034]
- St Sauver JL, Warner DO, Yawn BP, Jacobson DJ, McGree ME, Pankratz JJ, Melton LJ 3rd, Roger VL, Ebbert JO, Rocca WA. (2013) Why patients visit their doctors: assessing the most prevalent conditions in a defined American population. *Mayo Clin Proc.* 2013 Jan;88(1):56-67. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.08.020.
- Strusberg, I., Mendelberg, R. C., Serra, H. A., & Strusberg, A. M. (2002). Influence of weather conditions on rheumatic pain. *Journal of Rheumatology*, 29(2), 335-338.
- Syrjala KL, Abrams JR.(2002) Hypnosis and imagery in the treatment of pain In: Turk DC, Gatchel RJ (Eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. New York: Guilford Press. Pp 187–209.
- Tan, G., Jensen, M., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. y Monga, T. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-133.
- Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W. (2015). A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *European Journal of Pain*; 19(2): 271–80. doi:10.1002/ejp.545
- Theadom, A., Cropley, M. y Humphrey, K. (2007). Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 145-151.
- Thunberg, K. A., Carlsson, S. G., & Halberg, L. R. M. (2001). *Health care professionals understanding of chronic pain: a grounded theory study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 99-105.
- Tobo N. (200): Factores emocionales, cognitivos y conductuales en la vivencia de la FM. Trabajo de Master no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Tommaso M, et al. (2011) Diario del dolor de cabeza. *Dic*; 12 (6):. 629-38 características clínicas de los pacientes de dolor de cabeza con comorbidity fibromialgia.
- Torralba A, Miquel M, Darda J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain proposal". *Rev Soc Esp del Dolor* 2014;21(1):16-22
- Truyols MM, Pérez J, Medinas MM, Palmer A, Sesé A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y tratamiento del dolor crónico. *Clin Salud*. 2008;19:295-320.
- Turk, D. C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J. P. Foreyt y D. P. Rathjen (Eds.) *Cognitive Behavior Therapy: Research and applications*. Nueva York: Plenum Press.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., et al. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 106; 337–345
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M (1983). Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective. *New York: Guilford Press*.
- Turk, D. C., & Melzack, R., (2011). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In *Handbook of Pain Assessment (3rd Ed.) Turk DC and Melzak R, chapter 1 pp. 3-18 New York: The Guilford Press*.
- Turk, D. C. & Okifuji, A., (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3): 678-690
- Turner JA, Romano JM. (2001) Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. In: *Loeser JD (Ed). Bonica's Management of Pain, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp 1751–1758*.
- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, Y., Albayrak, I., Kaya, N., Uğurlu, H. (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*.32, 1, 105-107.
- Urube, E.JI (2012). Terapias de tercera generación para el manejo de la fibromialgia. *Tesis doctoral. Escuela de medicina y ciencias de la salud. Universidad del Rosario, Colombia*.

- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B., Carmona, L. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española: Estudio 2000, resumen. *Revista Española de Reumatología*, 27, 157.
- Vallejo, M.A. (2001): Hipnosis y tratamiento del dolor. En J. Gil y G. Buela (eds.): Hipnosis. Madrid: Biblioteca Nueva, págs.: 229-242.
- Vallejo, M.A (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología*. N°84, 41-58
- Vallejo, M.A, Comeche M. (1994) Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Madrid: Terapia de conducta y salud*, p. 13
- Van Damme, S., Crombez, G., y Eccleston, C. (2002). Retarded disen-gagement from pain cues: the effects of pain catastrophizing and pain expectancy. *Pain*, 100, 111–118. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00290-7
- Vandenbergh, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo basada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e prática*, 7(1): 137-152.
- Van Gordon, W; Shonin, E; Griffiths, M. D; (2015). Meditation Awareness Training for Individuals with Fibromyalgia Syndrome: an Interpretative Phenomenological Analysis of Participants' Experiences. *Mindfulness* · November 2015 DOI: 10.1007/s12671-015-0458-8
- Van Houdenhove, B., Stans, L., Verstraeten, D. (1987). Is there a link between “pain-proneness” and “action- proneness?” *Pain*, 29, 113-117.
- Van Houdenhove, B., y Luyten, P. (2008). Customizing treatment of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: the role of perpetuating factors. *Psychosomatics*, 49(6), 470-477.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997a). *Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978*.
- Veehof, M., Maarten-Jan Oskam, M., Schreurs, K. & Ernst T. Bohlmeijer, E. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *PAIN*, 152, 533-542.



- Vera-Villarroel, P; Silva, J; Celis-Atenas, K; Pavez, P (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: Verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev Med Chile* 2014; 142: 1275-1283
- Vespa, A; Meloni, C; Giulietti, M. V; Ottaviani, M; Spatuzzi, R; Merico, F; Giustozzi, M; Paoloni, C; Rossi, G; Scendoni, P; (2015) Evaluation of Depression in Women Affected by Fibromyalgia Syndrome. *J Depress Anxiety* 2015, 4:2 <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1044.1000178>
- Villagrán Moreno, J. M., Paéz Camino, M., Campo Guerras, F., Pérez Venegas, J., & Salaberri Maestrojuán, J. (2000). Aspectos psicopatológicos de la fibromialgia. *Psychopathology and fibromyalgia*, 63(2), 159-181.
- Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *Eur J Pain*. 2007;11:779–87.
- Weiss FM. Ericksonian hypnotherapy for pain control during and following cancer surgery. *Aust J Clin Hypnother Hypn* 1993;14:53-74.
- Wells-Federman, C., Arnstein, P., Caudill-Slosberg, M., (2003). Comparing Patients with Fibromyalgia and Chronic Low Back Pain Participating in an Outpatient Cognitive-Behavioral Treatment Program. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(3), 5-12.
- Wentz, K. A., Lindberg, C., & Hallberg, L. R. (2004). Psychological functioning in women with fibromyalgia: A grounded theory study. *Health Care for Women International*, 25(8), 702-729.
- White, K.P., Nielson, W.R. (1995). Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: A follow-up assessment. *Journal of Rheumatology*, 22, 717-721.
- Wilke, W. S., Gota, C. E. y Muzina, D. J. (2010). Fibromyalgia and bipolar disorder: a potential problem. *Bipolar Disorders*, 12(5), 514-520.
- Williams AC. (2002). Facial expression of pain: an evolutionary account. *Behav Brain Sci.* ;25:439-55; discussion 455-88.
- Williams, D.A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 4, 649-665.

- Williams, D.A; Cary, M.A; Groner, K.H; Chaplin, W; Glazer, L.J; Rodríguez, A.M; Clauw, D.J. (2002). *Journal of Reumatology. Improving fysical functional status in patiens with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. Jun-29 (6)*
- Williams JD. (1983) Ericksonian hypnotherapy of intractable shoulder pain. *Am J Clin Hypn;26:26-29.*
- Wolfe, F. (1990). Fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 16(3), 681-698.
- Wolfe, F., Cathey, M. A., Kleinheksel, S. M., Amos, S. P., Hoffman, R. G., Young, D. Y., Hawley, D. J. (1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis, *Journal of Rheumatology*, 11 (4), 500-506.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, J., Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromialgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., & Goldenberg, D. L. (1990). The american collage of reumatology 1990 criteria for the clasification of fibromyalgia: report of the multicentre criteria comité. *Arthritis Rheumatology*, 33, 160-172.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D.L; Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.S., Winfield, J.B., And Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. Vol. 62, No. 5, pp 600–610.
- Wolfe, Niklaus Egloff, and Winfried Häuser. (2010-2011) Widespread Pain and Low Widespread Pain Index Scores among Fibromyalgia-positive Cases Assessed with the 2010/2011 *Fibromyalgia Criteria. The Journal of Rheumatology.*
- Yovel, I. (2009). Acceptance and commitment therapy and the new generation of cognitive behavioral treatments. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4): 304-9
- Yunus, M.B. (1983). Fibromyalgia syndrome: a need for uniform classification. *Journal of Rheumatology*, 10,841-844.
- Yunus, M. B. (2001) - Universidad de Illinois, College de Medicina de Peoria. *Revista FIBROMYALGIA FRONTIERS de la Liga de Fibromialgia de los EEUU (volúmen 9 – n° 3 – 2001)*

Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders. The Unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 36 (6) 339-356. doi:10.1016/j.semarthrit.2006.12.09

Zubieta, A.J., Aragón, A. y Cantalejo, M. (2003). La fibromialgia: una enfermedad del pasado, actual y con futuro. *Rheuma*, 6: 9-22



## **10. Anexos**

---

## **10. 1 Anexo I: Entrevista Estructurada**



## **Batería de evaluación psicológica**

---

**[Pre-tratamiento]**

**Nombre paciente:**

**Código:**

**Fecha de la evaluación:**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ Como paciente asistido/a en el Centro \_\_\_\_\_, consiento que me sea realizada una entrevista acerca de mi problema de salud, conociendo y aceptando que:

- 1) La entrevista se centrará en aspectos exclusivamente relacionados con mi enfermedad.
- 2) Mi colaboración es voluntaria y puedo dejar de prestarla o negarme a responder la/s pregunta/s que estime conveniente, sin tener que dar explicaciones.
- 3) Los datos que proporcione serán utilizados para que el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ realice un informe sobre la conveniencia de recibir atención psicológica en relación con mi enfermedad, el cual será puesto a mi disposición.
- 4) Los datos que proporcione pueden ser utilizados de forma **anónima** para investigar sobre mi enfermedad y así contribuir a mejorar su tratamiento, siendo responsable de su custodia el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_.

Por todo lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar dicha actividad. En Sevilla,

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Fdo.:

El/la paciente

Fdo.:

Dr./Dra.

**NOMBRE:****CÓD.:****FECHA:****0. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

0.1. Edad:

0.2. Sexo:

0.3. Estado civil y familiar:

*Soltera, casada/emparejada, separada/divorciada o viuda*

0.4. Nivel de estudios:

*Sin estudios, primarios, secundarios o universitarios*

0.5. Situación laboral:

*Ama de casa, desempleada, en activo, de baja temporal, jubilada por edad, jubilada por enfermedad u otros*

0.6. Litigio-compensación:

*¿Está pendiente del tribunal médico o de recibir alguna indemnización por su enfermedad?***1. DOLOR**

1.1. Diagnóstico de fibromialgia realizado por:

*Ej. Reumatólogo, médico de Atención Primaria, etc., independientemente del realizado en**AFIBROSE*



**NOMBRE:**

**CÓD.:**

**FECHA:**

**1.2. Tratamientos y profesionales consultados hasta llegar a AFIBROSE y resultado obtenido:**

*Ej. Cirugía, fisioterapia, acupuntura, etc.*

**1.3. Tiempo desde el inicio del dolor:**

*Ej. En meses o años*

**1.4. Circunstancias históricas del inicio del dolor:**

*Ej. Accidente, enfermedad, acontecimiento vital, etc.*

**1.5. Intensidad del dolor en las últimas 24 horas:**

*Escala numérica 0-10. 0: Ningún dolor; 10: máximo dolor imaginable*

**1.6. Interferencia del dolor en las últimas 24 horas:**

<b>NOMBRE:</b>	<b>CÓD.:</b>
<b>FECHA:</b>	

*Escala verbal. Ninguna; Ligera (ni dificulta ni prohíbe actividades diarias); Moderada (dificulta pero no prohíbe actividades diarias); Severa (prohíbe actividades diarias)*

**1.7. Intensidad del dolor AHORA:**  
*Escala numérica 0-10; 0: Ningún dolor; 10: máximo dolor imaginable*

**1.8. Interferencia del dolor AHORA:**  
*Escala verbal: Ninguna; Ligera (ni dificulta ni prohíbe actividades diarias); Moderada (dificulta pero no prohíbe actividades diarias); Severa (prohíbe actividades diarias)*

**1.9. Frecuencia del dolor actual:**  
*Episodios o crisis al mes: ej. diario, día sí/día no, dos veces en semana, etc.*

**1.10. Duración del dolor actual:**  
*Horas al día con dolor: ej. si duele todo el día 24 horas, sino número aproximado de horas*

**1.11. Cualidad del dolor**  
**(MEDIDA: SF-MPQ):**                      **Sensorial (0-33):**                      **Afectiva (0-12):**                      **Total (0-45):**

	NINGUNO (0)	LEVE (1)	MODERADO (2)	SEVERO (3)
<b>LATE</b>				
<b>DISPARO</b>				
<b>APUÑALA</b>				
<b>AGUDO</b>				
<b>ACALAMBRA</b>				
<b>ROE</b>				

<b>NOMBRE:</b>	<b>CÓD.:</b>
<b>FECHA:</b>	

CALIENTA-QUEMA			
IRRITANTE			
PESADO			
SENSIBLE			
RAJA			
CANSA-AGOTA			
MAREA			
MIEDO			
CASTIGADOR- CRUEL			

**1.12. Medicación actual (MEDIDA: MQS-III):**

Medicamento	Dosis (mg./día)	Corrección por tipo	Nivel de dosis	Puntos MQS
		<b>X</b>	=	
		<b>X</b>	=	
		<b>X</b>	=	
		<b>X</b>	=	
		<b>X</b>	=	

<b>NOMBRE:</b>	<b>CÓD.:</b>
<b>FECHA:</b>	

			<b>X</b>		=	
<b>Puntuación total</b>						
<p><b>1.13. Factores precipitantes del dolor:</b></p> <p><i>(Ej. Esfuerzos físicos, preocupaciones, estrés emocional, malas posturas, etc.)</i></p>						
<p><b>1.14. Factores agravantes del dolor:</b></p> <p><i>(Ej. Esfuerzos físicos, preocupaciones, estrés emocional, malas posturas, etc.)</i></p>						
<p><b>1.15. Factores de alivio del dolor:</b></p> <p><i>(Ej. Descanso, relajación, distracción, medicación, etc.)</i></p>						

**NOMBRE:**

**CÓD.:**

**FECHA:**

**2. FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y CALIDAD DE VIDA**

**2.1. Calidad de vida específica (MEDIDA: FIQ; en batería):**

**Puntuación FIQ total:**

**(0-100)**

**3. FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL**

**3.1. Perfil de estados de ánimo (MEDIDA: POMS; en batería):**

**Tensión/ansiedad:**

**Depresión/melancolía:**

**Ira/hostilidad:**

**Vigor/actividad:**

**Fatiga/inercia:**

**Confusión/desconcierto:**

**POMS total:**

**3.2. Depresión (MEDIDA: BDI; en batería):**

**Puntuación BDI total:**

**NOMBRE:**

**CÓD.:**

**FECHA:**

(0-63)

#### **4. ACTITUD HACIA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

##### 5.1. Expectativas hacia el tratamiento

*¿En qué aspectos y en qué grado cree que le va a beneficiar este tratamiento?*

## **10. 2 Anexo II: Batería de Evaluación Psicológica**

## FIQ

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, tache la pregunta.

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca						
<b>1. ¿Ha sido usted capaz de...</b>										
a. ¿Hacer la compra?	0	1	2	3						
b. ¿Hacer la colada con lavadora?	0	1	2	3						
c. ¿Preparar la comida?	0	1	2	3						
d. ¿Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3						
e. ¿Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3						
f. ¿Hacer las camas?	0	1	2	3						
g. ¿Caminar varias manzanas?	0	1	2	3						
h. ¿Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3						
i. ¿Subir escaleras?	0	1	2	3						
j. ¿Utilizar transporte público?	0	1	2	3						
<b>2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7			
<b>3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7			
<b>Redondee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana:</b>										
<b>4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada/o?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>8. ¿Cómo se ha notado de rígida/o o agarrotada/o?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa/o, tensa/o o angustiada/o?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida/o o triste?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



## POMS

Lea atentamente la lista de palabras que se desarrolla a continuación. Estas palabras describen sentimientos que tienen las personas. Después de leer cada palabra fíjese en las cinco opciones posibles y elija la que mejor describa como se ha sentido usted últimamente. Coloque el número de la opción elegida a la derecha de cada palabra en la casilla correspondiente. Por favor procure no omitir ninguna

Conteste: 0-NADA 1-POCO 2-MODERADAMENTE 3-BASTANTE 4-MUCHÍSIMO

	Triste.....	<input type="checkbox"/>	Inquieto.....	<input type="checkbox"/>	Ansioso.....	<input type="checkbox"/>	Confiado.....	<input type="checkbox"/>
Cordial.....	<input type="checkbox"/>	Activo.....	<input type="checkbox"/>	Incapaz de.....	<input type="checkbox"/>	Listo para.....	<input type="checkbox"/>	Lleno de.....
Tenso.....	<input type="checkbox"/>	Con los.....	<input type="checkbox"/>	concentrarse		pelear		dinamismo
Enfadado.....	<input type="checkbox"/>	nervios de		Fatigado.....	<input type="checkbox"/>	Afable.....	<input type="checkbox"/>	Con mal genio
Rendido.....	<input type="checkbox"/>	punta		Servicial.....	<input type="checkbox"/>	Pesimista.....	<input type="checkbox"/>	Inútil.....
Infeliz.....	<input type="checkbox"/>	Malhumorado..	<input type="checkbox"/>	Irritado.....	<input type="checkbox"/>	Desesperado...	<input type="checkbox"/>	Sin memoria...
Perspicaz.....	<input type="checkbox"/>	Melancólico.....	<input type="checkbox"/>	Desanimado....	<input type="checkbox"/>	Perezoso.....	<input type="checkbox"/>	Despreocupado
Animado.....	<input type="checkbox"/>	Energético.....	<input type="checkbox"/>	Resentido.....	<input type="checkbox"/>	Rebelde.....	<input type="checkbox"/>	Aterrorizado....
Confuso.....	<input type="checkbox"/>	Asustado.....	<input type="checkbox"/>	Nervioso.....	<input type="checkbox"/>	Indefenso.....	<input type="checkbox"/>	Culpable.....
Arrepentido por	<input type="checkbox"/>	Falto de.....	<input type="checkbox"/>	Solo.....	<input type="checkbox"/>	Abatido.....	<input type="checkbox"/>	Vigoroso.....
cosas hechas		esperanza		Miserable.....	<input type="checkbox"/>	Desconcertado..	<input type="checkbox"/>	Inseguro de.....
Inestable.....	<input type="checkbox"/>	Relajado.....	<input type="checkbox"/>	Atontado.....	<input type="checkbox"/>	Alerta.....	<input type="checkbox"/>	las cosas
Apático.....	<input type="checkbox"/>	Indigno.....	<input type="checkbox"/>	De buen humor	<input type="checkbox"/>	Decepcionado..	<input type="checkbox"/>	Muy cansado...
Enojado.....	<input type="checkbox"/>	Rencoroso.....	<input type="checkbox"/>	Amargado.....	<input type="checkbox"/>	Furioso.....	<input type="checkbox"/>	
Considerado....	<input type="checkbox"/>	Benévolo.....	<input type="checkbox"/>	Exhausto.....	<input type="checkbox"/>	Eficiente.....	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Intranquilo.....	<input type="checkbox"/>					

## BDI

*En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

1.  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.  No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
 Me siento desanimado respecto al futuro.  
 Siento que no tengo que esperar nada.  
 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
3.  No me siento fracasado.  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4.  Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.  No me siento especialmente culpable.  
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 Me siento culpable constantemente.
6.  No creo que esté siendo castigado.  
 Me siento como si fuese a ser castigado.  
 Espero ser castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
7.  No estoy decepcionado de mí mismo.  
 Estoy decepcionado de mí mismo.  
 Me da vergüenza de mí mismo.  
 Me detesto.

8.
  - No me considero peor que cualquier otro.
  - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
  - Continuamente me culpo por mis faltas.
  - Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
9.
  - No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
  - Desearía suicidarme.
  - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
  
10.
  - No lloro más de lo que solía.
  - Ahora lloro más que antes.
  - Lloro continuamente.
  - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
  
11.
  - No estoy más irritado de lo normal en mí.
  - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - Me siento irritado continuamente.
  - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
  
12.
  - No he perdido el interés por los demás.
  - Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - He perdido todo el interés por los demás.
  
13.
  - Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
  - Evito tomar decisiones más que antes.
  - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - Ya me es imposible tomar decisiones.
  
14.
  - No creo tener peor aspecto que antes.
  - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
  - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
  - Creo que tengo un aspecto horrible.

15.  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
16.  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17.  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
19.  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI  NO
20.  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21.  No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

## INVENTARIO IS

(Gonzalez Ordí-1999)

A continuación, encontrará una serie de frases que pueden referirse a su forma de ser o reaccionar ante circunstancias de la vida cotidiana. Su tarea consiste en valorar de 0 a 4, MARCANDO CON UN CÍRCULO, la frecuencia con que se producen estas situaciones en su vida cotidiana, según la siguiente escala:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI, OTRAS NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

Conteste lo más sinceramente posible. Gracias por su colaboración.

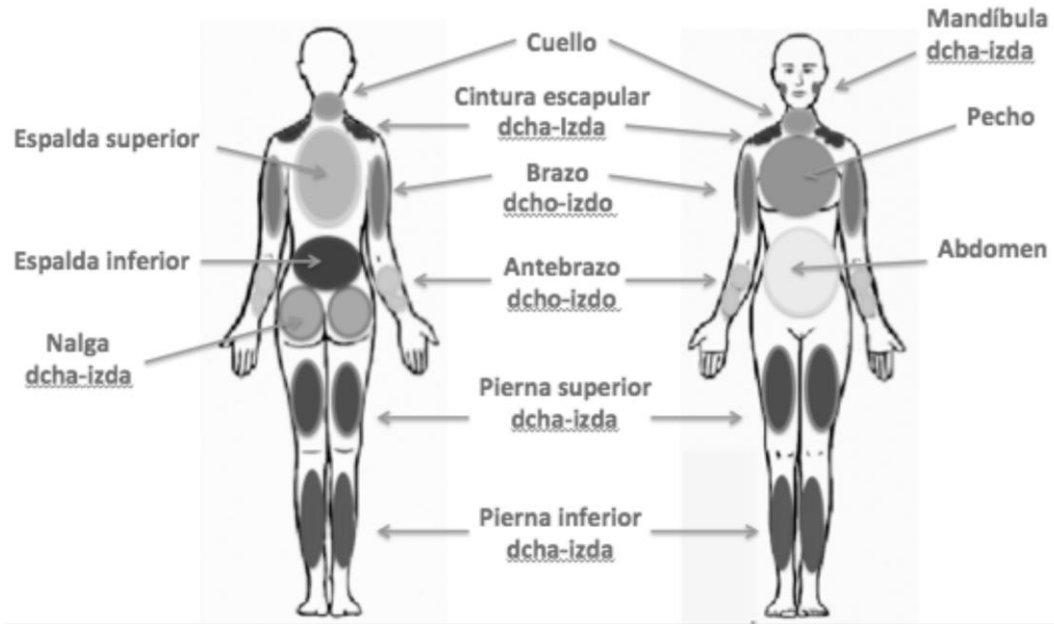
1. La opinión de los demás cuenta mucho para mí	0 1 2 3 4
2. Puedo imaginar cosas de forma clara y nítida	0 1 2 3 4
3. Me dejo llevar por los demás	0 1 2 3 4
4. Es fácil para mí contagiarme del estado de ánimo de los otros	0 1 2 3 4
5. Soy una persona sugestionable	0 1 2 3 4
6. Tengo ideas o pensamientos supersticiosos	0 1 2 3 4

7. Me suelen afectar las películas de terror	0 1 2 3 4
8. Cuando me concentro en algo puedo quedarme absorto/a	0 1 2 3 4
9. Soy una persona impresionable	0 1 2 3 4
10. Cuando me concentro en mis pensamientos, pierdo fácilmente la noción del tiempo	0 1 2 3 4
11. Cuando escucho la música que me gusta, me dejo llevar por ella hasta el punto que me olvido de lo demás	0 1 2 3 4

12. El sonido de una voz puede ser tan fascinante para mí que puedo continuar escuchándola y olvidarme de lo que me rodea	0 1 2 3 4
13. Tengo facilidad para concentrarme en la tarea que esté haciendo	0 1 2 3 4
14. Mientras veo una película, un programa de TV, o una obra de teatro, puedo llegar a estar tan implicado que me olvido de mi mismo y de mi entorno, y experimento la trama como si fuera real o yo formara parte de ella	0 1 2 3 4
15. Puedo recordar ciertas experiencias pasadas de mi vida con tal claridad y realismo, que es como si las estuviera viviendo otra vez	0 1 2 3 4
16. Fantaseo a cerca de las cosas que me ocurren o que me gustaría que me pasaran	0 1 2 3 4
17. Sueño despierto/a	0 1 2 3 4
18. Las películas emotivas me hacen llorar fácilmente	0 1 2 3 4
19. Cambio de opinión con facilidad	0 1 2 3 4
20. Tiendo a creer lo que me dicen los demás	0 1 2 3 4
21. Hay personas que me fascinan al primer golpe de vista	0 1 2 3 4
22. Dejo que determinadas personas influyan en mí más de lo que considero conveniente	0 1 2 3 4

## Índice de Dolor Generalizado

Widespread Pain Index (WPI)



Señale a continuación el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana:

Cintura Escapular Izquierda	Pierna Inferior Izquierda
Cintura Escapular Derecha	Pierna Inferior Derecha
Brazo Superior Izquierdo	Mandíbula Izquierda
Brazo Superior Derecho	Mandíbula Derecha
Brazo Inferior Izquierdo	Pecho (Tórax)
Brazo Inferior Derecho	Abdomen
Nalga Izquierda	Cuello
Nalga Derecha	Espalda Superior
Pierna Superior Izquierda	Espalda Inferior
Pierna Superior Derecha	

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: \_\_\_\_\_

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

## Índice de Gravedad de Síntomas

(Symptom Severity Score – SS Score)

### SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

<b>1. Fatiga</b>	
0	No ha sido un problema
1	Leve , ocasional
2	Moderada , presente casi siempre
3	Grave, persistente, he tenido grandes problemas

<b>2. Sueño no reparador</b>	
0	No ha sido un problema
1	Leve , intermitente
2	Moderada , presente casi siempre
3	Grave, persistente, grandes problemas

<b>2. Trastornos Cognitivos</b>	
0	No ha sido un problema
1	Leve , intermitente
2	Moderada , presente casi siempre
3	Grave, persistente, grandes problemas



**SS-Parte 2**

Señale a continuación cuáles de los siguientes síntomas padece habitualmente:

Dolor muscular	Dolor en la parte alta del abdomen	Convulsiones
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Ojo seco
Visión borrosa	S. Intestino irritable	Sequedad bucal
Urticaria	Problemas para pensar o de memoria	Pérdida de apetito
Vómitos	Dolor/ calambres en el abdomen	Erupciones, sarpullido
Dolor de cabeza	Respiración entrecortada	Sensibilidad al sol
Dolor torácico	Pitidos al respirar, sibilancias	Trastornos auditivos
Ansiedad	Fenómeno de Raynaud	Entumecimiento, hormigueo
Mareos	Debilidad muscular	Caída de cabello
Insomnio	Zumbidos en los oídos	Micción frecuente
Depresión	Moratonos frecuentes (hematomas)	Micción dolorosa
Estreñimiento	Acidez de estómago	Espasmos vesicales
Diarrea	Aftas orales (úlceras)	Fiebre
Náuseas	Pérdida o cambios en el gusto	

## Cuestionario SF-12 sobre Estado de Salud

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto

**1. En general, usted diría que su salud es:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Excelente</i>	<i>Muy buena</i>	<i>Buena</i>	<i>Regular</i>	<i>Mala</i>

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1	2	3
	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
<b>2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Subir varios pisos por la escalera.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1	2
	Sí	No
<b>4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o sus actividades cotidianas?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez

### **10.3 Anexo III: Auto-registros y Documentación Hipnosis**

**REGISTRO de SESIONES ENTRENAMIENTO EN AUTOHIPNOSIS**

IDENTIFICACIÓN:	GRUPO:			
Nº SESIÓN	1ª	2ª	3ª	4ª
<b>DOLOR PRINCIPAL</b> (Localización)				
<b>INTENSIDAD DOLOR</b> (0-10)				
<b>DESCRIPCIÓN DOLOR</b>				
<b>TENSIÓN PREVIA</b> (0-10)				
<b>DOLOR DESPUÉS</b> (0-10)				
<b>RELAJACIÓN</b> (0-10)				
<b>IMAGINACIÓN</b> (0-10)				



## **10.4 Anexo IV: Tamaño del Efecto**



## Tamaño del Efecto: Interpretación en términos de correlación y varianza explicada

Cohen	Tamaño Efecto	r	r <sup>2</sup>
	2.0	0.707	0.500
	1.9	0.689	0.474
	1.8	0.669	0.448
	1.7	0.648	0.419
	1.6	0.625	0.390
	1.5	0.600	0.360
	1.4	0.573	0.329
	1.3	0.545	0.297
	1.2	0.514	0.265
	1.1	0.482	0.232
	1.0	0.447	0.200
	0.9	0.410	0.168
<b>GRANDE</b>	0.8	0.371	0.138
	0.7	0.330	0.109
	0.6	0.287	0.083
<b>MEDIO</b>	0.5	0.243	0.059
	0.4	0.196	0.038
	0.3	0.148	0.022
<b>PEQUEÑO</b>	0.2	0.100	0.010
	0.1	0.050	0.002
	0.0	0.000	0.000

## **10.5 Anexo V: Audios Entrenamiento Autohipnosis**