



TESIS DOCTORAL

Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado y en grupo, para la fibromialgia: Aplicación en contexto hospitalario

José Ortega Pardo
Licenciado en Psicología

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, UNED.

2012



Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología.

Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado y en grupo, para la
fibromialgia: Aplicación en contexto hospitalario

José Ortega Pardo
Licenciado en Psicología

Director
Miguel Ángel Vallejo Pareja

Agradecimientos

Tenía muchas ganas de que llegara el momento de dar las gracias por dos motivos, el primero porque significa que mi tesis esta finalizada y, el segundo, por poder dirigirme a las personas que me han ayudado a completar este trabajo.

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a mi director de tesis, Miguel Ángel Vallejo Pareja, por toda la ayuda que me ha prestado y, sobre todo, por darme el último empujón que necesitaba para poder terminar este trabajo.

Agradecer a Javier Rivera Redondo toda la ayuda y facilidades que nos brindo desde el inicio de este trabajo. Gracias por abrirme las puertas de tu consulta y por tu implicación a la hora de contactar con los pacientes.

Gracias a todas las pacientes que han participado en el estudio. Espero y deseo que, como mínimo, hayan aprendido a ver la fibromialgia desde otra perspectiva y, sobre todo, a tomar un papel activo ante ella.

También me gustaría darle las gracias a José Manuel Reales Avilés, por su valiosa y esclarecedora ayuda en el apartado del tratamiento estadístico y, sobre todo, por recordarme que *“no hay preguntas estúpidas sino que lo estúpido es no hacerlas”*.

A Marta Díaz García y Maribel Comeche Moreno, agradecerles su cálida acogida, su apoyo, ánimo, amabilidad y confianza. Maribel, a ti quiero, de forma un poco más especial, darte las gracias por la ayuda y ánimo que me has contagiado durante estos últimos meses; me he sentido tratado “casi” como un hijo y quizás por eso al final te quiero “casi” como a una madre. Por tantos zumos de naranja que te debo.

También me gustaría darle las gracias a M^a Fe Rodríguez Muñoz por todo el ánimo que siempre que nos hemos visto y hablado me ha transmitido, gracias por los detalles que has tenido conmigo, gracias por tenerme en cuenta.

A mi familia, como no, a mis padres, Carmen y José, y a mi hermana Carmen, por haberme ayudado a coser a retazos de urgencias, disimulos y rutinas estos (casi) 7 años que llevo un “poquillo” lejos de ellos. Gracias a ti papa, por tu confianza y apoyo, por estar siempre ahí, en silencio, pero siempre ahí, a mi lado. A mi madre, por todo, sabes que este trabajo es más tuyo que mio. Utilizando una estrofa de una canción que se titula “te voy a decir una cosa”, decirte que no existe el dolor cuando me abrazas, dolor que a ti te acompaña desde hace tanto tiempo, que me haces entrar en razón si me hablas, sabes que no soy fácil, que me has cosido las alas muchas veces, gracias porque con tu calma he conseguido seguir y llegar hasta aquí.

A mi hermana Carmen, nena muchas gracias por tu ayuda y apoyo incondicional, por estar siempre ahí, por haber ejercido, además de hermana, también de madre y amiga. Gracias por tranquilizarme, gracias por todo.

A mi Ía y mi tito Pepe, muchas gracias por venir a verme siempre que “bajo” a Almería, por vuestro ánimo y cariño, como me decis siempre que nos vemos, “ahora sí que queda poquillo para acabar”.

A todos los que en algún momento me han hecho sentir como si estuviera en casa o más cerca de ella: David, Paqui, Rocio, Roberto y Quique.

Por último, me gustaría darles las gracias a todos aquellos que no me han ayudado, comprendido y escuchado, porque, al no hacerlo, han permitido que valore, aún más, a los que sí lo han hecho durante todo este tiempo.

Índice

Revisión teórica

Capítulo 1. Síndrome de fibromialgia	1
1.1. Presentación	1
1.1.1. Aspectos históricos	3
1.1.2. Aspectos conceptuales.....	7
1.2. Características clínicas.....	11
1.2.1. Dolor.....	13
1.2.2. Fatiga	15
1.2.3. Alteraciones del sueño	16
1.2.4. Rigidez	17
1.2.5. Otras características asociadas	17
1.3. Validez de los criterios del ACR	21
1.3.1. Puntos de dolor	24
1.3.2. Alternativas diagnósticas.....	27
1. 4. Epidemiología.....	29
Capítulo 2. Aspectos psicológicos	35
2.1. Presentación	35
2.2. El SFM desde la perspectiva biopsicosocial.....	37
2.3. Componente psicológico	39
2.3.1. Factores afectivos: depresión y ansiedad	40
2.3.1.1. Depresión	40
2.3.1.2. Ansiedad	45
2.3.2. Factores conductuales: estrategias de afrontamiento.....	47
2.3.3. Factores cognitivos: autoeficacia y catastrofismo	50
2.3.3.1. Autoeficacia	50
2.3.3.2. Catastrofismo	53
2.4. Calidad de vida: impacto del SFM en el estado de salud	56
Capítulo 3. Tratamiento psicológico del síndrome de fibromialgia	59
3.1. Presentación	59
3.2. Perspectiva de intervención multidisciplinar del SFM: componente psicológico.....	61
3.3. Programa de tratamiento cognitivo conductual multicomponente en el SFM	63

3.3.1. Revisión de los estudios experimentales generales	66
3.3.2. Revisión de los estudios experimentales con programas multicomponente	68
3.3.3. Estudios experimentales previos de los que procede el programa de tratamiento multicomponente de este trabajo.....	71

Trabajo empírico

Capítulo 4. Método	75
---------------------------------	-----------

4.1. Presentación	75
4.2. Objetivo general e hipótesis específicas	75
4.3. Lugar de realización	77
4.4. Diseño y procedimiento	78
4.5. Participantes.....	80
4.6. Evaluación.....	81
4.6.1. Instrumentos de evaluación.....	81
4.7. Programa de intervención	86
4.8. Análisis de datos	89
4.8.1. Descripción sociodemográfica y clínica	89
4.8.2. Descripción y comparación cuantitativa	90
4.8.3. Significación clínica: descripción y comparación cualitativa	93

Capítulo 5. Resultados.....	95
------------------------------------	-----------

5.1. Selección de la muestra y asistencia	95
5.2. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas.....	98
5.2.1. Descripción sociodemográfica de la muestra total y comparación en línea base de los grupos experimentales	98
5.2.2. Descripción clínica de la muestra total y comparación en línea base de los grupos experimentales.....	99
5.2.2.1. Descripción clínica (I): historia con el trastorno	99
5.2.2.2. Descripción clínica (II): historia con el SFM.....	101
5.3. Análisis de las variables emocionales	105
5.3.1. Análisis de la sintomatología depresiva.....	105
5.3.1.1. Descripción y comparación cuantitativa	105
5.3.1.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	109
5.3.2. Análisis de la sintomatología ansiosa.....	113
5.3.2.1. Descripción y comparación cuantitativa	113
5.3.2.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	115
5.4. Análisis de las variables cognitivas	117
5.4.1. Análisis del catastrofismo	117
5.4.1.1. Descripción y comparación cuantitativa	117

5.4.1.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	124
5.4.2. Análisis de la autoeficacia	130
5.4.2.1. Descripción y comparación cuantitativa	130
5.4.2.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	135
5.5. Análisis de la variables conductuales	136
5.5.1. Análisis de estrategias de afrontamiento pasivas.....	136
5.5.1.1. Descripción y comparación cuantitativa	136
5.5.1.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	140
5.5.2. Análisis de estrategias de afrontamiento activas.....	142
5.5.2.1. Descripción y comparación cuantitativa	142
5.5.2.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	147
5.6. Variables somáticas	150
5.6.1. Descripción y comparación cuantitativa	150
5.6.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	153
5.7. Análisis del impacto sobre la CVRS	155
5.7.1. Descripción y comparación cuantitativa	155
5.7.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica	158
5.8. Análisis correlacional del porcentaje de cambio.....	160
Capítulo 6. Discusión	163
6.1. Presentación	163
6.2. Variables emocionales	164
6.2.1. Sintomatología depresiva	164
6.2.2. Sintomatología ansiosa	166
6.3. Variables cognitivas	167
6.3.1. Catastrofismo	167
6.3.2. Autoeficacia.....	168
6.4. Variables conductuales	170
6.5. Impacto del SFM sobre la CVRS.....	171
6.6. Correlaciones entre los porcentajes de cambio.....	172
Capítulo 7. Conclusiones y consideraciones críticas.....	175
7.1. Conclusiones.....	175
7.2. Consideraciones críticas	176
Bibliografía.....	179
Anexos	209
Anexo 1: Programa de tratamiento	211
Anexo 2: Instrucciones de relajación.....	291

Lista de Abreviaturas y Siglas

ACR: American College of Rheumatology.
AFIBROM: Asociación de Fibromialgia de Madrid.
AINES: antiinflamatorios no esteroides.
ANOVA: Análisis de Varianza.
ASES: Arthritis Self-efficacy Scale.
BDI: Beck Depression Inventory.
CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials.
COPCORD: Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases
CPCI: Chronic Pain Coping Inventory.
CPSS: Chronic Pain Self-efficacy Scale.
CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.
DCG: dolor crónico generalizado.
EVA: Escala de valoración analógica.
ECA: Ensayos clínicos aleatorizados.
EPIDOR: Estudio epidemiológico del dolor en pacientes reumatológicos.
EULAR: European League against Rheumatism.
FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire.
FIQ-total: Puntuación total del FIQ.
FIRST: Fibromyalgia Rapid Screening Tool.
FM: Fibromialgia.
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.
HADS-A: Subescala de ansiedad del HADS.
HADS-D: Subescala de depresión del HADS.
HGUG: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
IASP: International Association for the Study of Pain.
ICD: International Classification of Diseases
INE: Instituto Nacional de Estadística.
IPR: Instituto Provincial de Rehabilitación.
LFESSQ: London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire.
MBPS: Modelo Biopsicosocial.
PCS: Pain Catastrophizing Scale.
RAE: Real Academia Española.
SER: Sociedad Española de Reumatología.
SFM: Síndrome de fibromialgia.
SSC: Síndrome de Sensibilización Central
TCC: Terapia Cognitivo Conductual.
TTA: Técnicas terapéuticas alternativas.
UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de clasificación del ACR (1990) para la FM.....	9
Tabla 2. Programas de tratamiento multicomponente de TCC utilizados en los estudios experimentales revisados	69
Tabla 3. Revisión de los estudios experimentales con programas multicomponente de TCC y resultados en SFM	70
Tabla 4. Revisión de los estudios experimentales previos en los que se ha utilizado el programa de tratamiento multicomponente de este trabajo.....	72
Tabla 5. Variables sociodemográficas de la muestra total, condiciones experimentales y comparación entre condiciones	99
Tabla 6. Variables clínicas I (historia con el DCG) en la muestra total, condiciones experimentales y comparación entre las condiciones	101
Tabla 7. Variables clínicas II (historia con el SFM) en la muestra total, condiciones experimentales (TCC y control) y comparación entre las condiciones	102
Tabla 8. Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas de la variable sintomatología depresiva.....	105
Tabla 9. Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en las medidas de la variable sintomatología depresiva	107
Tabla 10. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida BDI en la condición experimental de TCC	109
Tabla 11. Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la variable sintomatología ansiosa.....	114
Tabla 12. Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas de la variable catastrofismo	117
Tabla 13. Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en las medidas de la variable catastrofismo.....	119
Tabla 14. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida de catastrofismo en la condición experimental TCC	121
Tabla 15. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida de desesperanza en la condición experimental TCC	122
Tabla 16. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida rumiación en la condición experimental TCC	123
Tabla 17. Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas de la variable autoeficacia	131
Tabla 18. Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la medida de autoeficacia en el manejo de los síntomas	133
Tabla 19. Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas sobre estrategias pasivas en la variable de afrontamiento	137
Tabla 20. Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la medida de afrontamiento pasivo de protegerse.....	139
Tabla 21. Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas sobre estrategias activas en la variable de afrontamiento	142
Tabla 22. Comparaciones entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la medida de afrontamiento activo de la relajación	145
Tabla 23. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la estrategia de afrontamiento de la relajación en la condición experimental TCC	147
Tabla 24. Prueba de normalidad y homocedasticidad de las variables somáticas ...	150
Tabla 25. Comparaciones entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en las variables somáticas	151
Tabla 26. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la de la variable somática fatiga en la condición experimental TCC.....	153
Tabla 27. Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la variable del impacto del SFM	156

Tabla 28. Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida de impacto del SFM en la condición experimental TCC	158
Tabla 29. Correlación entre las variables que cambiaron (mejoraron) significativamente después del tratamiento	160

Indice de Figuras

Figura 1. Artículos publicados sobre la FM durante los años 1980-2005	2
Figura 2. Localización de los puntos de dolor en la FM	10
Figura 3. Sintomatología general en población clasificada con SFM	13
Figura 4. Diagramas de flujos según la participación en el estudio.....	97
Figura 5. Fármacos utilizados en el tratamiento del SFM por la muestra total y las condiciones experimentales	103
Figura 6. Técnicas terapéuticas alternativas (TTA) utilizadas en el tratamiento del SFM	104
Figura 7. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de la variable sintomatología depresiva	106
Figura 8. Efecto del factor tiempo sobre las medidas de la variable sintomatología depresiva en la condición TCC.....	108
Figura 9. Distribución de la muestra total (N=44) según la gravedad de la sintomatología depresiva en la medida BDI antes de la intervención	110
Figura 10. Distribución de la muestra total (N=44) según la gravedad de la sintomatología depresiva en la medida HADS-D antes de la intervención	110
Figura 11. Distribución de la condición experimental de TCC según la gravedad de la sintomatología depresiva en la medida BDI antes y después de la intervención ...	111
Figura 12. Distribución de la condición experimental TCC según las categorías de gravedad del BDI en los momentos temporales evaluados en el estudio.....	112
Figura 13. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en la variable de la sintomatología ansiosa.....	114
Figura 14. Efecto del factor tiempo sobre la sintomatología ansiosa en la condición TCC.....	115
Figura 15. Distribución de la muestra total (N=44) según la gravedad de la sintomatología ansiosa antes de la intervención	116
Figura 16. Distribución de la condición experimental de TCC según la gravedad de la sintomatología ansiosa antes y después de la intervención	116
Figura 17. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de la variable catastrofismo	118
Figura 18. Efecto del factor tiempo sobre las medidas de catastrofismo en la condición experimental de TCC.....	121
Figura 19. Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de catastrofismo antes y después de la intervención	125
Figura 20. Distribución de la condición experimental de control según el nivel de catastrofismo antes y después de la intervención	125
Figura 21. Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de desesperanza antes y después de la intervención	126
Figura 22. Distribución de la condición experimental de control según el nivel de desesperanza antes y después de la intervención	127
Figura 23. Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de rumiación antes y después de la intervención.....	127
Figura 24. Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el nivel de catastrofismo	128
Figura 25. Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el nivel de desesperanza	129
Figura 26. Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el nivel de rumiación	130
Figura 27. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de la variable de autoeficacia	132
Figura 28. Efecto del factor tiempo sobre las medidas de autoeficacia en la condición experimental de TCC.....	134

Figura 29. Distribución de la condición experimental de TCC según el grado de autoeficacia percibida para el manejo de los síntomas antes y después de la intervención.....	136
Figura 30. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de estrategias pasivas de la variable de afrontamiento	138
Figura 31. Efecto del factor tiempo sobre las medidas de afrontamiento pasivo en la condición experimental de TCC.....	140
Figura 32. Distribución de la condición experimental de TCC según el uso de la estrategia pasiva de protegerse antes y después de la intervención	141
Figura 33. Distribución de la condición experimental de control según el uso de la estrategia pasiva de protegerse antes y después de la intervención	141
Figura 34. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de estrategias activas de la variable de afrontamiento	143
Figura 35. Efecto del factor tiempo sobre las medidas de afrontamiento activo en la condición experimental de TCC.....	146
Figura 36. Distribución de la condición experimental de TCC según el uso de la estrategia activa de la relajación antes y después de la intervención	148
Figura 37. Distribución de la condición experimental de control según el uso de la estrategia activa de la relajación antes y después de la intervención	149
Figura 38. Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el uso de la estrategia de la relajación	150
Figura 39. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las variables somáticas de fatiga, cansancio matutino y rigidez	151
Figura 40. Efecto del factor tiempo sobre las variables somáticas en la condición experimental de TCC	152
Figura 41. Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de fatiga antes y después de la intervención	154
Figura 42. Distribución de la condición experimental de control según el nivel de fatiga antes y después de la intervención	155
Figura 43. Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de cansancio matutino antes y después de la intervención.....	155
Figura 44. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en la variable del impacto del SFM	156
Figura 45. Efecto del factor tiempo sobre el impacto del SFM en la condición experimental de TCC	157
Figura 46. Distribución de la muestra total (N=44) según el nivel del impacto del SFM antes de la intervención.....	158
Figura 47. Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de impacto del SFM antes y después de la intervención	159

CAPÍTULO 1

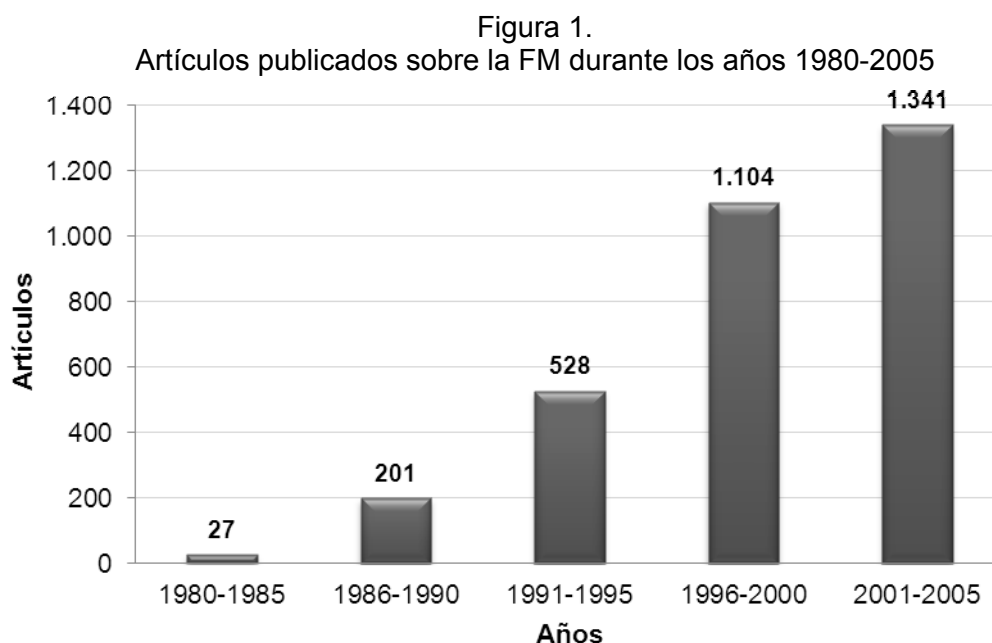
SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

1.1. Presentación

Como ya “profetizara” Goldenberg en su artículo de 1987, confirmando y documentando su presagio o vaticinio 9 años después, la fibromialgia (FM) ha sido una de las enfermedades o etiquetas diagnósticas de mayor auge y expansión en la práctica investigadora y clínica, a pesar de la considerable controversia que la caracteriza y acompaña desde sus inicios hasta el día de hoy (Goldenberg, 1987 y 1995).

En el ámbito científico, el crecimiento en la producción de trabajos sobre la FM es la principal prueba y mayor exponente de su expansión y, sobre todo, del proceso de reconocimiento y acuerdo en el que se encuentran tanto los grupos de investigación como los diferentes colectivos de profesionales interesados o relacionados directamente con ella (Goldenberg y Smith 2003; Merayo, Cano García, Rodríguez Franco, Ariza Ariza y Navarro Sarabia, 2007). Tanto en la revisión de Goldenberg y Smith (2003), como en la de Merayo y cols. (2007), se constata un incremento exponencial y significativo de la bibliografía científica alrededor de la FM desde la década de los 80 hasta la actualidad. Como datos destacables y definitorios de la progresión en el estudio e interés por esta enfermedad crónica de dolor, Goldenberg y Smith (2003), en su revisión realizada en la base bibliográfica *Medline*, encontraron que los trabajos médicos sobre FM se habían quintuplicado, considerando las publicaciones en la década de los 80 y las que se recogían en la base bibliográfica entre los años 1999 y 2001. Merayo y cols. (2007), confirmando la tendencia productiva señalada por Goldenberg y Smith (2003), en su análisis

de productividad y materias en las bases computerizadas de la *Web of Knowledge*, concluyeron que la producción científica se había triplicado con respecto a los trabajos publicados durante los 15 años previos, desde 1980 a 1995 (véase la Figura 1).



Nota. De "Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia", por Merayo y cols., 2007, *Reumatología clínica*, 3(2), p. 57

La presencia, en creciente progresión, de la FM, no parece sin embargo quedar circunscrita sólo al contexto científico-clínico y su incursión en otros ámbitos o ambientes, como el económico, político, social y, sobre todo y principalmente, en el mediático, es a día de hoy una realidad. Dentro de éste último, Internet, una de las principales y prometedoras vías para acceder a información y servicios relacionados con la salud, tanto para la población general (Powel, Lowe, Griffiths y Thorogood, 2005), como para enfermedad o problemas de salud concretos y / o crónicos (Millard y Fintak, 2002), también parece reflejar el auge del interés por la FM. A título orientativo, la encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares, encontró que el 53,8% de las

personas que habían utilizado Internet en los últimos 3 meses habían buscado información sobre temas de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

De la misma forma que ha ocurrido con la producción científica sobre la FM, la presencia de información y referencias, directa o indirectas, sobre ella en Internet también parece ser significativa; 695.000 referencias dedicadas o relacionadas con la FM en el buscador *Google* en mayo de 2003 (Casanueva, 2007) y 5.610.000 en el mismo buscador en febrero de 2010.

A pesar de que la encuesta del INE no recoge el tipo o naturaleza de los recursos de salud a los que se accede, y las estimaciones presentadas sobre el número de referencias en el buscador de Internet *Google* no han resultado de ningún análisis pormenorizado ni riguroso, se podría concluir que la FM posiblemente pueda estar siendo uno de los tópicos o temas de salud sobre los que actualmente más se busca y consulta en Internet. Sin embargo, el momento actual de intereses parte de un camino iniciado hace 150 años, aproximadamente, a finales del siglo XVI.

1.1.1. Aspectos históricos

Aunque son muchos los hitos que han marcado la cronología de la FM (véase Casanueva, 2007 y Inanici y Yunus, 2004 para una revisión cronológica más completa y pormenorizada), el primer acontecimiento destacado por la mayoría de la bibliografía es la introducción, en 1592, del concepto de *reumatismo muscular* por el médico francés Guillaume de Bailleu. Con la introducción de este término, este facultativo galo diferenció un cuadro asociado a dolores osteomusculares generalizados del *reumatismo articular* con características deformantes.

A lo largo del siglo XIX y XX, muchos tipos o formas de reumatismo muscular fueron descritos utilizando terminologías diferentes que resultaban vagas e imposibilitaban la diferenciación entre cuadros generalizados y localizados. Entre todos los sinónimos y términos utilizados (véase Inanici y Yunus, 2004), *fibrositis* se considera el primero, o uno de los primeros,

antecedentes conceptuales más próximos a la FM. Williams Gowers introduce el término en 1904, uniendo lumbago y reumatismo muscular y señalando la posibilidad de que esta nueva enfermedad pudiese compartir el mismo origen inflamatorio que el lumbago, detectándose el dolor en el caso de la *fibrositis* en el tejido fibroso muscular (Gowers, 1904).

Durante la primera mitad del siglo XX, el debate sobre la fibrositis discurrió entre aquellos que la consideraban como una causa común de dolor muscular, manifestación de tensión muscular (problemas funcionales), reumatismo psicógeno o psiconeurosis, mientras que para gran parte de la comunidad científica no era considerada como una entidad nosológica, llegando incluso a entenderse como un caso de simulación (Clauw, 2009; Wessely y Hotopf, 1999).

La falta de acuerdo o consenso sobre la naturaleza y/o existencia de la fibrositis comenzó a diluirse con la formulación, por parte de Traut, en 1968, y Smythe, en 1972, de las primeras descripciones cuasi-modernas de la FM (Smythe, 1972; Traut, 1968), aumentando la expansión y aceptación del concepto (Wessely y Hotopf, 1999). Ambos autores, Traut (1968) y Smythe (1972), propusieron la existencia de signos o síntomas específicos para el diagnóstico y definición de la fibrositis, los cuales en su mayor parte siguen estando vigentes y se incluyen en el concepto actual de FM (Inanici y Yunus, 2004).

Aunque posiblemente las descripciones tanto de Traut (1968) como de Smythe (1972) iniciaran la “etapa moderna” de la FM, desde la bibliografía se establece el inicio de la misma en el año 1976, con la primera referencia al término Fibromialgia por parte de Hench, resultado de la unificación de los términos fibrositis y mialgia (Hench, 1976). El cambio en la denominación de la enfermedad respondía a la ausencia de pruebas que demostrasen la existencia de un proceso inflamatorio de los tejidos conjuntivos, “*dentro de los tejidos fibrosos había -algia (dolor) pero no -itis (inflamación)*” (Williams y Clauw, 2009, p. 778). En 1977, Smythe y Moldofsky, en el trabajo titulado: “*Two contributions to the understanding of the fibrositis syndrome*”, describieron los primeros rasgos diagnósticos, incluyendo otros síntomas además del dolor crónico

generalizado, como alteraciones del sueño, rigidez matutina y fatiga (Smythe y Moldofsky, 1977). Con respecto a las alteraciones del sueño, investigaciones previas de estos mismos autores sobre el estudio electroencefalográfico en personas con FM, encontraron una contaminación en las fases 3 y 4 del sueño NO-REM por ondas alfa (Moldofsky y Scarasbrick, 1976). Este hallazgo llevó a los autores del trabajo a inducir en sujetos sanos las mismas ondas en las mismas fases del sueño NO-REM, alteración a partir de la cual se provocaba un aumento de los síntomas de dolor. Sobre la base de ambos hallazgos, tanto en personas con FM como en personas sanas, Smythe y Moldofsky (1977) propusieron, como posible explicación etiopatogénica de la FM, que la alteración del sueño podría ser fundamental para la recuperación física, subrayando el carácter etiológico de su reducción en las alteraciones características de la FM.

En la década de los 80, y recogiendo el testigo de Smythe y Moldofsky (1977), diferentes grupos propusieron diversos aspectos clínicos o patológicos como posibles integrantes de los criterios definitorios de la enfermedad (Campbell, Clark, Tindall, Forehand y Bennett, 1983; Goldenberg, 1987; Wolfe y Cathey, 1983; Yunus, Masi, Calabro, Miller y Feigenbaum, 1981). A pesar de que, en diferente grado y con matices más o menos significativos, las diversas propuestas clasificatorias consideraban al dolor muscular y articular como el síntoma esencial sobre el que estructurar la definición, la diversidad de criterios hizo necesario llegar a un acuerdo o consenso.

En 1990, y con el fin de contrarrestar la heterogeneidad de criterios definitorios existente, un comité de expertos, auspiciado por el *American College of Rheumatology* (ACR), cuantificó la experiencia de dolor necesaria para definir la FM. La inclusión, junto al dolor crónico generalizado, de los puntos dolorosos en la definición convertía a la FM en una condición no sólo de dolor sino también de debilidad (Clauw, 2009) y, sobre todo, en un trastorno unívoco, abandonando así la polisemia que hasta ese momento la había caracterizado (la descripción completa y detallada de los criterios de clasificación del ACR se realizará en el apartado dedicado a la clasificación, apartado siguiente, aludiendo aquí sólo a los criterios como un hito más de la historia de la FM).

Aceptados y adoptados los criterios de clasificación propuestos por el ACR en 1990, en 1992, tras la *Declaración de Copenhague*, documento de consenso elaborado durante el *II Congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia* (Csillag, 1992; Quinter, 1992), la FM se incorporó a la decima revisión de la *International Classification of Diseases* (ICD-10), en vigor desde enero de 1993 (World Health Organization International Classification of Diseases, 2007), siendo reconocida al año siguiente por la *International Association for the Study of Pain* (IASP) (Merskey y Bogduck, 1994).

El ascendente y significativo reconocimiento de la FM también ha impulsado la creciente controversia existente alrededor de la misma (Goldenberg, 1995), controversia y problemática que no sólo empieza y termina en la existencia o inexistencia de la FM, sino que va más allá de esta perspectiva maniqueista, encontrándose “*en la forma de hacer el diagnóstico, las pacientes que la presentan, la sociedad en la que viven y los médicos que la tratan*” (Rivera, 2004, p. 19).

Presentada como interesante, por la producción científica que la rodea, y controvertida, por la disparidad y desencuentro en las opiniones existentes sobre ella, la FM también se caracterizaría por el consenso o por la búsqueda del mismo. Así, anteponiendo la responsabilidad clínica y asistencial a cualquier interés científico o de criterio, profesional o personal, diferentes sociedades y organismos han promovido o patrocinado la elaboración de documentos de acuerdo o consenso que recogen la información con mayor validez científica. Como ejemplos internacionales se pueden destacar el *Documento Canadiense de Consenso sobre la fibromialgia* (Jain, Carruther, van de Sande y Barron, 2003) y otro relativo a las recomendaciones para el manejo de la misma (Carville y cols., 2008), el primero promovido por el *National ME/FIBROMIALGIA Action Network* y el segundo por la *European League Against Rheumatism* (EULAR). En España, el *Ministerio de Sanidad* y la *Sociedad Española de Reumatología* (SER) han elaborado también documentos de consenso que ofrecen la mejor evidencia actual sobre los diferentes aspectos de la FM (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011; Rivera y cols. 2006).

Por último, y de acuerdo con todo lo anterior, se puede concluir que las ambigüedades y aspectos controvertidos aún por descubrir, descifrar o aclarar, en la FM deben de entenderse y aceptarse como un desafío al que vencer y superar por medio de la evidencia científica resultante de la investigación (Fitzcharles, 1999; Nielson y Harth, 2004).

1.1.2. Aspectos conceptuales

Desde 1990, presentar una historia de dolor generalizado durante un mínimo de 3 meses y manifestar (verbalizar) dolor, en al menos 11 de 18 localizaciones anatómicas distribuidas a lo largo del cuerpo (*puntos dolorosos*), han sido los dos criterios aceptados y seguidos por la mayoría de la comunidad científica, para clasificar o identificar a alguien dentro de la categoría de “*persona con fibromialgia*”.

La sensibilidad (88,4%), especificidad (81,1%) y precisión (84,8%) de ambas variables con respecto al resto de medidas incluidas en el estudio doble ciego realizado en EE.UU. y Canadá (Wolfe y cols., 1990), permitió a los miembros de la comisión de expertos reunido por el ACR aceptar al dolor crónico generalizado asociado a una sensibilidad exagerada a la palpación (hiperalgesia y / o alodinia) como principales criterios de clasificación de la FM.

Antes de que se estableciese por consenso la definición actual, diversos autores, en su mayoría miembros del comité multicéntrico patrocinado por el ACR, habían propuesto sus propios criterios definitorios para la FM (Campbell y cols., 1983; Goldenberg, 1987; Smythe, 1979; Wolfe y Cathey, 1983; Yunus, Masi y Aldag, 1989). Aunque con insuficiente rigor científico, estas propuestas destacan por haber traspasado el plano teórico y haberse aplicado sobre diferentes muestras con el objetivo de valorar sus criterios como posibles principios definitorios sobre los que reconocer y definir a la FM, diferenciándola así de otras dolencias o cuadros que cursan también con dolor o puedan compartir con ella parte de su sintomatología.

Las definiciones operacionales siguientes, tanto las aplicadas (Campbell y cols., 1983; Goldenberg, 1987; Wolfe y Cathey, 1983; Yunus, Masi y Aldag, 1989) como las teóricas (Bennett, 1981; Hench, 1989; Wolfe, 1986), compartían un esquema o estructura común. Por una parte, la manifestación osteomuscular quedaba representada por el dolor generalizado, la rigidez y la debilidad, cuantificado este criterio en el concepto de *puntos dolorosos*, variables en número y localización según cada definición. Por otra parte, los criterios anteriores se combinaban y completaban con una serie de síntomas funcionales (por ejemplo, alteraciones en el sueño, fatiga, cefalea, etc.), criterios de exclusión y la distinción entre FM primaria y secundaria o concomitante (Raspe y Croft, 1995). A la vez que despertaron gran interés y creciente aceptación en el ámbito científico, las características nociceptivas e interoceptivas incluidas y resaltadas en las diferentes propuestas introdujeron una excesiva variabilidad en la definición que, en último término, difuminaba o anulaba el verdadero patrón distintivo y subyacente de esta condición.

Junto a esta pluralidad de acepciones para la FM, los errores metodológicos en los que incurrieron la mayoría de estudios sobre los criterios de clasificación, se convirtieron en el punto de partida del estudio liderado por Wolfe en 1990 y patrocinado por el ACR. 22 investigadores participaron en su diseño y 16 centros aportaron 558 pacientes, 293 con FM (clasificados según los criterios de cada centro) y 265 conformando el grupo control. El grupo de FM, a su vez, se dividió en 2 grupos o categorías: FM *primaria* (158) (FM en ausencia de otra condición de dolor osteomuscular) y FM *secundaria-concomitante* (135) (FM asociada con otro cuadro reumático: osteoartritis, artritis inflamatoria, síndromes del esqueleto axial y artritis reumatoide, principalmente). El grupo control estuvo compuesto por aquellos casos con un tipo de dolor diferente al de la FM y los que presentaban un cuadro osteomuscular del mismo tipo que los del grupo de FM *secundaria-concomitante* pero que incumplían los criterios para clasificarlos con FM.

De todas las variables (síntomas de dolor y funcionales, factores moduladores, debilidad física y otros hallazgos físicos) y combinaciones analizadas, las que caracterizaban a la FM como un cuadro osteomuscular de dolor y debilidad generalizada resultaron ser el conjunto de criterios con mayor

valor discriminante, quedando formulados de la forma que se expresan en la Tabla 1 y Figura 2.

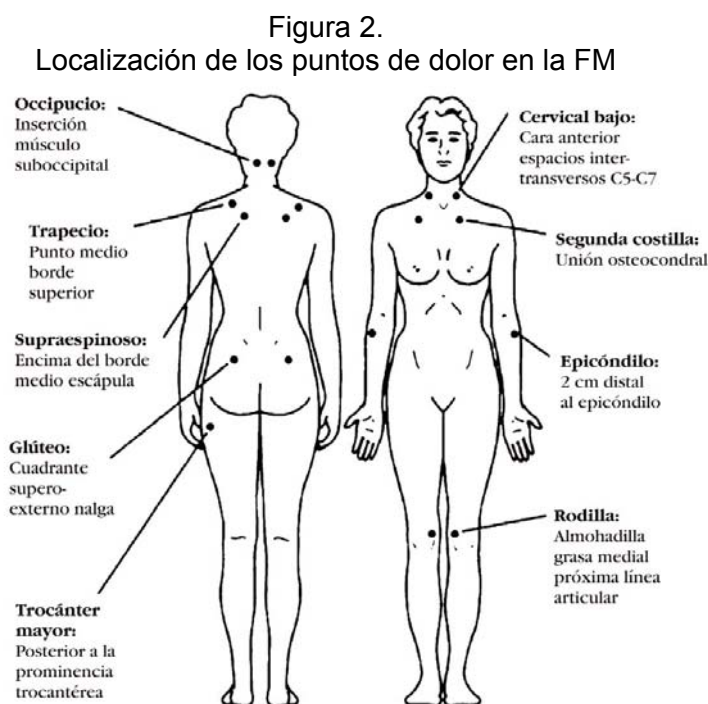
Tabla 1.
Criterios de clasificación del ACR (1990) para la FM

<p>1. Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses y que está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar).</p> <p>Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.</p>
<p>2. Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor por estímulos mecánicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa). • Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7. • Trapecio: en el punto medio del borde posterior. • Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial. • Segunda costilla: en la unión osteocondral. • Epicóndilo: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo. • Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga. • Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea. • Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.
<p>Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. Los pacientes con FM pueden presentar dolor provocado a la presión en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico.</p> <p>La presión digital debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg que, de forma práctica, suele corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere «positivo» la persona explorada tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. No se considera positiva la palpación sensible. La presión sobre los «puntos dolorosos» debe efectuarse con los dedos pulgar o índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un falso resultado negativo.</p>

Nota. De Fibromialgia (pp.30-32), por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Como último resultado a destacar del estudio de Wolfe y cols. (1990), la distinción inicial entre FM primaria y secundaria-concomitante fue abandonada al no encontrarse diferencias significativas entre ambos en las principales variables analizadas. Este hallazgo incorpora a la definición operacional de la FM la propiedad de “no excluyente”, lo que significa que la categoría de clasificación de la FM puede asociarse con otras enfermedades médicas, reumáticas o no-reumáticas, además de no requerir o necesitar ningún dato clínico o paraclínico para la clasificación.

Con la aceptación y consiguiente publicación por parte del ACR de los criterios definitorios resultantes del estudio de Wolfe y cols. (1990) se había creado una herramienta de trabajo estandarizada y validada que unificaba las distintas definiciones de FM y que pretendía favorecer la investigación (Clauw, 2009), pretensión, por otro lado, ampliamente conseguida (Goldenberg y Smith, 2003; Merayo y cols., 2007).



Nota. De Fibromialgia (p. 31), por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Aunque las pretensiones iniciales al promulgar los criterios de clasificación de 1990 se circunscribían al contexto empírico o de investigación, la normalización de la FM ha superado este contexto y también es ampliamente definida por esos criterios de clasificación en la práctica clínica, con fines o efectos diagnósticos. A modo de ejemplo, en el ámbito hospitalario español, en consultas de reumatología y en comparación con otras etiquetas diagnósticas, los datos del estudio EPIDOR (*Estudio epidemiológico del dolor en pacientes reumatológicos*) concluyen que la FM representa el 17,7% de los pacientes con dolor en contexto clínico y es el cuarto diagnóstico más frecuente en pacientes sin diagnóstico reumatológico previo (Gamero Ruiz, Gabriel Sánchez, Carbonell Abello, Tornero Molina y Sánchez-Magro, 2005).

A pesar de su rotunda presencia en el contexto clínico, para la investigación puede ser más relevante definir a la FM a través de los diferentes elementos que la conforman en vez de como un concepto uniforme de enfermedad o trastorno llamado FM (Raspe y Croft, 1995).

1.2. Características clínicas

Aunque definida y reconocida, principalmente, como un trastorno tanto de dolor como de debilidad general (Wolfe y cols., 1990), la FM también se ha caracterizado por una concurrencia de hallazgos clínicos, los cuales ya eran reconocidos en los primeros intentos de clasificación y definición de la condición (Campbell y cols., 1983; Goldenberg, 1987; Wolfe y Cathey, 1983; Yunus y cols., 1989).

La plurisintomatología en la FM es una realidad a día de hoy. Diferentes estudios han encontrado y descrito un rango más o menos amplio de problemas o quejas que suelen presentarse en una proporción significativa de personas que han sido clasificadas o categorizadas con FM (Albornoz y cols., 1997; Björkegren, Wallander, Johansson y Svärdsudd, 2009; Casanueva, 2007; Choy y cols., 2010; Okifuji y Turk, 2003; Wilson, Robinson, Turk, 2009), convirtiéndose en síntomas característicos los de mayor prevalencia o porcentaje (dolor, alteraciones del sueño, fatiga y rigidez) y en síntomas adicionales o secundarios, los que se registran en menor proporción entre los casos categorizados o clasificados.

La incorporación de diferentes y diversas manifestaciones, coincidentes en tiempo y espacio con el dolor y la debilidad, permitiría captar la verdadera esencia de la FM, a la cual no se consigue acceder si sólo se consideran los criterios del ACR (Crofford y Clauw, 2002).

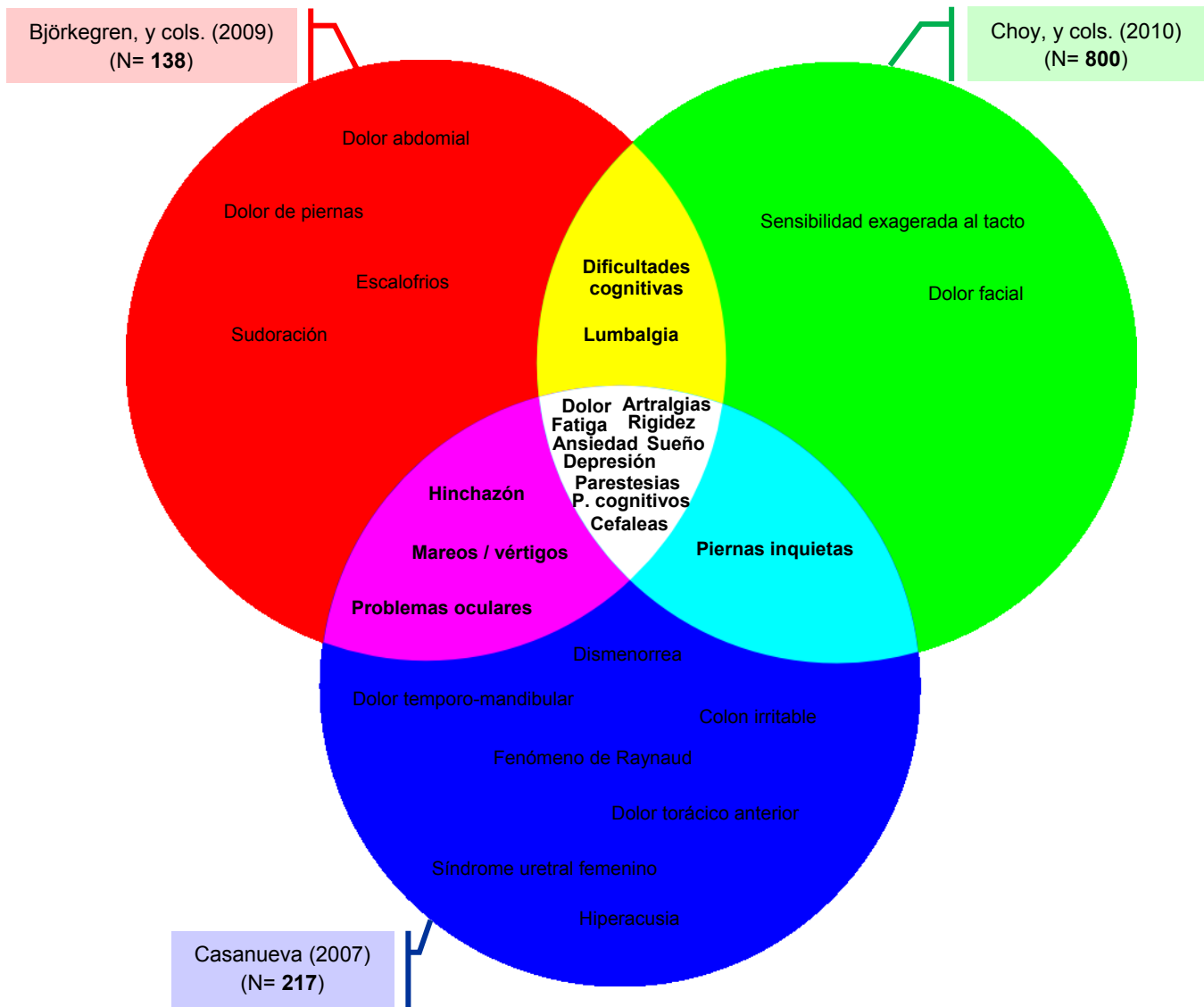
Desde un marco conceptual más general, al incluir otros signos o síntomas junto a los de naturaleza musculoesquelética, tanto la definición como el significado y, sobre todo, el significado de la enfermedad se alterarían, produciéndose la incorporación del término *síndrome* junto al de Fibromialgia.

El término “*síndrome*”, tal y como lo recoge el diccionario de la Real Academia Española (RAE), se define, bien como un conjunto de fenómenos que caracterizan a una situación determinada, o como un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad (Real Academia Española, 2001), por lo que la fibromialgia queda mejor caracterizada como Síndrome de Fibromialgia (SFM).

El número de síntomas que se incorporan a la FM, como cuadro sindrómico, es muy variable y variado, al diferenciarse los estudios en el método utilizado para obtener la información (correo postal, exploración física e incluso a través de las nuevas tecnologías como Internet), así como en el número y tipo de queja o problema que integran la lista de posibles síntomas o signos por los que se pregunte o cuyo nivel de gravedad o presencia se explora. Las diferencias (o sesgos) a nivel metodológico entre los estudios que han intentado describir el perfil sintomatológico del SFM podrían explicar o justificar la heterogeneidad en las comorbilidades halladas, más allá de la coincidencia o solapamiento general con los problemas o quejas a nivel físico (dolor generalizado, fatiga, rigidez). Junto a las posibles divergencias a nivel metodológico, la procedencia de la muestra (clínica o población) a la que se consulta o analiza, así como otras características de la misma, como por ejemplo el estilo de respuesta, podrían ser otros de los factores a la base de la falta de uniformidad en los informes sobre los síntomas y signos que parecen coexistir en el SFM (Robinson, Wilson, Swanson y Turk, 2008; Wilson y cols., 2009).

Con el propósito de recorrer la sintomatología o las manifestaciones más relevantes del SFM de la forma más completa y general posible, en la Figura 3 se ponen en común los resultados de 3 estudios que han intentado delimitar la sintomatología del SFM (Björkegren y cols., 2009; Casanueva, 2007; Choy y cols., 2010) siendo las manifestaciones más presentes en proporción (en más del 50% de la muestra) y las más coincidentes según los resultados de estos trabajos, sobre las que se articulará el perfil aquí descrito y comentado.

Figura 3.
Sintomatología general en población clasificada con SFM



Nota. Debido a la variedad y / o variabilidad de hallazgos encontrados en los estudios representados en la figura, algunos síntomas se han agrupado en etiquetas más generales, bien por considerarse como manifestaciones de otros síntomas más generales, o por ser sinónimos de los mismos, de ahí que exista diferencia tanto en el número como en el nombre de los síntomas o signos de los artículos originales y los que se presentan en la figura 3.

1.2.1. Dolor

Según el criterio del ACR, el *dolor* se califica, clasifica y diagnostica, como crónico y generalizado cuando se presenta superior e inferior al plano de la cintura y a ambos lados del cuerpo como mínimo durante 3 meses (MacFarlane, 1999). De todos los síntomas o manifestaciones encontradas en los estudios representados en la Figura 3, el dolor generalizado o difuso es el

que concurre en un porcentaje más alto, siendo del 100% en la serie analizada por Casanueva (2007) mientras que en el estudio de Björkegren y cols. (2009) y Choy y cols. (2010) se informó de este síntoma en el 94,9 y 65% de la muestra, respectivamente.

A pesar de los datos y de la coincidencia tanto en la esfera clínica, empírica e incluso popular sobre el carácter central del dolor (generalizado o difuso), existen informaciones contradictorias con respecto a su presentación en término de cronicidad; mientras unos autores señalan que, en la mayoría de casos el dolor es calificado como permanente, sin que se informe de períodos prolongados de remisión o atenuación (Henriksson, Gundmark, Bengtsson y Ek, 1992), otros trabajos más recientes concluyen que existe variabilidad, informando de discontinuidad en unos casos y niveles más constantes de dolor en otros (Harris y cols., 2005).

Generalmente, el dolor se agrava a lo largo de la mañana, incrementándose en aquellas zonas o miembros más utilizados, además de que pueden existir áreas concretas donde se discrimine y sienta más, como por ejemplo, zona lumbar, abdomen o cabeza. En muchos casos, el dolor generalizado suele tener como antecedente un dolor local o regional (MacFarlane, 1999). Junto a descriptores como extenso y difuso, el dolor suele describirse en términos más sensoriales (punzante, aplastante, sensación de hormigueo, de opresión, etc.), adjetivos diferentes a los utilizados en otras enfermedades que también cursan con dolor, como por ejemplo en la artritis reumatoide, enfermedad en la que, por el contrario, no suele describirse el dolor con tanta intensidad como suele hacerse en el SFM (Burckhardt, Clark y Bennett, 1992).

La influencia de diferentes y diversas variables sobre la percepción y agravamiento del dolor ha sido también objeto de estudio. Entre los factores estudiados, y a modo de ejemplo, los cambios meteorológicos (Strusberg, Mendelberg, Serra y Strusberg, 2002) han sido uno de ellos. Aunque parecen guardar algún tipo de relación, los datos, como en la mayoría de variables analizadas, no son concluyentes, y por tanto no generalizables.

Además de presentarse o definirse como generalizado y / o difuso, aunque con la posibilidad de poder manifestarse en unas zonas o miembros con mayor intensidad que en otras, su presencia a nivel articular es también bastante frecuente, de acuerdo con las proporciones encontradas de artralgia o dolor articular periférico en los trabajos de Choy y cols. (2010), Casanueva (2007) y Björkegren y cols. (2009), 65%, 90,78% y 93,4%, respectivamente, porcentajes que justificarían su inclusión como una característica sintomatológica propia del SFM.

1.2.2. Fatiga

La fatiga, queja subjetiva de baja vitalidad o falta de energía, aunque prevalente en los principales cuadros de dolor crónico como la artritis reumatoide, por ejemplo, (Fishbain y cols., 2003), se suele presentar en un nivel clínicamente significativo en el SFM, superando el 70% de pacientes (Wolfe, Hawley y Wilson, 1996) y convirtiéndose así en el siguiente síntoma más característico y común del SFM, después del dolor. Además, suele llegar a convertirse en el principal obstáculo para la realización de las actividades diarias (Henriksson, y cols. 1992). En las series analizadas por Björkegren y cols. (2009) y Casanueva y cols. (2007) más del 90% de la muestra presentó entre sus quejas o problemas principales a la fatiga, mientras que un poco más de la mitad (56%) lo hizo en el estudio de Choy y cols. (2010) (véase la Figura 3).

Por lo general, la fatiga sigue un patrón variable, con oscilaciones a lo largo de los días y menos estable que en otras dolencias crónicas (Zautra, Fasman, Parish y Davis, 2007), aunque también puede presentarse de forma continua (Wolfe y cols., 1997).

Por último, son múltiples los factores que correlacionan con el grado de fatiga, entre ellos, el dolor, las alteraciones del sueño, la depresión o los síntomas depresivos y las experiencias interpersonales positivas y negativas (Kurtze y Svebak, 2001; Nicassio, Moxham, Schuman y Gevirtz, 2002; Parrish,

Zautra y Davis, 2008), asociaciones que se deben tener en cuenta en la predicción y manejo de este síntoma.

1.2.3. Alteraciones del sueño

Después del dolor y la fatiga, la experimentación de alteraciones del sueño es la siguiente queja más común, presentándose con una alta frecuencia y por una proporción muy significativa, superior incluso al 90% (Theadom, Cropley y Humphrey 2007). En los trabajos representados en la Figura 3, menos en la muestra de Choy y cols. (2010) donde la mitad (55%) de la muestra informó de problemas de sueño, en los realizados por Casanueva y cols. (2007) y Björkegren y cols. (2009) un porcentaje muy significativo de casos, 91,71% en el primero y 86% en el segundo, informaron de alteraciones en el sueño.

El patrón más característico o común suele comenzar con dificultades para conciliar y mantener el sueño, despertares continuos a lo largo de la noche, e incluso antes de la hora o momento deseado, y un sueño no reparador, además de poder presentarse en algunos casos, trastornos primarios del sueño como insomnio o apnea del sueño (Harding, 1998).

La mala calidad del descanso ha demostrado correlacionar con otros síntomas del SFM y, por ende, exacerbar una baja o mala calidad de vida en general (Theadom y cols., 2007). Así, las dificultades en el sueño parecen preceder y predecir un aumento del dolor al día siguiente y de la atención al mismo (Bigatti, Hernández, Cronan y Rand, 2008), llegando a dificultar la recuperación ante experiencias negativas o estresantes (Hamilton y cols., 2008). En la esfera afectiva o emocional, la insuficiencia en el descanso nocturno también parece correlacionar con la presencia de alteraciones emocionales, ansiedad y depresión (Bigatti y cols., 2008).

1.2.4. Rigidez

De igual forma que el dolor y la fatiga, la rigidez suele presentarse en una proporción alta, apareciendo sobre todo por la mañana, después de levantarse. Tanto en la muestra del trabajo de Björkegren y cols. (2009) como de la serie de Casanueva (2007), el porcentaje de casos que informaron de fatiga fue muy significativo, 95,6% y 82,9%, respectivamente. Por el contrario en el estudio de Choy y cols. (2010) sólo la mitad de la muestra informó de rigidez, 52%, exactamente.

Con respecto al patrón que tiende a seguir, la tensión suele afectar a zonas corporales concretas, como cabeza, espalda y cuello, aunque también puede presentarse en las manos y pies, variando su duración de minutos hasta media hora, o incluso varias horas. A pesar de ser descrita como matutina, al ser menor al final del día y más pronunciada durante la mañana, también puede presentarse después de un período más o menos prolongado de descanso o inactividad y en determinados días o momentos de la semana (Bellamy, Sothorn y Campbell, 2004), aunque en otros estudios no se ha encontrado ritmicidad o diferencia entre la rigidez matinal y la registrada al final del día (Relly y Littlejohn, 1993).

1.2.5. Otras características asociadas

Entre todo el conjunto, variado y variable, de síntomas vinculados al SFM, las manifestaciones patológicas tanto a nivel neurológico como neurocognitivo, o cognitivo, parecen presentarse en una alta proporción de personas clasificadas como SFM, siguiendo en porcentaje, y por ende en importancia para la definición “oficial” de la condición, a los síntomas de mayor prevalencia anteriormente comentados. Tanto en las series analizadas a nivel general (Björkegren y cols., 2009; Casanueva, 2007; Choy y cols., 2010 Okifuji y Turk, 2003; Wilson, Robinson y Turk, 2009), como a nivel más específico, según los estudios sobre la prevalencia de síntomas o signos neurológicos en el SFM (Gómez-Arguelles y Anciones, 2009; Watson, Buchwald, Goldberg,

Noonan y Ellenbogen, 2009), la *cefalea* y las *dificultades cognitivas* son unos de los problemas o quejas que con una significativa frecuencia se asocian al SFM.

Entre los hallazgos de los estudios representados en la Figura 3, las quejas remitidas como dolor de cabeza o *cefaleas* están presentes en un porcentaje muy alto de las diferentes series analizadas, 82,5% en el estudio de Björkegren y cols. (2009), 74,9% en la serie de Casanueva (2007) y 63% de la muestra analizada en el estudio de Choy y cols. (2010). 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, Buskila, Simiseshvely, Zeev y Cohen, 2006; Marcus, Bernstein y Rudy, 2005).

A pesar de la falta de concreción en la relación temporal “*causa-efecto*”, las coincidencias a nivel clínico y patogénico son bastante significativas entre el SFM y cefalea, llegando a coincidir o solaparse los mecanismos fisiológicos subyacentes a cada uno de ellos (Lenaerts y Gill, 2006), sin que la coexistencia o coincidencia de ambas afecciones conlleve la diferenciación de un subgrupo distinto al clasificado como SFM pero sin cefalea (Marcus y cols., 2005). Otros estudios han encontrado una correlación significativa entre la frecuencia y cronicidad de la cefalea y algunas manifestaciones del SFM, como por ejemplo, fatiga, dolor y afectación psicológica (de Tommaso y cols., 2009; Sala y cols., 2009), dato que justificaría la inclusión de la cefalea como una manifestación a evaluar y tratar a la hora de abordar terapéuticamente el SFM.

Otra queja referida de forma significativa entre la población clasificada como SFM es la relativa a los problemas relacionados con la memoria y la concentración. Tanto en la serie analizada por Casanueva (2007) como en la de Choy y cols. (2010) el 67,28% de la muestra de la primera y el 54% de la segunda, informaron de alteraciones en la memoria; en la misma línea, Björkegren y cols. (2009) encontraron la queja relativa al deterioro de la memoria a corto plazo en el 73,5% de su muestra. En general, las personas clasificadas como SFM, en un porcentaje más o menos significativo, se encuentran “envueltas” en una niebla, “*fibrofrog*” en inglés y “*fibroniebla*” en

español, de pérdidas, alteraciones y dificultades en la memoria de trabajo, episódica y semántica, en la fluidez verbal y en el control atencional, principalmente, llegando a preocupar estas pérdidas, alteraciones y dificultades más que otros síntomas o problemas del SFM (Glass, 2006 y Glass, 2009).

El patrón actual de resultados parece estar superando controversias pasadas a nivel metodológico, al introducir pruebas de neuroimagen, obteniéndose datos más precisos de la existencia de alteraciones en la esfera cognitiva en el SFM (Glass, 2006). No obstante, existe la posibilidad de que las personas clasificadas como SFM amplifiquen subjetivamente, en términos de quejas o problemas, el rendimiento objetivo a nivel cognitivo, resultando éste no muy diferente del obtenido por personas sin SFM (Rull y cols., 2008).

Pese a que no existen pruebas concluyentes sobre la relación entre la constelación sintomatológica del SFM y los problemas cognitivos (Glass, 2008), el dolor y el malestar emocional (depresión) podrían estar más relacionados con la presencia, objetivo y / o subjetiva, de estas quejas (Rull y cols., 2008), asociaciones que justificarían, inicialmente, tanto la valoración como la intervención sobre dichos problemas en el tratamiento del SFM.

En la esfera más neurológica y menos cognitiva, otra manifestación de la que informan un alto porcentaje de personas clasificadas como SFM es de la sensación, en las manos y / o pies, de entumecimiento, hormigueo, picazón y ardor (Gómez-Arguelles y Anciones, 2009). En los trabajos representados en la Figura 3, la proporción de pacientes con parestesias es significativa: 82,95% en la serie de Casanueva (2007), 77,2% en el estudio de Björkegren y cols. (2009) y en el 47% de los casos analizados en el trabajo de Choy y cols. (2010).

Siguiendo con la información sensorial desagradable en el SFM, la sensación de hinchazón en las extremidades, como por ejemplo en los dedos, suele estar también muy presente entre las quejas de la población clasificada como SFM, 72,1% de la muestra en el trabajo de Björkegren y cols. (2009) la señalaron y 77% informaron de esa misma sensación en la serie de Casanueva (2007). Además de las parestesias y la sensación de hinchazón (principalmente en los dedos de las manos), un porcentaje significativo de casos informan de la

parestesias y movimientos incontrolados y bruscos en las piernas sobre todo durante el sueño, síndrome de piernas inquietas (Stehlik, Arvidsson y Ulfberg, 2009). Este síndrome lo padecen el 77,58% de la serie analizada por Casanueva (2007) y en la mitad de la muestra del estudio de Choy y cols. (2010).

Junto con las quejas o problemas de los que se informa, o son detectadas, con mayor prevalencia y / o incidencia en los casos clasificados como SFM, el “puzle” sintomatológico parece completarse con otras manifestaciones patológicas presentes en una proporción más o menos significativa de población, y sobre todo, de diferente naturaleza de las que se suponen nucleares del SFM (véase la Figura 3).

Más allá, o aparte, de la esfera física, donde se ubicarían las principales quejas o primeros problemas (dolor, fatiga, rigidez), junto a las alteraciones del sueño, la afectación psicológica (depresión y ansiedad), cefaleas y dificultades cognitivas y parestesias, otras manifestaciones como problemas oculares, sequedad y problemas en la movilidad de los ojos, alteraciones del equilibrio manifestada por la presencia de vértigos y / o mareos, perturbaciones del tracto digestivo (presencia de dolor abdominal y colon irritable), disfunción temporomandibular, dolor torácico anterior, incremento de la tolerancia a sonidos normales o hiperacusia, sudoración, intolerancia al frío, fenómeno de Raynaud, entre otras alteraciones, son frecuentes, “involucrando” a otros sistemas a parte del musculo-esquelético en la expresión sintomatológica del SFM.

Por tanto, la variedad y variabilidad de manifestaciones concomitantes que aparecen en los casos clasificados como FM, más allá del síntoma primario de dolor generalizado difuso, subraya su naturaleza mutidimensional y/o polisistémica, esto es, sindrómica, y obliga a investigar la distribución de los síntomas en la población de clasificados como SFM, con fines tanto descriptivos como sobre todo terapéuticos (Bennett, y cols., 2010; Wilson y cols., 2009).

1.3. Validez de los criterios del ACR

La publicación en 1990 de los criterios de clasificación del SFM por parte del ACR (Wolfe y cols., 1990) supuso un gran paso dirigido a facilitar la investigación, homogeneizando el estudio de la población clasificada dentro de esta categoría, al permitir comparar e interpretar los resultados de diferentes trabajos (Buskila, 2009). Sin embargo, el camino iniciado en 1990 en la dirección de una mejor comprensión del SFM, con el tratamiento de la condición como horizonte, no ha estado exento de controversias a lo largo de los 20 años transcurridos, si se toma el trabajo de Wolfe y cols. (1990) como punto de partida.

Junto al carácter subjetivo y cualitativo de los criterios de clasificación, como principal y más general crítica o limitación reconocida en este momento (Gur y Oktayoglu, 2009), el posible *argumento* o *razonamiento circular* sobre el que se basaría la construcción de la categoría del SFM ha sido una de las primeras críticas, o la primera, que se hizo al estudio original de Wolfe y cols. (1990), y por tanto a la propia existencia del SFM como realidad categórica. Así, tres años después de que se publicaran los criterios de clasificación del ACR, Cohen y Quintner señalaron que éstos no transmitían ningún conocimiento fisiopatológico al haber sido validados a través de un argumento circular, en el que la evidencias sobre la que se basa el constructo se toma como prueba de veracidad (Cohen y Quintner, 1993).

El argumento circular al que hacen referencia Cohen y Quintner (1993) responde a los fallos metodológicos que, según los mismos autores, se dieron en el trabajo original de Wolfe y cols. (1990), y más concretamente al control ejercido a través de los grupos de comparación incluidos en dicho estudio (Cohen, 1999). Wolfe y cols. (1990) en su estudio formaron el grupo control para el grupo de FM “primaria” con pacientes de diferentes síndromes de dolor osteomuscular mientras que para el grupo de los pacientes que presentaban FM junto a otra enfermedad, FM “secundaria”, el grupo de comparación lo conformaban pacientes, igualados en sexo y edad al grupo experimental y con la misma enfermedad que coexistía en el grupo de FM “secundaria” pero sin FM.

La formación de los grupos de control para ambos tipos de FM, cuyos componentes, a su vez, habían sido clasificados como FM previamente de acuerdo con los criterios de clasificación de cada investigador participante en el estudio multicéntrico, junto a la definición de dolor generalizado utilizada, la cual no diferenciaba entre dolor en varias regiones corporales y dolor generalizado, en vez de controlar el procedimiento podrían haber colaborado en sesgarlo, de tal forma que se confirmaba la hipótesis inicial como único resultado posible (Cohen, 1999).

Concluyendo con la crítica de Quintner y Cohen (1993), la circularidad de la argumentación o razonamiento sobre el que se construyó la FM supone confundir la causa, el dolor osteomuscular generalizado, con el efecto, la FM (en multitud de trabajos se presenta a la FM como una de las principales causas de dolor musculoesquelético crónico generalizado) una tautología que puede haber y seguir afectando a los intentos realizados desde la comunidad científica por comprender el fenómeno al que se intenta dar una explicación, esto es, a la existencia de una historia de dolor crónico generalizado, como síntoma o manifestación principal, sin un substrato biológico principal que lo justifique.

A pesar de las limitaciones y críticas, el SFM se ha presentado y se mantiene como una entidad específica, discreta e invariable, con el dolor y la debilidad generalizada como principales criterios definitorios, tanto en el contexto de investigación como en el clínico, sin que en casi ningún momento de la década pasada (y casi de ésta) se haya puesto a prueba su capacidad de clasificación. En este sentido, en su estudio prospectivo de cohorte, Bidari, Ghavidel-Parsa y Ghalehbaghi (2009), evaluaron la consistencia de los criterios de clasificación del ACR en un intervalo temporal de 6 meses. De los 70 pacientes que integraban la muestra que completó el estudio, en la evaluación inicial, el 51% de los casos cumplían los criterios de clasificación del ACR mientras que el 49% restante no lo hacía. A los 6 meses de la evaluación inicial se volvió a valorar el número de puntos de dolor en la muestra para ver el grado de consistencia temporal de los criterios de clasificación. En el seguimiento, el 32,4% de los que inicialmente no cumplían el criterio del número de puntos de dolor lo cumplían mientras que el 36,1% de los que sí lo

hicieron en la evaluación inicial no lo cumplía una vez pasados 6 meses. Estos cambios en los porcentajes de clasificados y no clasificados en el tiempo llevó a los autores a concluir que los criterios de clasificación del ACR, y, sobre todo la capacidad de clasificación del criterio de debilidad generalizada cuantificado en el número de puntos de dolor, parece depender del tiempo o del momento de evaluación, de tal forma que una persona podría ser clasificada o no con SFM en función del momento o período de tiempo en el que se aplicasen los criterios clasificatorios (Bidari y cols., 2009).

En un contexto más clínico, Shleyfer y cols. (2009) Shleyfer y cols. (2009) diseñaron un estudio prospectivo de cohortes con el objetivo de evaluar el nivel de precisión del diagnóstico por parte de médicos de familia y la coincidencia cuando el facultativo que diagnosticaba era un reumatólogo. De acuerdo con sus resultados, de una muestra de 196 casos con diagnóstico inicial de SFM, el reumatólogo lo confirmó en el 71% de los casos. Con respecto al acuerdo en el diagnóstico entre facultativos, médicos de familia y reumatólogos, éste fue alto coincidiendo el primero, médico de familia, en el 87% de los casos con el segundo, reumatólogo. Estos resultados permiten concluir a los autores la existencia de una alta consistencia y precisión en el diagnóstico del SFM (Shleyfer y cols., 2009). Sin embargo, trabajos previos han encontrado inconsistencias en la clasificación en un alto porcentaje de casos (Fitzcharles y Boulos, 2003).

A pesar de las posibles diferencias tanto a nivel metodológico, en el control de los estudios, como fenomenológico, de acuerdo con las opiniones de los facultativos sobre la existencia o no del SFM como categoría diagnóstica, lo verdaderamente importante y destacable es la existencia de un porcentaje más o menos significativo de casos en todos los estudios con inconsistencia en la clasificación, bien porque siendo clasificados previamente en una segunda evaluación no lo fueron o viceversa.

Los datos sobre la inestabilidad o inconsistencia de los criterios de clasificación del ACR, se deben de tener en cuenta sobre todo por el efecto que tiene para la persona el hecho de adjudicarla a la categoría de SFM. Aunque existe discrepancia al respecto (Cöster y cols., 2008; Choy y cols., 2010; White,

Nielson, Harth, Ostbye, y Speechley, 2002), la repercusión negativa, en mayor o menor medida, parece estar presente en diversos ámbitos: social, laboral, afectivo, etc. Por ello, la aplicación correcta de los criterios de clasificación resulta trascendental para asegurar una adecuada intervención o un apropiado tratamiento bien sobre el SFM o sobre aquella enfermedad que esté explicando o justificando la sintomatología presente en el momento de la aplicación de los criterios de clasificación del ACR. Así, la aceptación del SFM como una entidad distinta o diferenciada pasa por delimitarla tanto a nivel descriptivo (criterios de clasificación) como fenomenológico (conocimiento y opinión de los diferentes facultativos sobre la existencia del SFM y los criterios de clasificación o diagnóstico) con el fin de aclarar controversias y permitir y / o facilitar el estudio de las características que la definen (Cohen, 1999).

1.3.1. Puntos de dolor

La reducción de los umbrales de tolerancia al dolor, cuantificada en el número de puntos de dolor, o *tender points* (véase la Tabla 1 y Figura 2), permitió la delimitación del estado, de dolor principalmente, representado bajo la etiqueta de clasificación de la FM. Así, junto al dolor generalizado de más de 3 meses de duración, la alteración de la sensibilidad a nivel nociceptivo, bajo la forma de hiperalgesia y alodinia, presentaron un mayor valor discriminativo en términos de sensibilidad especificidad y exactitud para la clasificación de personas con FM en comparación con el resto de combinaciones evaluadas (Wolfe y cols., 1990).

Aunque el binomio dolor generalizado-debilidad generalizada ha sido clave para la clasificación de la FM, el segundo criterio, puntos de dolor, parece ocupar un lugar más relevante tanto por su aportación a la capacidad discriminativa de los criterios de clasificación como por las críticas de las que ha sido objeto desde su identificación oficial como rasgo definitorio de la FM (Cohen y Quintner, 1993) hasta la actualidad (Harth y Nielson, 2007).

El dolor crónico, en general, es un problema o queja muy común en la población (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006; Hardt,

Jacobsen, Goldberg, Nickel y Buchwald, 2008). Por ello, y según concluyen Clauw y Crofford (2003), fijar la clasificación de la FM sólo en el dolor crónico generalizado, excluyendo el criterio de la cuantificación de la hiperalgesia y / o alodinia (puntos de dolor), conllevaría un aumento bastante significativo de la proporción poblacional clasificada, la cual podría ser del 10 al 15%, o incluso mayor, dada la frecuencia tan significativa con la que se presenta el dolor crónico entre los problemas de salud general (Clauw y Crofford, 2003). Además de las posibles repercusiones que en diferentes ámbitos (social, económico y psicológico) tendría el incremento de la prevalencia de la FM, al articular la FM sólo en términos de dolor, también podría difuminar o eliminar las diferencias encontradas en diversas variables (socio-demográfico, psicológicos y funcionales) entre los casos clasificados con FM de acuerdo con los criterios del ACR (1990) y los no clasificados (White y cols., 2002), con la consiguiente trascendencia tanto en la investigación como en la intervención sobre la FM.

Pese a su aportación determinante, junto al dolor crónico generalizado, en la definición y, por ende, en el estudio de los posibles mecanismos básicos subyacentes a la FM, así como en el tratamiento de la misma (Crofford y Clauw, 2002), el carácter arbitrario y / o subjetivo de los puntos de dolor, el cual se señaló en el apartado anterior, ha sido el principal objetivo y objeto de las críticas realizadas sobre este criterio definitorio de la FM. ¿Dónde se ubicarían las personas con dolor crónico generalizado pero menos de 11 de los 18 puntos de dolor?, ¿y aquellos con más de 11 puntos de dolor pero sin dolor crónico generalizado? (Cohen, 1999; Harth y Nielson, 2007).

Entre los desafíos o críticas a los criterios de clasificación de la FM, y sobre todo al criterio de los puntos de dolor, uno ha sido el carácter predominantemente femenino del síndrome, rasgo o característica tan significativa que ha llegado a señalarse como posible factor de riesgo para el desarrollo, agravamiento o cronificación de la FM (McBeth, y Jones, 2007). En este sentido, en las mujeres la probabilidad de informar de dolor en 11 o más de los 18 puntos dolor necesarios es 11 veces mayor que en los hombres, dato que sumado a que éstas son 1,5 veces más probables de experimentar dolor crónico generalizado, hace 10 veces más probable que el género femenino cumpla los criterios de clasificación de la FM (Clauw y Crofford, 2003).

Otro aspecto que ha repercutido en el valor discriminativo de los puntos de dolor para la clasificación de la FM, y en la propia naturaleza de la FM ha sido la relación entre dicho criterio y el malestar. Frederick Wolfe, componente del panel de expertos que estableció los criterios del ACR para la clasificación de la FM, en su estudio de 1997, examinó a 627 pacientes de una clínica reumatológica y encontró que los puntos de dolor parecen relacionarse linealmente con otras variables y que éstos funcionarían como la “*ratio de sedimentación para el malestar*”. Este hallazgo le llevó a concluir que, en un sentido más amplio, no parecería razonable seguir presentando a la FM como una afección discreta sino como un rango o un continuo de debilidad y síntomas, en cuyo extremo se localizarían los que cumplen el criterio cuantitativo de los puntos de dolor (Wolfe, 1997).

A pesar de que, casi 10 años después de la formulación de los criterios de clasificación del ACR, uno de los principales miembros del panel de expertos cuestionase directamente su carácter discreto y la propia legitimidad de la clasificación de la FM, indirectamente, diferentes trabajos han continuado invocando el carácter cuantitativo, mediante el intento de mejora de la capacidad discriminativa de los puntos de dolor. En esta línea, Petzke, Gracely, Park, Ambrose, y Clauw (2003) concluyeron que la debilidad medida como la presentación no ascendente, aleatorizada en este estudio, de la intensidad de la presión en el examen manual sobre los puntos de dolor no dependía del estado de malestar o afectación psicológica de la persona (Petzke y cols., 2003). Junto a las modificaciones prácticas en la valoración de los puntos de dolor dirigidas a minimizar el posible sesgo del estado psicológico sobre la debilidad, otros trabajos han sugerido que un número menor de puntos de dolor puede ser igual de discriminativo para la clasificación de la FM que los 18 incluidos en el criterio oficial (Tastekin, Uzunca, Sut, Birtane y Mercimek, 2010) y que el examen basado en la palpación digital es el método que mejor parece predecir la gravedad general de la FM (Tastekin, Birtane y Uzunca, 2007).

Informar de dolor en 11 o más de los 18 puntos de dolor al ejercer en cada una de esas localizaciones anatómicas una palpación digital de 4 kgs./cm. de fuerza aproximadamente, se conformó, y así se ha mantenido, como una medida válida y fiable de hiperalgesia y / o alodinia que ha permitido la

normalización de la investigación tanto clínica como básica de la FM. Según algunos autores, renunciar o desechar dicho examen físico como criterio de clasificación supondría una vuelta al desconcierto y caos predominante antes de 1990 (Harth y Nielson, 2007). Sin embargo, la FM, no es sólo dolor y debilidad (Clauw, 2009), y en un sentido más amplio y menos clínico parece definirse por *“la intersección de un umbral de dolor considerablemente anormal y reducido con una serie de variables clínicas, incluyendo el dolor, la fatiga, la alteración del sueño, la ansiedad y la depresión entre otros”* (Wolfe, 1997, p. 268).

1.3.2. Alternativas diagnósticas

“Quizás los puntos de dolor, como criterio esencial, fue un error. Al ignorar las características psicosociales y de malestar centrales del síndrome y eligiendo en su lugar un elemento de examen físico, permitimos que la fibromialgia se viese, principalmente, como una enfermedad física. Más que eso, hemos eliminado todos los rastros de las características más centrales de la enfermedad. Esto fue bueno para la ciencia pero una mala realidad” (Wolfe, 2003, p.1671). Esta conclusión realizada por uno de los principales investigadores del comité de expertos patrocinado por el ACR, Frederick Wolfe, reflejaría el lugar que han terminado ocupando los puntos de dolor dentro del SFM.

Aunque es difícil afirmar que los criterios de clasificación, originales y originados por el ACR en 1990, hayan sido sometidos a algún tipo de revisión formal durante sus 20 años de existencia, algunos trabajos han planteado, con relativa o incipiente repercusión práctica, otros criterios y / o instrumentos para la clasificación de la FM, como alternativa a ellos y con el fin de superar sus limitaciones.

Con el objetivo de mejorar y facilitar el conocimiento de la distribución de la FM en la población general, MacFarlane, Croft, Schollum y Silman (1996) desarrollaron un sistema de codificación de la distribución del dolor generalizado, *“Definición de Manchester de dolor generalizado”* (MacFarlane y

cols., 1996), que pretendía clarificar el criterio original del dolor generalizado de la definición de 1990 (Wolfe y cols., 1990).

Compartiendo propósito con la “*Definición de Manchester de dolor generalizado*”, White, Harth, Speechley y Ostbye, (1999) elaboraron un instrumento de cribado, el “*London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire*” (LFESSQ) para la detección rápida de posibles casos clasificados con FM. El LFESSQ ha sido utilizado para estimar la prevalencia de la FM en EE.UU. (White, Speechley, Harth, y Ostbye 1999), Europa (Branco y cols., 2010) y en grupos de población concretas y particulares como los Amish (White y Thompson, 2003), mientras que el “*Criterio de Manchester de dolor generalizado*” ha obtenido unos resultados concordantes con los criterios del ACR, identificando a pacientes con un dolor más difuso y con sintomatología física y psicológica más grave.

Aunque, posiblemente más sencillas en su aplicación que los criterios originales, y probablemente igual de sensibles y específicos que éstos en la clasificación, ambas alternativas, al igual que los criterios de clasificación de 1990 (Wolfe y cols., 1990), se circunscriben al dolor sin incluir otros síntomas o manifestaciones patológicas concurrentes y asociadas con la FM. En este sentido, Perrot, Bouhassira y Fermanian, (2010) señalaron esta limitación de ambos instrumentos como uno de los antecedentes y justificaciones del “*Fibromialgia Rapid Screening Tool*” (FIRST), instrumento de detección rápida ideado y diseñado por el “*Rheumatic Pain Study Group*” francés con el objetivo de clasificar, en contexto hospitalario y de manera sencilla y rápida, a pacientes que presentan dolor musculoesquelético difuso y crónico dentro de la categoría de FM. Este instrumento de cribado rápido basa su capacidad discriminativa en 6 síntomas: dolor difuso, fatiga, descriptores de dolor, sensaciones anormales, comorbilidades somáticas asociadas (alteraciones digestivas, problemas urinarios, cefaleas o piernas cansadas) y sueño y problemas cognitivos (Perrot y cols., 2010).

En el estudio de validación del FIRST (Perrot y cols., 2010), los autores encontraron que el punto de corte de 5 síntomas resultaba altamente discriminativo, mostrando unos valores altos tanto de sensibilidad como de

especificidad, 90,5% y 85,7%, respectivamente. Estas propiedades psicométricas, entre otros resultados, llevaron a concluir a los autores del estudio que un conjunto simple de síntomas y características podrían ser suficientes para diferenciar la FM de diferentes cuadros clínicos y crónicos de dolor (Perrot y cols., 2010). La facilidad y simplicidad de su uso, junto con su capacidad discriminativa, justificarían el uso de este instrumento no sólo en la práctica clínica sino también en el contexto de la investigación y epidemiología del SFM (Perrot y cols., 2010).

1. 4. Epidemiología

La naturaleza continua de las manifestaciones patológicas principales de la FM, dolor y debilidad generalizados principalmente, ha sido una realidad epidemiológica a la hora de investigar su distribución poblacional (Croft, Schollum y Silman, 1994; Schochat y Raspe, 2003). Por ello, se recomendó que con fines epidemiológicos se tratasen a las características claves de la FM como variables continuas (Mäkelä, 1999), llegándose incluso a aconsejar explícitamente por sociedades científicas como la EULAR que no se realizaran más estudios de prevalencia dada la arbitrariedad de los criterios oficiales de clasificación (Schochat y cols., 1994). Sin embargo, la proporción de personas clasificadas como fibromiálgicas ha sido estimada en la población general, en contexto clínico y en pacientes hospitalizados o institucionalizados (Newman y Buskila, 2003).

A nivel poblacional, tanto antes como sobre todo después de la publicación de los criterios de clasificación del ACR en 1990, diferentes estudios basados en la comunidad han tratado de valorar la presencia, en términos de prevalencia, de la FM en diversos países (McBeth y Jones, 2007; Neuman y Buskila, 2003). Teniendo en cuenta los estudios poblacionales publicados durante la primera década de este siglo, el rango de prevalencia oscilaría entre 0,22%, estimación en población cubana (Reyes-Llenera y cols., 2009) y 8,27%, valor de este parámetro epidemiológico según un estudio basado en la comunicad tunecina (Guermazi y cols., 2008). A pesar de las oscilaciones y / o diferencias en la prevalencia estimada entre países, posible

consecuencia tanto de probables desigualdades socioculturales como de variaciones y diferencias a nivel metodológico, por la arbitrariedad de los criterios del ACR y por el uso de instrumentos o metodología diferente (LFESSQ, COPCORD), la conclusión explícita o implícita en todos ellos es que la FM parece estar presente entre las diferentes y diversas afecciones musculoesqueléticas crónicas más comunes en la población general.

En población española adulta, la prevalencia estimada de FM es del 2,37%, siendo en mujeres del 4,2% y en hombres del 0,2%, según los resultados del estudio sobre la prevalencia poblacional de enfermedades reumáticas promovido por la SER (Mas, Carmona, Valverde, y Ribas, 2008). De acuerdo tanto con la proporción poblacional estimada como con la población española mayor de 20 años en el momento de la publicación del estudio, 32 millones de habitantes mayores de 20 años, el trabajo de investigación concluyó que de los 2 millones y medio de personas con dolor crónico (prevalencia del 8% calculada en el estudio), 750.000 se clasifican o podrían clasificarse con FM, según los criterios del ACR de 1990.

Además de la significativa frecuencia de la FM en mujeres (ratio mujer/hombre de 21:1), el perfil demográfico se completaría con un pico de prevalencia de casos entre los 40 y 50 años, duplicándose el porcentaje de clasificados en las zonas rurales, en comparación con las grandes ciudades, y reduciéndose significativamente la prevalencia en personas con formación universitaria, con respecto a los casos de individuos sin estudios o con los básicos. Como última variable o dimensión que completaría la “definición” demográfica de la FM en población española adulta, la prevalencia de casos clasificados activos laboralmente fue baja, siendo el porcentaje de desempleados y de amas de casa significativo (Mas y cols., 2008).

En cuanto a la distribución de la FM en las dimensiones de calidad de vida y capacidad funcional, los casos clasificados registraron un aumento de la percepción de dolor, menor control de la sintomatología y peor calidad de vida en comparación con las enfermedades analizadas junto a la FM (Mas y cols., 2008). La diferencia entre dichos cuadros y la FM, sin embargo, se difuminó en el grado de afectación de la capacidad funcional, sin que detectaran diferencias

en la dimensión física de la calidad de vida. Por el contrario, en el plano emocional, el impacto o repercusión fue superior; la depresión alcanzó una prevalencia de 11,5% en la población de casos clasificados con FM a la vez que su efecto fue mayor con respecto a los otros trastornos incluidos en la investigación.

El consumo de recursos socio-sanitarios por parte de la muestra poblacional clasificada fue mayor con respecto al uso de los mismos por la población general. En este sentido, un porcentaje alto de casos de FM, 76,9% de la muestra, acudieron al menos a un facultativo durante el año anterior debido a la sintomatología musculo-esquelética, con una media de 2 visitas. Por último, tanto el riesgo de consumo de antiinflamatorios no esteroides como el consumo real de analgésicos fue más alto que en la población general (Mas y cols., 2008).

La evolución temporal de la sintomatología de la FM, a tenor de los resultados de los diferentes estudios prospectivos, realizados en su mayoría en contexto hospitalario, parece responder a un doble patrón. Por un lado, el dolor (generalizado) crónico, por definición, parece seguir siéndolo con el paso del tiempo, y aunque pueda variar en gravedad, severidad e incluso extensión, no suelen registrarse remisiones totales, sobre todo en presencia de otras comorbilidades y en personas de edad avanzada (Papageorgiou, Silman y MacFarlane, 2002). Por otro lado, el resto de sintomatología característica y coincidente con el dolor, parece ajustarse a un patrón variable tanto entre los estudios como en la muestra de alguno de los mismos. Así, en algunos estudios las variables sintomatológicas diferentes del dolor no cambian significativamente con el paso del tiempo (Baumgartner, Finckh, Cedraschi y Vischer, 2002), hasta el punto de llegar a definirse los valores iniciales de dichas variables como predictores de los resultados de las mismas tras el período de seguimiento (Wolfe y cols., 1997). Por el contrario, otros estudios, a diferencia de los anteriores, registraron una variabilidad dentro de su muestra objeto de análisis y seguimiento (Reisine, Fifield, Walsh y Dauser, 2008).

Además del propio efecto que en la variabilidad de la evolución y pronóstico de la FM pueden tener los tratamientos o intervenciones recibidas

(Mengshoel y Haugen, 2001), algunos de los estudios prospectivos han identificado una serie de variables como posibles candidatas a factores protectores y / o de riesgo tanto para el desarrollo como para la cronificación o agravamiento de la prognosis de la FM. La situación laboral (actividad / inactividad) se ha señalado como un posible factor de protección sobre la salud (Reisine y cols., 2008). Reisine y cols. (2008) en su estudio prospectivo encontraron que las mujeres laboralmente activas registraron un menor impacto psicosocial de la FM y un mejor pronóstico durante 5 años, período de seguimiento del estudio. A pesar de que el dolor, como en la mayoría de estudios prospectivos, no cambió sustancialmente con el paso del tiempo, estos autores también señalaron la influencia de otras variables sociodemográficas sobre el estado de salud tanto al inicio como sobre su evolución temporal. Junto al estatus laboral, las mujeres más jóvenes o de menor edad informaron de más dolor, fatiga y depresión, en comparación con aquellas de edad más avanzada. Por último, junto a la edad, los autores encontraron un pronóstico más positivo en aquellos casos con una duración de la enfermedad no muy prolongada.

La influencia, o posible efecto, de la distribución sociodemográfica detectada en los estudios de naturaleza prospectiva también se ha encontrado en otros trabajos desarrollados en el ámbito de la investigación y detección de factores de riesgo (Murray y Murray, 2006; Restrepo-Medrano, Ronda-Pérez, Vives-Cases y Gil-González, 2009). Así, junto a la edad y la situación laboral, el nivel de ingresos y de estudios parecen incrementar tanto el riesgo de aparición como la severidad de la FM (Murray y Murray, 2006). Sin embargo, a pesar de la utilidad que supone la detección de posibles factores de riesgo, o protectores, para una optimización de cualquier tipo de intervención tanto de carácter terapéutico como preventivo, pocos han sido los factores empíricamente evidenciados (estrés, trauma y hepatitis C) y muchos otros sobre los que se ha teorizado en un ámbito de investigación con escasa producción científica (Restrepo-Medrano y cols., 2009).

De igual forma que los criterios de clasificación del ACR de 1990 identificaron el extremo de un continuo de severidad, podría concluirse que los diferentes trabajos de la investigación epidemiológica habrían “colaborado” en

la definición *epidemiológica* del extremo del continuo, de la punta del iceberg, obviando como los criterios originales, el resto del espectro, el cual es muy difícil de definir, epidemiológicamente hablando, debido a su naturaleza continua (Mäkelä, 1999).

CAPÍTULO 2

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

2.1. Presentación

“(El dolor) es sin duda una sensación en una parte o partes del cuerpo pero siempre es desagradable, y por tanto, una experiencia emocional” (International Association for the study of Pain, 1994, p.210). En esta definición de dolor de la IASP confluyen dos paradigmas que han señalado y proyectado la necesidad de cambiar y superar un enfoque biomédico mal entendido (reduccionista) y predominante, según el cual, los fenómenos relativos a la salud, siendo el dolor uno de ellos, participan casi exclusivamente de aspectos biológicos.

La primera contribución con la que se puede dar por iniciada la aproximación no-biológica (o no exclusivamente) a la comprensión e interpretación del dolor tuvo lugar en 1965, año en el que el psicólogo Ronald Melzack y el fisiólogo Patrick Wall publicaron una nueva teoría sobre los mecanismos del dolor: *gate control theory* (teoría de la puerta) (Melzack y Wall, 1965). La teoría propuso la existencia de unos mecanismos neurofisiológicos, a nivel medular y cerebral, que funcionarían a modo de compuerta (gate) permitiendo o impidiendo el paso de los impulsos, y por tanto, modulando la percepción de dolor (Melzack y Wall, 1965). Colocar el énfasis en la modulación central del dolor, principal aportación de la teoría, supuso, en último término, un cambio en el concepto de la experiencia de dolor, la cual dejaba de ser netamente sensorial o biológica y se le incorporaba componentes emocionales y cognitivos (Comeche y Vallejo, 1998).

De acuerdo con la conceptualización de la experiencia de dolor de Melzack y Casey (1968), como multidimensional o compleja, ésta resultaría de la interrelación de los factores cognitivo-evaluativos, motivacional-afectivos, junto con la dimensión sensorial-discriminativa, de modo que nunca se podría comprender la experiencia en su totalidad si se excluye alguna de las dimensiones que la integran (Melzack y Casey, 1968).

A pesar de las críticas, reformulaciones y revisiones sufridas por la teoría de la puerta a lo largo de todo este tiempo, el modelo multidimensional del dolor de Melzack y Casey (1968), como formulación teórica que basa sus postulados en la teoría de la puerta, ha sido un modelo con un gran interés heurístico para la investigación (Miró, 2003).

De forma convergente a la teoría de la puerta, en 1977 el psiquiatra George Engel postuló en su artículo titulado: *“The need for a new medical model: a challenger for biomedical”*, la necesidad de un nuevo modelo holístico como respuesta y reacción al paradigma biologicista predominante en la medicina tradicional (Engel, 1977). En este sentido, y en contraposición al enfoque biomédico preponderante, Engel (1977) postuló que tanto aspectos psicológicos como de carácter social tenían lugar en todos los fenómenos importantes relativos a la salud y no sólo los factores biológicos (Engel, 1977).

La integración de los parámetros psicológicos y sociales en la comprensión del binomio salud-enfermedad, el modelo biopsicosocial (MBPS) de Engel (1977), estimuló el crecimiento y avance tanto del campo de la medicina conductual como, sobre todo, de la psicología de la salud (Suls y Rothman, 2004). No obstante, tres décadas después de que Engel criticase los planteamientos reduccionistas y mecanicistas del modelo biomédico tradicional, el MBPS sigue vigente (Adler, 2009).

El dolor crónico ha de ser abordado desde el plano biopsicosocial. De este modo se aborda desde una perspectiva global que permite una comprensión cabal de los distintos trastornos que cursan con él (Gatchel, 2004). Cualquier acercamiento que se centre en una dimensión o componente,

obviando las interacciones dinámicas y complejas, será incompleto e inadecuado (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007).

2.2. El SFM desde la perspectiva biopsicosocial

Tanto como fenómeno del ámbito de la salud como trastorno que cursa con dolor crónico, el SFM parece comprenderse y tratarse mejor desde una perspectiva biopsicosocial (Masi, 1998; Masi, White, y Pilcher, 2002). De la misma forma que ocurre con el dolor crónico, los conocimientos y hallazgos desde diversas disciplinas han terminado por conceptualizar el SFM, definido como un cuadro de dolor crónico y sintomatología múltiple, en términos de la interacción compleja y multifactorial entre variables biológicas, cognitivo-conductuales y socioculturales (Winfield, 1999).

Mientras que las experiencias y parámetros socioculturales (experiencias psicosociales durante la infancia, apoyo familiar, entorno laboral, satisfacción con el trabajo, etc.) parecen mediar, principalmente, tanto en el nivel o grado de tolerancia como de sufrimiento (Winfield, 2000), la evidencia acumulada acerca de los mecanismos fisiopatológicos, principalmente encontrados en el SFM (sensibilización central y la disfunción de los sistemas autonómico y neuroendocrino) señalan la inoperancia de cada uno de ellos para explicar, por sí solo y por completo, el proceso etiopatogénico subyacente en el SFM (Bradley, 2009; Buskila, 2009).

Dos pruebas o demostraciones que evidenciarían la inflexión experimentada en la consideración del SFM como producto del funcionamiento global (biopsicosocial) se encuentran tanto en la propuesta nosológica de Yunus (2007 y 2008) como en la de van Houdenhove y Luyten (2009).

La primera, acuñada por Yunus (2007) como *Síndrome de Sensibilización Central* (SSC), se fundamenta en la evidencia del solapamiento del SFM con otros síndromes de patología estructural desconocida pero con una sensibilización central como nexo fisiopatológico común en todos ellos. Al sugerir tanto una contribución biológica como psicosocial en la sensibilización

central, el término SSC se postuló como una nosología lógica dentro del modelo biopsicosocial, de tal forma que los SSC deberían ser considerados como una multiplicidad de factores, lo que implica que varios de ellos en combinación puedan amplificar y perpetuar la sensibilización central y/o causar síntomas debido a sus acciones interactivas y sinérgicas (Yunus, 2008).

Como señaló Winfield (2007) en su editorial titulada: *“Fibromyalgia and related Central Sensitivity Syndromes: twenty-five years of progress”*: *“Yunus, quien tomó un enfoque bastante más biológico del SFM en el pasado, ahora hace hincapié en una perspectiva biopsicosocial. En mi opinión, esto es tremendamente importante, porque es la única manera de sintetizar las diferentes contribuciones de variables tales como los genes, las experiencias adversas durante la infancia, estrés vital y angustia, trastorno por estrés postraumático, trastornos del ánimo, autoeficacia para el control del dolor, catastrofismo, estilo de afrontamiento y apoyo social en la evolución de la situación de la disfunción del SNC vis a vis al dolor y la fatiga”* (Winfield, 2007, p.337)

Aunque parte, y comparte, de la propuesta de Yunus, la lógica del modelo biopsicosocial que subyace a la proposición nosológica de *“síndromes de intolerancia al estrés e hipersensibilidad al dolor”*, término acuñado por van Houdenhove y Luyten (2009), no es sólo la sensibilización central sino la respuesta disfuncional al estrés la unión fisiopatológica entre los síndromes y posible mecanismo implicado en la etiopatogenia del SFM (van Houdenhove y Luyten, 2009). Según este modelo, el cual se fundamenta en la evidencia acumulada sobre la relación entre las experiencias vitales adversas, los sistemas implicados en la respuesta al estrés, los mecanismos de procesamiento del dolor y una predisposición genética podría interactuar con factores ambientales y evolutivos provocando una sensibilización del sistema regulatorio del estrés. La sensibilización de este sistema implicaría una incapacidad para la adaptación dinámica al contexto físico y psicosocial, lo cual conllevaría una serie de disfunciones fisiológicas manifestadas, en último término, en la sintomatología del SFM. Por último, y completando el modelo, se incluyen factores relacionados con el estrés (ansiedad, depresión,

preocupación pensamiento catastrofista, etc.) por su contribución en la cronificación de la sintomatología del SFM.

La perspectiva biopsicosocial desde la que se enfoca el SFM, en general o desde las dos propuestas nosológicas comentadas como ejemplos del cambio de perspectiva, no implica afirmar la naturaleza psicológica de los factores etiológicos del síndrome sino que este modelo, por más acertado (o menos erróneo) parece ser más útil que otros, siendo el aspecto más relevante el efecto o influencia que sobre el sustrato biológico ejercen los factores psicológicos (Ferrari, 2000).

2.3. Componente psicológico

La investigación psicológica sobre el SFM, como se conoce hoy en día y desde los primeros trabajos al inicio de la década de los años 90, ha tenido y parece seguir teniendo la necesidad de conseguir una mayor evidencia en la identificación de los factores y / o procesos psicológicos asociados a tanto a la etiopatogenia como a la sintomatología de éste (Pastor, López, Rodríguez y Quilis, 1995).

Desde que hace 30 años, en 1982, se publicará el primer trabajo donde se investigó la relación entre el componente psicológico y el SFM (Payne y cols., 1982), la visión general de la evolución de los trabajos de investigación desarrollados en este área temática, desde entonces y hasta la actualidad, diferencia dos líneas de investigación con unas temáticas distinguibles con bastante claridad entre sí (Merayo y cols., 2007). Por un lado, se encontrarían los trabajos que han intentado, e intentan, interpretar psicopatológicamente el SFM y, por otro, los que han investigado la implicación de los diferentes factores psicosociales, variables cognitivo-conductuales y sociales en el proceso de adaptación en el SFM (Merayo y cols., 2007).

En la primera de las dos categorías se podrían incluir, por ejemplo, los estudios que, atendiendo a la comorbilidad psiquiátrica prevalente en el SFM, plantean la posibilidad de que el síndrome pueda ser un trastorno psiquiátrico,

o los que defienden que el SFM subyacería a un proceso de somatización. Dentro de esta misma área también se clasificarían aquellos trabajos que apelan como explicación psicopatológica del SFM a la existencia de una vulnerabilidad al estrés, línea de investigación que ha llevado en último término a plantear la categoría de "*FM postraumática*" (Nelson y Merskey, 2001; Winfield, 2000). Sin embargo, aunque existen pruebas a favor de la interpretación o vinculación psicopatológica del SFM (Winfield, 2000), se precisan más investigaciones, debido a la necesidad de explicaciones más parsimoniosas, así como a errores metodológicos (Nelson y Merskey, 2001).

Desmarcándose de las lagunas, controversias y polémicas que parecen caracterizar el estudio de la psicopatología en el SFM, los estudios experimentales que han abordado el papel del impacto y el proceso de adaptación de ciertos aspectos psicológicos, a saber: depresión, ansiedad, conductas de dolor, autoeficacia percibida, hipervigilancia y catastrofismo, entre otras, han ido demostrando que dichos factores cumplen una función clave tanto en el signo y magnitud del impacto del SFM como en proceso de adaptación al mismo (Furlong, Zautra, Puente, López-López, y Valero, 2010; Lledó-Boyer y cols., 2010). La evidencia sobre el grado de participación de dichos factores psicológicos en el SFM ha sido determinante en el planteamiento del abordaje psicoterapéutico de este trastorno (de Felipe, García-Bardón, Castel-Bernal, y Vidal-Fuentes, 2006).

2.3.1. Factores afectivos: depresión y ansiedad

2.3.1.1. Depresión

Más allá de los debates, controversias e investigaciones que caracterizan a la "histórica" relación entre el dolor (crónico) y la depresión, entendida ésta última como diagnóstico formal psiquiátrico principalmente, los síntomas de un estado de ánimo deprimido o depresivo suelen encontrarse entre las manifestaciones fenotípicas más frecuentes de los cuadros o trastornos que cursan con dolor crónico (Nicholas, Coulston, Asghari, y Malhi, 2009).

A pesar de que la presencia prevalente de la depresión sintomática en una proporción próxima a la mitad en la población de casos con dolor crónico no ayuda a determinar la posición prevalente de cada una en el binomio que forman ambas anormalidades, la significatividad de la asociación de la gravedad de la sintomatología depresiva con otras variables implicadas o relacionadas con la persistencia o cronificación del dolor, como por ejemplo, catastrofismo, discapacidad funcional, autoeficacia y afrontamiento, entre otras (Nicholas y cols., 2009), no sólo estaría evidenciando o justificando el carácter biopsicosocial del binomio dolor crónico-depresión sintomática, sino que además destaca la necesidad de evaluar y tratar la depresión sintomática comorbida al fenómeno del dolor crónico.

Al igual que en el contexto general del dolor crónico, en el perfil sintomatológico del SFM, los síntomas depresivos suelen presentarse de forma significativamente prevalente (Bigatti y cols., 2008; Palomino, Nicassio, Greenberg y Medina, 2007; Rehm y cols., 2010; Wilke, Gota y Muzina, 2010), aunque también con cierta variabilidad o heterogeneidad en su distribución, alcanzando en algunos estudios porcentajes próximos a la mitad de la muestra evaluada (Bigatti y cols., 2008; Palomino y cols., 2007; Rehm y cols., 2010), mientras que en otros trabajos una proporción superior al 50% de la muestra de casos del SFM manifestó algún nivel de gravedad o afectación en la variable de la sintomatología depresiva (Jensen y cols., 2010; Wilke y cols., 2010).

Al tratarse de una alteración o síntoma que suele presentarse con relativa frecuencia entre los trastornos crónicos de carácter musculoesquelético, no existen en la bibliografía datos concluyentes sobre la significatividad de la diferencia a favor del SFM, en términos de severidad de la sintomatología depresiva, en comparación con otros cuadros crónicos de dolor como la artritis reumatoide o la osteoartritis. En este sentido, mientras que algunos estudios señalan una mayor prevalencia de la sintomatología depresiva grave en el SFM (Ozcetin y cols., 2007), tomando como parangón principal la artritis reumatoide, otros trabajos concluyen que el grado de afectación del estado de ánimo deprimido o depresivo no parece resultar significativamente diferente en el SFM respecto a enfermedades crónicas de dolor concretas, como la osteoartritis de rodilla, o generales, como la artritis

reumatoide (Ofiuoglu y cols., 2005; Tander y cols., 2008;). Sin embargo, al contraponer el grado de afectación anímica en los casos de SFM con la población general o con otros trastornos de dolor, sí se evidencia una discrepancia cuantitativa con respecto a la presencia y gravedad de la depresión a favor del SFM (Ekici y cols., 2010; Gormsen, Rosenberg, Bach y Jensen, 2010).

Aunque la producción científica acumulada sobre la coexistencia entre la depresión y el dolor crónico, en general, y el fenómeno del SFM en particular, muestra una comorbilidad entre trastornos, esta coexistencia se ve cuestionada por el hecho de utilizar, para su cuantificación, medidas o instrumentos no validados en el contexto del dolor crónico (Taylor, Lovibond, Nicholas, Cayley y Wilson, 2005).

Pese a existir excepciones que señalan como válidos los principales instrumentos utilizados para la medir la depresión en dicho contexto, la regla que parece confirmarse es que el componente somático de los mismos afecta o altera la precisión de la medida en población con dolor crónico (Pincus y Williams, 1999). Tanto desde el plano teórico como práctico, diferentes trabajos han señalado que utilizar la puntuación total de determinadas medidas en la cuantificación de la sintomatología depresiva conllevaría, en general, una estimación equivocada y/o exagerada de la severidad de dicho factor en el dolor crónico: al solaparse y confundirse los efectos somáticos asociados a la presencia persistente del dolor con las manifestaciones vegetativas propias del estado de ánimo deprimido o depresivo, la puntuación total de determinados instrumentos de evaluación de la perturbación afectiva podría proporcionar una impresión inexacta, incorrecta y, sobre todo, sobreestimada tanto de la naturaleza como del grado de la depresión sintomática entre la población con cuadros crónicos de dolor (Pincus y Morley, 2001; Pincus y Williams, 1999; Taylor y cols., 2005).

Mientras que en el marco general del dolor crónico se ha comenzado a tomar conciencia sobre el problema que supone la evaluación del factor de la sintomatología depresiva y, por ende, a profundizar en el conocimiento de la "estructura factorial" de dicha variable en este contexto clínico, en el fenómeno

del SFM sin embargo, y en general, ni la valoración ni la estructura del estado de ánimo deprimido o depresivo se han reconocido como un problema, aunque algunos trabajos sí lo hayan hecho (Novy, Nelson, Berry y Averill, 1995; Comeche y cols., 2012). Esta cuestión aún puede ser más problemáticas y necesarias si se consideran las interrelaciones encontradas en la literatura científica entre la dimensión de la sintomatología depresiva y otras variables relevantes también en el SFM, por su grado de implicación tanto en la comprensión como en el tratamiento y manejo del fenómeno.

A pesar de la comorbilidad que define a la relación del SFM con el factor emocional de la sintomatología depresiva, el efecto de dicho factor sobre el dolor continua siendo objeto de debate y controversia, ya que, mientras algunos autores concluyen que la depresión sintomática parece no ejercer efecto o influencia alguna sobre la estimulación nociceptiva permanente que supone el dolor (Jensen y cols., 2010), otros han encontrado que los casos donde el SFM se acompañaba de síntomas depresivos informaron de más dolor que los que sólo habían sido clasificados con SFM y no contaban con manifestaciones depresivas entre su sintomatología (Aguglia, Salvi, Maina, Rossetto y Aguglia, 2011; de Souza, Potvin, Goffaux, Charest y Marchand, 2009).

Independientemente de la relación que mantenga con el dolor, la sintomatología depresiva sí parece ejercer un fuerte efecto sobre el impacto físico y psicosocial del SFM, influencia que podría ejercerse a través de la reducción del nivel de actividad o por medio de una percepción negativa del funcionamiento físico (Lledó-Boyer y cols., 2010).

La relación entre la afectación emocional y el grado de funcionamiento físico se ha demostrado al evidenciarse a esta respuesta afectiva como uno de los principales determinantes psicosociales del efecto de las limitaciones funcionales sobre la discapacidad (Phillips y Stuifbergen, 2010). Además, y en la misma línea sobre la influencia de la sintomatología depresiva en el nivel de actividad, Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Díaz (2009) encontraron una asociación negativa y significativa entre la depresión sintomática y la persistencia en la actividad, relación que señalaría, indirectamente, a que

cuanto mayor sea la gravedad de los síntomas depresivos mayor será la evitación de la actividad y, por tanto, mayor la discapacidad (Vallejo y cols., 2009). Por último, la relación significativa encontrada entre la depresión sintomática y la salud percibida también sugiere que la presencia de un estado de ánimo negativo puede conducir a una percepción negativa del estado de salud general (Jensen y cols., 2010). Estas asociaciones entre la sintomatología depresiva y el impacto o efecto del SFM adquirirían mayor importancia dada la presencia prevalente que caracteriza a esta alteración emocional en el SFM, circunstancia que ha podido provocar que la producción científica también se interese por investigar los posibles factores asociados al desarrollo y/o aparición de esta perturbación emocional en el contexto del SFM.

La investigación desarrollada sobre los mecanismos implicados en la manifestación de la depresión sintomática en el SFM ha encontrado y concluido que los factores claves en la definición de la FM, dolor y discapacidad, parecen no serlo tanto a la hora de determinar la manifestación de síntomas depresivos en el síndrome. De esta forma, los resultados de diferentes estudios realizados dentro de esta línea de investigación concluyen que los procesos implicados en la manifestación de la sintomatología depresiva parecen ser de naturaleza más cognitiva que estresante (Hassett, Cone, Patella y Sigal, 2000; Okifuji, Turk y Sherman, 2000; Palomino y cols., 2007). A modo de ejemplo y como principal trabajo que refrenda dicha tesis, Palomino y cols. (2007) concluyeron que la evaluación e interpretación de los efectos de los síntomas en términos de pérdidas y la propia significación de la FM como un síndrome incontrolable parecen poseer una gran capacidad predictiva en la manifestación de sintomatología depresiva. Este hecho o circunstancia a su vez explicaría, y sobre todo justificaría, la distribución heterogénea que ha caracterizado, a pesar de su considerable comorbilidad, a la presencia y relación de los síntomas depresivos entre la población de casos clasificados dentro de la categoría del síndrome (Okifuji y cols., 2000).

Dada la comorbilidad prevalente de la relación entre el SFM y los síntomas depresivos y la influencia negativa que dichas manifestaciones sintomáticas parecen ejercer sobre otros factores claves implicados en el alcance y grado de padecimiento general del SFM, el tratamiento del impacto

psicológico debe de ser más la regla que la excepción entre los objetivos terapéuticos de cualquier propuesta de tratamiento, sobre todo de las proyectadas desde el campo de la psicología debido a la influencia que sobre la sintomatología depresiva parece ejercer tanto el sistema de creencias como las propias cogniciones relacionadas con el SFM (Hassett y cols., 2000; Palomino y cols., 2007).

2.3.1.2. Ansiedad

De la misma forma que ocurre en el caso de los síntomas depresivos, la ansiedad (sintomática o psicopatológica) suele ser una reacción emocional altamente prevalente entre los cuadros de dolor crónico (Gureje, 2008).

Aunque la producción científica a cerca de la ansiedad y el SFM no parece haber sido tan prolífera en debates, controversias e investigación sobre la naturaleza (causal, comorbida o secundaria) de la relación entre ambos fenómenos, la ansiedad, tanto psiquiátrica como sintomatológica, también se ha asociado con gran prevalencia al fenómeno sindrómico de la FM (Henningsen, Zimmermann, y Sattel, 2003). En el caso concreto de la ansiedad sintomática, esta respuesta emocional suele presentarse u observarse con un grado de afectación alto en una proporción significativa de casos clasificados con el síndrome, tanto en el contexto comunitario como en el ámbito clínico general (atención primaria) y especializada (consulta de reumatología) (Boyer, Mira, Calatayud, Lopez-Roig y Cantero, 2009; Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques, y Pereira, 2004; Sansone, Levenson y Sellbom, 2004; White y cols., 2002).

Igual que sucede con la sintomatología depresiva comorbida al SFM, la tendencia de un padecimiento mayor (o más grave) de síntomas ansiosos entre la población de casos clasificados en la categoría del SFM no se ha evidenciado en la literatura que ha comparado a la FM con otras condiciones de dolor crónico en términos de dicha respuesta o reacción emocional. En este sentido, mientras que en algunos estudios la sintomatología ansiosa parece manifestarse con mayor gravedad en la enfermedad sistémica autoinmune de

la artritis reumatoide que en el SFM (Çeliker y Borman, 2001), en otros trabajos como el de Sayar, Gulec, Topbas y Kalyoncu (2004), al evaluar la posible asociación diferencial de la ansiedad sintomática con los cuadros crónicos de dolor de artritis reumatoide y SFM, se concluye que dicha alteración emocional se presentó en mayor medida en ésta última que en los casos diagnosticados con artritis reumatoide (Sayar y cols., 2004).

Pese a que los datos existentes parecen justificar una presencia inespecífica de la ansiedad sintomática en el SFM, convirtiendo al grado de vinculación entre ambos fenómenos en objetivo de debate, por su relación aditiva con el dolor y con el estado de salud general (Jensen y cols., 2010; Kurtze y Svebak, 2001), tanto la investigación sobre la prevalencia de la sintomatología ansiosa, como la evidencia científica respecto a las relaciones establecidas entre dicha variable y otros constructos psicológicos implicados en el cuadro polisintomático de la FM, certificarían, en último término, la importancia de dicho factor en el SFM y la necesidad de estudiarlo e incluirlo en la dinámica sintomatológica del SFM.

Más allá de la naturaleza del efecto de la ansiedad sintomática sobre el nivel de dolor, esta reacción emocional también parece asociarse de forma significativa con la percepción que las personas con SFM tienen sobre su estado de salud, en general, y de forma más particular, con la falta de certidumbre y abundante incompreensión que rodea, caracteriza y define al SFM (Jensen y cols., 2010; Reich, Johnson, Zautra y Davis, 2006). En este sentido, junto a la relación bidireccional detectadas por Jensen y cols. (2010) entre la sintomatología ansiosa y una mala percepción de la salud física, 4 años antes, Reich y cols. (2006) concluyeron que el nivel de dicho desajuste emocional también parece asociarse significativamente con el grado de incertidumbre presentado por las personas clasificadas respecto a la etiopatología, terapéutica y pronosis del SFM.

Desde la perspectiva general que, sobre el SFM, proporcionan los estudios que han analizado la influencia y lugar que diferentes variables psicológicas ocupan en el proceso de impacto y adaptación, se ha indicado que esta respuesta emocional es un elemento mediador importante tanto en la

adaptación como en el efecto del estado crónico y complejo que supone el SFM en los casos clasificados o categorizados (Furlong y cols., 2010; Lledó-Boyer y cols., 2010). En este sentido y a diferencia de la sintomatología depresiva, alteración afectiva más asociada al impacto global (físico y psicosocial), la ansiedad sintomática parece tener un mayor componente social, el cual se manifestaría a través del efecto que sobre el funcionamiento e impacto psicosocial ejercería la evitación de interacciones sociales (Lledó-Boyer y cols., 2010).

Los hallazgos sobre la relación entre la sintomatología ansiosa y el SFM, no sólo deben enriquecer la descripción y comprensión del fenómeno, sino que, sobre todo, debe justificar la inclusión de la ansiedad entre las variables de resultado sobre las que evaluar la eficacia de las propuestas terapéuticas de cualquier naturaleza y, por otro lado, para incorporar a la intervención psicológica del SFM un componente o módulo terapéutico (información, estrategias, habilidades y técnicas) dirigido explícitamente a reducir el nivel de sintomatología ansiosa, y por tanto, a proporcionar recursos para mejorar el funcionamiento físico y psicosocial.

2.3.2. Factores conductuales: estrategias de afrontamiento

De entre toda la producción científica desde la "definición" biopsicosocial del dolor crónico, una gran cantidad de trabajo experimental ha evaluado tanto la repercusión como la eficacia de las estrategias de afrontamiento del dolor (Jensen, Turner, Romano y Karoly 1991; Peres y Lucchetti, 2010). La asociación evidenciada entre dicha variable 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 fenómeno que en sí supone el ajuste diferencial ante la estimulación nociceptiva persistente (Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby, y Monga 2001).

Dada la repercusión y eficacia, tanto empírica como teórica, de las estrategias de afrontamiento en el contexto del dolor crónico, según la

definición de afrontamiento de Lazarus y Kolmann (1984), los esfuerzos a nivel cognitivo y conductual que sirven para manejar las demandas externas y/o internas valoradas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo se han intentado conocer y estimar en dicho contexto a través del desarrollo y adaptación de una variedad y variabilidad de medidas (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano y Perri, 2004). Pese a que todas las medidas han demostrado tanto su capacidad de valorar el afrontamiento al dolor de forma fiable (su variabilidad y efectividad percibida), como la relación significativa entre dicha variable y el dolor, el malestar psicológico y la función física (Keefe y cols., 2004), el Chronic Pain Coping Inventory (CPCI) (Jensen, Turner, Romano, y Strom, 1995) ha sido uno de los instrumentos más utilizados al intentar evaluar, de forma confiable y válida, las estrategias de afrontamiento al dolor (Tan, Nguyen, Anderson, Jensen y Thornby, 2005).

Desde su desarrollo y validación inicial hasta los últimos trabajos publicados donde también se ha validado el CPCI como instrumento de medida del afrontamiento (Tan y cols., 2005), en todos ellos ha quedado demostrado que las estrategias de afrontamiento incluidas en este inventario se diferencian o definen en 2 grupos o categorías bien diferenciadas o definidas: estrategias pasivas o centradas en el dolor (protegerse, descansar, pedir ayuda y búsqueda de apoyo social) y estrategias activas, focalizadas en el bienestar o no-focalizadas en el dolor (persistencia en la tarea, relajación, ejercicio/estiramiento y auto-afirmaciones de afrontamiento).

El patrón de afrontamiento definido por la medida general del CPCI resulta muy similar tanto en el contexto general del dolor crónico como en el caso particular de la categoría de clasificación del SFM, diferenciándose con bastante claridad y distancia cuatro estrategias de afrontamiento, dos de cada categoría o grupo, que se utilizan con mayor frecuencia al hacer frente al SFM (Tang y cols., 2005; Vallejo y cols., 2009). Como muestra del perfil definitorio del afrontamiento al dolor desde el SFM, siempre según la medida CPCI, Vallejo y cols. (2009) aplicaron, en contexto hospitalario y entre otras medidas, este inventario a un grupo de 100 mujeres clasificadas con SFM y encontraron, en la misma línea que otros trabajos, que según la frecuencia de uso de cada una de las ocho estrategias evaluadas por el CPCI, descansar y protegerse

fueron las reacciones más utilizadas al hacer frente al dolor en su muestra, seguidas éstas por las estrategias de persistencia en la tarea y autoafirmaciones de afrontamiento. El resto de respuestas o reacciones de afrontamiento menos utilizadas a la hora de afrontar el dolor fueron: búsqueda de apoyo social, petición de ayuda, ejercicio/estiramiento y relajación.

A pesar del grado de evidencia a cerca del lugar y función que el afrontamiento ocupa en el proceso de adaptación y abordaje de la experiencia crónica del dolor, existen muy pocos trabajos publicados sobre dicha variable basados exclusivamente en muestras o poblaciones de casos clasificados con SFM (García-Campayo, Pascual, Alda y González-Ramírez, 2007).

Una muestra de la limitada producción científica en el área temática del afrontamiento del dolor en el contexto del SFM es la escasa evidencia transversal existente sobre el grado de similitud o diferencia en los patrones de afrontamiento del SFM con respecto a otros trastornos que también concurren con dolor persistente. Al comparar el perfil de afrontamiento de una muestra de casos clasificados con SFM con dos grupos de pacientes con tipos de dolor localizado, lumbar y cervical/hombros respectivamente, Mellegard, Grossi y Soares (2001) encontraron que el uso de estrategias pasivas de afrontamiento era mayor en la muestra de FM que en las otras dos muestras de dolor. Además del modo diferencial de afrontar el dolor entre los grupos, Mellegard y cols. (2001) señalaron que la naturaleza pasiva del afrontamiento, en la muestra de casos con SFM, no parecía deberse a una tendencia a responder o reaccionar de forma desadaptativa ante el dolor, sino que podría explicarse por el impacto del dolor sobre el funcionamiento físico, factor que en el grupo del SFM fue mayor que en las muestras de dolor con las que se comparó.

De la misma forma que la investigación desarrollada en el contexto general del dolor crónico, ha reconocido la magnitud y efectividad de los mecanismos de adaptación, manejo y control utilizados al hacer frente a la experiencia multidimensional del dolor crónico (Keefe y cols., 2004), en el caso particular del SFM también se ha examinado, aunque en menor medida, el efecto que el factor del afrontamiento parece ejercer en el ajuste (diferencial y multidimensional) a dicho fenómeno sindrómico (Nicassio, Schoenfeld-Smith,

Radojevic y Schuman, 1995; Rodero y cols., 2011). Según el signo y la fuerza de las asociaciones que se establecieron entre las habilidades de afrontamiento, medidas por el CPCI, y las variables que definen el impacto físico y psicosocial en el SFM, Rodero y cols. (2011) concluyen que al igual que en ámbito del dolor crónico, afrontar el SFM mediante la protección y el descanso parece conllevar un desajuste físico y psicosocial importante. Por el contrario, persistir o continuar en la tarea fue la única de las habilidades que favoreció un funcionamiento adaptativo, minimizando el impacto físico y psicosocial. Por último, y como resultado que, a diferencia del resto, fue distinto al evidenciado en la bibliografía sobre dolor crónico, en el grupo de casos con SFM en los que se basó el análisis de Rodero y cols. (2011) la relajación, estrategia catalogada inicialmente como activa o adaptativa, se asoció con un mayor número de síntomas y un empeoramiento de la salud general.

El efecto o valor predictivo que cada una de las estrategias de afrontamiento ha evidenciado en el proceso de adaptación y/o ajuste, tanto al dolor crónico general como al SFM en particular tendría su última y mayor repercusión en el ámbito terapéutico, donde deben mostrar su utilidad práctica y extensión temporal (Nielson y Jensen, 2004).

2.3.3. Factores cognitivos: autoeficacia y catastrofismo

2.3.3.1. Autoeficacia

Sabido es que las condiciones de dolor crónico constituyen, para la mayoría de las personas que las padecen, un potente estresor tanto físico como psicológico, exigiendo de ellas un constante esfuerzo de adaptación y autorregulación (Solberg Nes, Roach y Segerstrom, 2009).

Del complejo de interacciones biopsicosociales de las cuales depende el pronóstico de los cuadros que cursan con dolor persistente, la evidencia acumulada ha señalado que el factor cognitivo de la autoeficacia, definido en el contexto de dolor como las creencias acerca de la habilidad para controlar/afrontar el dolor y las emociones negativas asociadas a él, mantener las actividades de la vida cotidiana (incluyendo el trabajo), comunicar las

necesidades a los profesionales de la salud y seguir los consejos sobre el dolor (Miles y cols., 2011), parece desempeñar una función básica en el ajuste biopsicosocial en los trastornos de dolor crónico (Keefe y cols., 2004; Turk y Okifuji, 2002). En este sentido, y pese a que esta variable suele presentarse de forma muy heterogénea entre la población con trastornos crónicos de dolor, diferentes estudios transversales y longitudinales han demostrado que su presencia significativa se asocia con menos dolor, malestar psicológico, resultados médicos menos negativos y mejoras a corto y largo plazo tanto en el afrontamiento del dolor como al finalizar determinadas intervenciones psicológicas (Keefe y cols., 2004).

En el SFM, al igual que en la totalidad de trastornos del espectro del dolor crónico, las expectativas de autoeficacia han demostrado desempeñar, según la bibliografía sobre los factores psicosociales implicados en el fenómeno sindrómico de la FM, un papel central tanto en el mantenimiento como en la adaptación a este fenómeno crónico de dolor (Lledó-Boyer y cols., 2010).

A pesar de compartir, con otros tipos de dolor crónico, el mismo nivel de evidencia respecto de la función determinante de la variable cognitiva de la autoeficacia percibida en la manifestación y cronificación del SFM, este mecanismo cognitivo podría ser aún más determinante, de acuerdo con las singularidades y diferencias que rodean a esta categoría de clasificación respecto del resto de trastornos del contexto del dolor crónico. En este sentido, la incertidumbre ante la enfermedad es una dimensión significativamente mayor en el SFM que en otras afecciones crónicas de dolor (Reich, Olmsted y van Puymbroeck, 2006), incertidumbre que, a la vez que convierte al SFM en una fuente de estrés y ansiedad, influye en la perpetuación del síndrome, promoviendo un sentimiento de indefensión y disminuyendo el sentido de control o la autoeficacia en el manejo y afrontamiento efectivo de la FM (van Houdenhove y Luyten, 2008).

Además del efecto diferencial que la incertidumbre podría estar ejerciendo sobre las expectativas de autoeficacia, diferentes estudios sí han demostrado que el sentido de control es muy diferente en el SFM con respecto

a otros trastornos crónicos de dolor. En comparación con el SFM, enfermedades como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico exhibieron, según Burckhardt y Bjelle (1996), una mayor percepción de control y capacidad de afrontamiento, variable esta última de carácter más pasivo en el SFM en comparación con el patrón exhibido en otros trastornos que también concurren con dolor persistente como la lumbalgia y el dolor cervical o de hombros, de acuerdo con los resultados del trabajo de Mellegard y cols. (2001).

De acuerdo con la carga de incertidumbre que soporta la categoría de clasificación del SFM, el sentido de control manifestado, o promovido, a través de las expectativas de autoeficacia ocuparía un lugar importante en el entramado de interacciones biopsicosociales subyacentes al SFM, lugar o papel que ha sido destacado desde la bibliografía, al evidenciar a dicha variable cognitiva como clave en la adaptación, manejo y control del desafío que la FM puede suponer para el estado de salud general (Gutiérrez y cols., 2009; Lledó-Boyer y cols., 2010).

Partiendo de la propia definición de las expectativas de autoeficacia de Bandura (1987), y acabando en los resultados acumulados alrededor de la autoeficacia percibida, se entendería que considerarse capacitado para realizar diferentes actividades influye tanto en el ajuste funcional como conductual y emocional frente al SFM (Gutiérrez y cols., 2009; Lledó-Boyer y cols., 2010). En este sentido, las expectativas de autoeficacia, tanto para el manejo del dolor como de otros síntomas y para la realización de actividades físicas, se ha mostrado como un predictor, tanto de la reducción de las conductas de dolor como de un menor deterioro en el funcionamiento físico (Buckelew, Murray, Hewett, Johnson y Huyser, 1995; Buckelew y cols., 1994). La autoeficacia percibida también se han mostrado negativamente asociadas con las reacciones emocionales de ansiedad y depresión y con el uso de estrategias disfuncionales o negativas de afrontamiento, como protección y descanso, y relacionada positivamente con habilidades de afrontamiento adaptativas como la persistencia en la tarea (Vallejo y cols., 2009).

Como se ha venido y viene demostrando en la literatura científica, sobre los mecanismo de control en el SFM, la autoeficacia percibida parece predecir

significativamente la capacidad de adaptación y ajuste al SFM, de lo cual se desprende que cualquier propuesta terapéutica realizada en el marco del SFM debe esforzarse en promover un sentido de control, como principal objetivo a conseguir, en el manejo del SFM, con el fin de producir una mejora significativa tanto en el malestar emocional como en el funcionamiento físico y psicosocial además de en la intensidad del dolor (Gutiérrez y cols., 2009; Lledó-Boyer y cols., 2010).

2.3.3.2. Catastrofismo

Entre todos los constructos psicológicos asociados al fenómeno del dolor crónico, el catastrofismo se ha revelado como una de las variables más relevantes en la comprensión de la experiencia crónica del dolor (Edwards, Bingham, Bathon y Haythornthwaite, 2006; Keefe y cols., 2004).

Entre las personas con trastornos y/o cuadros que cursan con dolor persistente existe una tendencia más o menos generalizada a magnificar los síntomas relacionados con el dolor, rumiar sobre el mismo y sentir desesperanza, impotencia y pesimismo sobre su evolución o pronóstico (Edwards y cols., 2006). Desde la literatura científica diferentes estudios, cuyos resultados avalan la implicación y relevancia de estos procesos cognitivos y afectivos negativos en los cuadros crónicos de dolor, han evidenciado una relación significativa, no sólo entre el catastrofismo y el dolor, sino también entre dicho factor y la discapacidad, el sufrimiento psicológico y la calidad de vida (Edwards y cols., 2006).

En el SFM, la orientación negativa y exagerada hacia la experiencia de dolor real o anticipada (Sullivan y cols., 2001) es bastante prevalente entre la población clasificada dentro de esta categoría, diferenciándose en ella las reacciones catastróficas propias de exageración, rumiación y desesperanza ante la presencia constante y generalizada del dolor (García Campayo y cols., 2008; van Damme, Crombez, Bijttebier, Goubert y van Houdenhove, 2002).

En comparación con otros trastornos que comparten con el SFM el dolor crónico entre sus manifestaciones sintomáticas, como la lumbalgia crónica, la osteoartritis y la artritis reumatoide, el catastrofismo resulta más exagerado y negativo en el SFM que en cualquiera de ellas (Crombez, Eccleston, van den Broeck, Goubert y van Houdenhove, 2004; Hassett y cols., 2000; Kratz, Davis y Zautra, 2007). Al estimar las diferencias o semejanzas entre el SFM y la enfermedad sistémica autoinmune de la artritis reumatoide en términos de catastrofismo y en la relación entre esta variable y la depresión sintomática, Hassett y cols. (2000) encontraron, junto a una propensión más significativa al catastrofismo, una asociación más fuerte entre la depresión sintomática y el catastrofismo en el SFM que en la artritis reumatoide.

La propia naturaleza del SFM y el tiempo transcurrido desde la adjudicación de esa etiqueta diagnóstica, dos aspectos intrínsecos al SFM, se han investigado con el fin de conocer su valor como factores moduladores en la expresión y relaciones del catastrofismo en el síndrome (Rodero y cols., 2010; van Wilgen, van Ittersum, Kaptein y van Wijhe, 2008).

El análisis realizado por van Wilgen y cols. (2008) sobre la relación entre el factor de la representación del SFM y la variable del catastrofismo indicó que determinadas dimensiones incluidas en dicho factor se relacionaron positiva y significativamente con el nivel de catastrofismo, a saber: la limitación en la comprensión de la sintomatología, la variación o naturaleza cíclica del SFM y la percepción exagerada de la repercusión emocional del mismo.

En cuanto a la modulación de la relación del catastrofismo con otras variables, Rodero y cols. (2010) replicaron y ampliaron el trabajo de Sullivan, Sullivan y Adams (2002), estudio realizado 8 años antes sobre población con dolor crónico, al evidenciar en casos clasificados con SFM un efecto moderador o predictivo de la variable relativa al tiempo transcurrido desde la clasificación sobre el nivel de impacto general del SFM. En este sentido, estos autores señalaron que el predictor principal del efecto o impacto del SFM, en los casos con un tiempo de clasificación inferior a 2 años, fue la rumiación, mientras que para el sector de casos de la muestra clasificado entre 2 y 4 años lo fue la magnificación y la desesperanza, siendo este último proceso el predictor más

fuerte del impacto del SFM en el conjunto que había sido clasificado hacía más de 4 años.

A pesar de la incipiente y prometedora investigación sobre la naturaleza cognitivo-contextual de la asociación entre el pronóstico negativo y el catastrofismo (Rodero y cols., 2010; van Wilgen y cols., 2008), anteriormente a ésta, la relación de este constructo psicológico con otros aspectos clínicos negativos intrínsecos y significativamente vinculados al SFM ha sido objeto de atención e interés científico. En este sentido, junto a la evidencia sobre la presencia prevalente del catastrofismo en la población clasificada con SFM (García Campayo y cols., 2008; van Damme y cols., 2002), esta variable se ha relacionado de forma significativa con el dolor, la incapacidad y la depresión (Edwards y cols., 2006), dato que incrementa la sospecha empírica y clínica a cerca de la implicación del constructo en el síndrome, bien como factor de riesgo o de pronóstico (Edwards y cols., 2006; Sullivan y cols., 2001).

Muchos son los mecanismos de acción, procesos y modelos teóricos que continúan postulándose y/o formulándose como posibles hipótesis explicativas de la función y efecto del constructo del catastrofismo en el seno del dolor crónico, en general, y en el ámbito del SFM en particular (Edwards y cols., 2006; Rodero y cols., 2010; Sullivan y cols., 2001; van Wilgen y cols., 2008), sin embargo, la evidencia acumulada, respecto de la relación de dicha variable con otros aspectos clínicos del síndrome, obligan a incluir al constructo del catastrofismo en cualquier intento empírico por comprender psicológicamente el fenómeno (Rodero y cols., 2010), aunque a nivel terapéutico sean muy escasos los trabajos que incluyan al catastrofismo entre las variables de resultado, y por ende, evalúen los efectos que sobre ella ejerce la terapia psicológica (Alda y cols., 2011; Castel, Cascón, Padrol, Sala y Rull, 2012; Comeche y cols., 2010; Rodero, Campayo, Fernández y Sobradíel, 2008; Thieme, Flor y Turk, 2006).

2.4. Calidad de vida: impacto del SFM en el estado de salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida, se explica como la parte de la *"percepción individual de la situación vital, puesta en su contexto cultural y sistema de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"*, definición de calidad de vida de la OMS (WHOQOL group, 1995), influida o afectada por el estado de salud (Tander y cols., 2008). El concepto de CVRS incorpora a la idea o abstracción de calidad de vida los aspectos de la vida relacionados directamente con el funcionamiento / deterioro físico y psicológico y los sentimientos de satisfacción y bienestar (Ovayolu, Ovayolu y Karadag, 2011; Tander y cols., 2008).

De todas las preguntas sin respuesta y debates alrededor del SFM, la única interrogante resuelta es la relativa a la magnitud del efecto del SFM sobre la CVRS (Assumpção y cols., 2010; Hoffman y Dukes, 2008 Martínez, 2004). En este sentido, la investigación ha coincidido en señalar la existencia de un patrón muy persistente y grave de deterioro del bienestar físico, psicológico y social entre las personas con SFM (Hoffman y Dukes, 2008).

La salud percibida, o CVRS, en comparación tanto con la población general como con otros cuadros y dolencias crónicas, parece ser menor (o peor) en los casos del SFM (Hoffman y Dukes, 2008). En concreto, y con respecto a otros grupos de dolencias crónicas, los estudios que han comparado la CVRS con el SFM y otros trastornos de dolor crónico, artritis reumatoide principalmente, han concluido que la salud percibida es igual de negativa en ambos trastornos (Tander y cols., 2008). Sin embargo, al analizar el impacto de cada uno de los trastornos, SFM y artritis reumatoide, sobre los componentes o dimensiones de la CVRS, la dimensión del funcionamiento físico está menos deteriorada en el SFM que en la artritis reumatoide, mientras que el deterioro en el funcionamiento psicológico en la artritis reumatoide no fue tan considerable como en el SFM (Tander y cols., 2008). Los resultados obtenidos al comparar la salud percibida en el SFM con la CVRS tanto en la población general como en la artritis reumatoide, entre otros cuadros de dolor crónico, indican la necesidad de continuar investigando sobre aquellos aspectos que

pueden estar influyendo en el impacto del SFM sobre la CVRS (Martínez, 2004).

De la misma forma que los estudios realizados en otros países (Assumpção y cols., 2010; Hoffman y Dukes, 2008 Martínez, 2004), la salud percibida en población española clasificada con SFM se encuentra considerablemente deteriorada (Más y cols., 2008; Ubago y cols., 2008). En primer lugar, la salud percibida en los del SFM fue menor que en la población general, y en segundo, al comparar el SFM con enfermedades osteomusculares de naturaleza reumática, como por ejemplo la artritis reumatoide, la diferencia en la dimensión psicológica de la CVRS resultó significativa, estando este componente más afectado en el SFM que en la artritis reumatoide.

A pesar de que el impacto del SFM sobre la salud percibida tiene una gran prevalencia (Martínez, 2004), poco se conoce acerca de los factores relacionados con dicho efecto (Ubago y cols., 2008). Este desconocimiento es más importante por el hecho de que, en el contexto clínico, esta variable se ha tomado como uno de los factores claves para la determinación de la efectividad de muchos de los abordajes psicoterapéuticos del SFM (Bernardy, Füber, Köllner y Häuser, 2010).

Entre la escasa información existente en la literatura científica sobre las variables subyacentes a la magnitud y signo del efecto del SFM sobre la CVRS, la percepción del trastorno en las personas clasificadas con SFM se ha revelado como uno de los posibles factores vinculados a una peor calidad de vida o un gran impacto del SFM. En este sentido, van Wilgen y cols. (2008) encontraron y concluyeron que la representación del SFM como un trastorno o alteración grave y con numerosos efectos colaterales de naturaleza económica y social podría influir en la calidad de vida experimentada por las personas clasificadas con SFM, al valorarse dicha variable como negativa.

En cuanto a la influencia de las comorbilidades características, y prevalentes, del SFM en el impacto de éste sobre la dimensión de la CVRS, se

ha encontrado que la calidad del sueño, podría tener consecuencias relevantes en la salud percibida (Theadom y cols., 2007).

A pesar de que Theadom y cols. (2007) no encontraron en su trabajo que las estrategias de afrontamiento tuvieran capacidad predictiva alguna sobre el impacto del SFM, otros estudios han señalado que las estrategias de afrontamiento focalizadas en las emociones parece que también se asociarían a un mayor impacto del SFM (Campos y Vázquez, 2012). Además del tipo de afrontamiento, Campos y Vázquez (2012) también identificaron como variables explicativas del efecto sobre la salud percibida o CVRS del SFM: la intensidad del dolor y los síntomas de ansiedad y depresión (Campos y Vázquez, 2012). En la misma línea que en este trabajo, Ubago y cols. (2008), además de señalar al estado de ánimo deprimido como uno de los posibles factores determinantes del impacto del SFM, encontraron que esta manifestación clínica no era la única asociada al impacto del SFM, sino que el cansancio también lo estaba, además de las características sociodemográficas relativas al número de hijos, edad y nivel educativo.

CAPÍTULO 3

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

3.1. Presentación

La perspectiva compleja desde la que parece describirse y, sobre todo, comienza a entenderse al SFM, se refleja en el hecho de que el manejo de éste haya sido un ejercicio para una extensa y diversa gama de modalidades terapéuticas (Forseth y Gran, 2002).

El área temática del tratamiento e intervención del SFM se ha conformado progresivamente en un bloque de gran productividad e interés (Goldenberg y Smith, 2003; Merayo y cols., 2007). Junto a los estudios dedicados al tratamiento farmacológico del SFM, y en menor proporción que éstos, los de naturaleza no-farmacológica y los procedentes de la medicina alternativa y complementaria, constituyen todos ellos la categoría de *intervenciones o alternativas terapéuticas* dirigida a mejorar el estado de la población de casos clasificados con FM en los diferentes síntomas o trastornos que ocurren y/o concurren en el síndrome (Forseth y Gran, 2002; Sarzi-Puttini, Buskila, Carrabba, Doria y Atzeni, 2008).

A pesar del amplio (y variado) espectro de vías, posibilidades y/o alternativas terapéuticas desarrolladas y aplicadas durante todo este tiempo para el SFM, diferentes aspectos intrínsecos a los propios estudios desarrollados y aplicados (p.e.: limitaciones y carencias metodológicas, ausencia de programas de tratamiento estandarizados u homogéneos, etc.) han dificultado la equiparación de los trabajos y, por tanto, la unanimidad acerca de los criterios definitivos y definitorios sobre las alternativas, posibilidades o vías más eficaces para el manejo y tratamiento del SFM (Sarzi-

Puttini y cols., 2008). Por todo ello, y hasta el día de hoy, la orientación más correcta en la selección de la aproximación terapéutica al SFM es la proveniente de las guías publicadas, basadas en la evidencia, para el manejo del síndrome (Buckhardt y cols., 2005; Carville y cols., 2008).

Aunque el proceder más apropiado en la determinación de la vía con mayor eficacia para tratamiento del SFM parece ser el basado en la evidencia de las guías, como se indicó en el párrafo anterior, recientemente se han observado, entre algunas de las guías principales, inconsistencias relevantes (Häuser, Thieme y Turk, 2010). En este sentido, los propios elementos considerados en el proceso de elaboración de las guías (criterios de inclusión/exclusión de los estudios, sistema de valoración y composición de los paneles de expertos) estarían sesgando la evidencia a favor de unas alternativas terapéuticas frente a otras y, por tanto, también la selección entre las posibilidades de tratamiento y manejo desarrolladas y aplicadas hasta ahora. Esta circunstancia, en último término, supondría que las intervenciones seleccionadas serían más función de la guía consultada que del grado de evidencia que las sustentan.

Dado que la misión de perfilar unas conclusiones definitivas sobre la modalidad terapéutica con mayor grado de evidencia se ha vuelto imposible o muy difícil, se impone la perspectiva biopsicosocial pues supone el encuadre más lógico para entender la complejidad del SFM y plantear su abordaje multidimensional (Bennett, 2002).

Manejar o tratar el SFM desde una aproximación terapéutica multimodal o interdisciplinar, a partir de una combinación de intervenciones, con la terapia física, educativa y psicológica como componentes básicos de la misma, ha demostrado ejercer un efecto positivo sobre las principales manifestaciones de la FM (dolor, fatiga, estado de ánimo, función física y autoeficacia) (Häuser, Bernardy, Arnold, Offenbächer y Schiltenwolf, 2009), presentándose esta opción con un alto grado de recomendación en las principales guías para el manejo del SFM basadas en la evidencia (Buckhardt y cols., 2005; Carville y cols., 2008).

3.2. Perspectiva de intervención multidisciplinar del SFM: componente psicológico

Como intento prometedor por conseguir un tratamiento más eficaz del SFM que el alcanzado por las estrategias unidisciplinarias, tanto farmacológicas como no-farmacológicas, la terapia multidisciplinar, pese a su consonancia lógica con la perspectiva biopsicosocial del SFM, solo ha podido cambiar parcialmente el pesimismo generalizado sobre el pronóstico del síndrome, al haberse evidenciado como efectiva únicamente a corto plazo, (Häuser y cols., 2009).

La evolución seguida por la aproximación inter o multidisciplinar parece no ayudar a determinar, con suficiente claridad, el efecto positivo que este modo de proceder terapéutico puede suponer, tanto para el fenómeno del SFM en sí, como en comparación con el resto de alternativas. En este sentido, además de las limitaciones de naturaleza puramente metodológica, las cuales no son únicas sino compartidas con otros tratamientos del SFM (Häuser y cols., 2009), existen también problemas a un nivel más conceptual, como, por ejemplo, la ausencia tanto de una definición comúnmente aceptada de *"terapia multidisciplinar"*, como de normas estandarizadas sobre la duración de dicho formato terapéutico (Häuser y cols., 2009; Sarzi-Puttini y cols., 2008).

Pese a no existir a día de hoy una definición formal del concepto de *"tratamiento interdisciplinar"*, el hecho de que las intervenciones más efectivas se hayan caracterizado por combinar un componente de terapia física y otro de psicológica (terapia cognitivo conductual (TCC) principalmente) junto a un módulo educativo, ha convertido a esta composición en una recomendación explícita para los estudios desarrollados y aplicados desde la aproximación terapéutica multimodal del SFM (Oliver, Cronan y Walen 2001). Sin embargo, esta sugerencia no parece haber sido seguida por la mayoría de los estudios aplicados desde la perspectiva interdisciplinar, a tenor de los resultados del meta-análisis de ensayos clínicos, controlados y aleatorizados de tratamiento multicomponente realizado en 2009 por Häuser y cols. (Häuser y cols., 2009). Según los estudios multidisciplinarios seleccionados y analizados por dichos autores, solo 4 del total de 10 ensayos sometidos a examen incluían en su programa de tratamiento al menos 3 tipos o "elementos terapéuticos", algunos

de los cuales combinados habían caracterizado como eficaz al tratamiento multimodal y cuya presencia conjunta suponía en el trabajo de Häuser y cols. (2009), un criterio de inclusión en su meta-análisis.

Además del dato general sobre la composición de los programas de tratamiento multidisciplinar que se deriva del trabajo de Häuser y cols. (2009), de modo más específico, el componente psicológico sólo estuvo representado en algunos de los ensayos por técnicas cognitivo conductuales, como la relajación o el manejo del estrés. Por otro lado, de los 10 ensayos clínicos meta-analizados por Häuser y cols. (2009) sólo uno de ellos incluyó, o indicó explícitamente, a la TCC como uno de los elementos o componentes terapéuticos en su intervención multidimensional (Lemstra y Olszynsky, 2005).

Un último aspecto que, aunque esencial, ha recibido poco o nulo apoyo empírico es el relativo al efecto terapéutico aditivo del componente psicológico (TCC principalmente) en la efectividad general del tratamiento multidisciplinar. En este sentido, los escasos intentos por valorar empíricamente dicho efecto han concluido que, en general, el componente psicológico no parece incrementar la eficacia del tratamiento multimodal y atribuyen su efecto, bien a las intervenciones psicoterapéuticas, acotando su efecto, con un nivel de evidencia medio o moderado, a aquellos casos clasificados con un SFM severo y fatiga (Lera y cols., 2009).

En la medida en que los diferentes interrogantes señalados hasta aquí no se vayan resolviendo y, sobre todo, no se realicen más ensayos controlados aleatorizados de mayor calidad metodológica, la comprensión de la utilidad general de la modalidad terapéutica multidisciplinar seguirá siendo limitada y/o complicada de describir (Sarzi-Puttini y cols., 2008; Häuser y cols., 2009), a pesar de que se le asigne un grado de evidencia moderado-fuerte y un nivel de recomendación alto desde diferentes revisiones sistemáticas del tema y guías basadas en la evidencia (Buckhardt, 2005).

Más allá de la prometedora, aunque limitada, efectividad del tratamiento interdisciplinar del SFM y, sobre todo, de la controversia entre el nivel de evidencia y el grado de recomendación del tratamiento psicológico como

componente del mismo, La psicología, como aproximación terapéutica única, ha alcanzado un nivel significativo de evidencia respecto a su aportación y/o presencia en la comprensión y entendimiento de la FM (véase el capítulo anterior) y un alto grado de recomendación como enfoque racional del tratamiento y manejo del síndrome (Williams, 2003). La efectividad general, tanto a corto como a largo plazo, demostrada por las intervenciones psicológicas en el tratamiento y manejo del SFM ha evidenciado las buenas perspectivas que desde esta aproximación terapéutica se ofrecen para lograr un eficaz manejo y tratamiento del SFM, al equipararse su eficacia con la alcanzada por el tratamiento farmacológico e incluso mostrarse superior a la conseguida desde otras modalidades de intervención no-psicológicas (Glombiewski y cols., 2010).

3.3. Programa de tratamiento cognitivo conductual multicomponente en el SFM

La creciente evidencia acumulada respecto a la naturaleza psicológica de los mecanismos implicados, tanto en el desarrollo y mantenimiento del dolor como en la respuesta al mismo (Comeche y Vallejo, 1998; Keefe y cols., 2004), además de fundamentar la inclusión de los parámetros cognitivos-conductuales y afectivos en la perspectiva biopsicosocial, es la premisa básica del abordaje psicoterapéutico que ha recibido mayor respaldo empírico y demostrado más ampliamente su utilidad clínica en el contexto general del dolor crónico: la terapia cognitivo conductual (Comeche y Vallejo, 1998; Díaz, Comeche y Vallejo, 2003; Turk, Swanson y Tunks, 2008).

Pese a que la conceptualización cognitivo-conductual del dolor crónico se fundamenta en la naturaleza compleja o multidimensional de este fenómeno, de entre todas las variables implicadas en la experiencia crónica del dolor, a saber: emocionales, conductuales, físicas, sensoriales y cognitivas, son estas últimas, y más concretamente, determinadas cogniciones relacionadas con el dolor, las que se destacan desde este modelo teórico, por el efecto que ejercen en el mantenimiento y exacerbación tanto del dolor como del resto de síntomas con los que éste suele coexistir (Turk, Swanson y Tunks, 2008).

Dado el carácter central del sistema de creencias (sentimientos de autocontrol, expectativas de autoeficacia y patrones de pensamiento disfuncional o catastrofista), en el proceso de adaptación y/o manejo del dolor crónico, la propuesta general de intervención planteada, a partir de la formulación cognitivo-conductual en dicho contexto, postula como objetivos principales, incrementar y fomentar tanto un sentimiento positivo de autocontrol como una mayor autoeficacia percibida en el manejo del dolor y cambiar o reducir el afrontamiento catastrofista ante la experiencia crónica del dolor (Turk, Swanson y Tunks, 2008).

La eficacia demostrada al aplicar los principios básicos de cambio cognitivo y conductual sobre la adaptación y manejo de diferentes trastornos y cuadros crónicos de dolor propició que la puesta en marcha de la propuesta terapéutica cognitivo-conductual en el SFM resultase lógica e inevitable (Williams, 2003).

Más allá de la aplicación combinada, secundaria y/o adyuvante de la TCC en el tratamiento del SFM, en la literatura sobre dicho planteamiento psicoterapéutico se distinguen dos perspectivas de intervención diferentes: unicomponente o multicomponente respectivamente, de la condición crónica del SFM (van Koulil y cols., 2007; William, 2003). Con respecto al tipo de intervención que se plantea desde el primero de ellos, ésta suele implicar, como su propia denominación indica y siempre desde el enfoque o plano cognitivo-conductual, la aplicación una única modalidad terapéutica. Los programas psicoeducativos o la aplicación de determinadas técnicas o habilidades cognitivo-conductuales, p.e., relajación progresiva, biofeedback y entrenamiento autógeno, son ejemplos de esta modalidad de aproximación terapéutica en el abordaje del SFM. Por el contrario, al calificar un tratamiento como multicomponente se indica que éste es el producto resultante de incorporar o combinar diversas técnicas y habilidades, tanto cognitivas como conductuales, en una misma propuesta o programa de intervención (van Koulil y cols., 2007).

La TCC, en su formato grupal ha sido uno de los abordajes psicoterapéuticos que mayor apoyo empírico ha recibido en el contexto del

dolor crónico, demostrando su efectividad y eficiencia en un rango amplio de trastornos (Thorn y Kuhajda, 2006). Dado el carácter racional del avance que supuso la aplicación de la TCC en el SFM (Williams, 2003), a lo largo de las dos décadas de existencia de dicha categoría de clasificación, numerosos ensayos clínicos también han analizado la utilidad de la TCC, desde su perspectiva multicomponente y formato grupal de aplicación, en el tratamiento y manejo del SFM (Bennett y Nelson, 2006).

De la misma forma que el grado de recomendación general de la TCC en el SFM resulta inconsistente, si se consideran en conjunto las conclusiones de las principales guías publicadas basadas en la evidencia (Häuser y cols., 2010), la combinación terapéutica general recomendada, por su eficacia, desde la aproximación cognitivo-conductual también parece evidenciarse como arbitraria, dada la heterogeneidad en las composiciones y/o combinaciones de los programas cognitivo-conductuales multicomponentes de TCC utilizados en el tratamiento y manejo del SFM (Bennett y Nelson, 2006).

La falta de consenso sobre la estructura definitoria de esta alternativa psicoterapéutica, además de dificultar la evaluación y comparación general de los estudios empíricos sobre la TCC en el SFM (Williams, 2003), sobre todo, concluye situando a la opción multicomponente de la TCC, principal exponente de la categoría de intervenciones psicosociales de orientación cognitivo-comportamental en el contexto del SFM, todavía en una fase o estadio experimental (Pastor y cols., 2003).

A pesar de las limitaciones y las críticas señaladas en el párrafo anterior, en la literatura parece fijarse una disposición tanto de fases como de técnicas y habilidades cognitivo-conductuales, la cual se mantiene y/o repite en muchos de los estudios empíricos que han basado su propuesta de tratamiento y manejo del SFM en un programa (grupal) de TCC multicomponente (van Koulil y cols., 2007). De esta forma, aunque el programa de TCC multicomponente aplicado en el SFM supone la traslación del empleado en el dolor crónico, varios han sido los trabajos desde los que se ha propuesto tanto las fases como las técnicas de cualquier programa multicomponente de TCC en el SFM (Bennett y Nelson, 2006; Williams, 2003).

3.3.1. Revisión de los estudios experimentales generales

Revisar los estudios experimentales publicados sobre el efecto de la TCC multicomponente en el SFM, pese a resultar un ejercicio poco concluyente para clarificar la eficacia de esta aproximación psicoterapéutica en el SFM (Bernardy y cols., 2010), permite conocer la diversidad y variedad de los contenidos terapéuticos de estos programas.

En la revisión de Bennett y Nelson (2006) se señala la imposibilidad de comparar los estudios entre sí por la variabilidad de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas. Más recientemente en la última revisión sistemática, y primer meta-análisis sobre el tema de Bernardy y cols. (2010), sin considerar la heterogeneidad de terapias cognitivo-conductuales, concluyeron que éstas resultan eficaces en el SFM para el afrontamiento del dolor, reducción del estado de ánimo deprimido y del uso de recursos sanitarios.

A pesar de la variabilidad de las propuestas terapéuticas, las revisiones sobre la aproximación cognitivo-conductual para el tratamiento del SFM también incluyen estudios empíricos que han aplicado programas multicomponente de TCC desarrollados y aplicados previamente en el campo del dolor crónico y, por tanto, con una estructura relativamente definida (Bennett y Nelson, 2006; Williams, 2003).

A diferencia de la mayoría de revisiones publicadas hasta la fecha, la realizada por Bernardy y cols. (2010) excluyó los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que aplicaban la TCC, bien como técnica aislada o dentro de un programa de tratamiento multidisciplinar. Entre los 14 ECA en los que se basó este trabajo de revisión, 9 (64%) utilizaron un programa grupal de TCC multicomponente, con muchos de los componentes (técnicas y habilidades cognitivo-conductuales) incluidos en la definición estructural de dicha intervención propuesta tanto por Williams (2003) como por Bennett y Wilson (2006). Sin embargo, las conclusiones positivas sobre la efectividad de la TCC a las que llegaron Bernardy y cols. (2010) no se pueden ni deben extender a este tipo de intervenciones psicoterapéuticas ya que, en el resto de los ECA analizados en el mismo estudio, 5/14 (36%), se utilizaron técnicas o combinaciones terapéuticas diferentes.

De acuerdo con lo hasta aquí expuesto, se podría concluir que la aplicación de la TCC en su modalidad grupal y como programa multicomponente es clara. Por el contrario, su eficacia no parece haber sido demostrada en ninguna de las revisiones publicadas en la literatura. Por tanto, revisar los estudios empíricos que han evaluado la eficacia de esta propuesta de intervención resulta un trabajo necesario.

La estrategia de búsqueda adoptada fue la misma que la seguida en el trabajo de revisión de Pastor y cols. (2003) sobre los estudios empíricos con intervenciones psicosociales grupales de orientación cognitivo-conductual en el SFM (Pastor y cols., 2003).

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Medline y Psycinfo. Las restricciones en los resultados de las búsquedas, además de realizarse sobre la fecha de publicación de los trabajos, desde Enero de 2000 hasta Febrero de 2012 (ambos incluidos), se hicieron también en el idioma de los mismos, inglés y español únicamente, y por último, en el tipo de publicación, restringiendo los resultados a trabajos publicados en su totalidad (se excluyen cualquier tipo de publicación incompleta como por ejemplo abstracts). Los descriptores utilizados fueron: "Treatment", "Treatment Outcome", "Interventions", "Information", "Educat*" y "Cognitive Behavioral Therapy". Todos ellos, obviamente, se combinaron con el descriptor principal: "Fibromyalgia".

Los criterios a cumplir por los estudios experimentales de tratamiento del SFM para ser incluidos en la revisión fueron: (a) estar realizados sobre una muestra general de personas clasificadas con SFM mayores de 18 años; y (b) ser intervenciones grupales y presenciales.

El único componente de la intervención grupal y presencial debía ser un programa terapéutico de orientación cognitivo-conductual multicomponente. Dada la dificultad para reconocer los componentes psicológicos activos clave de las intervenciones cognitivo-conductuales para el SFM, este criterio se "definió" por omisión. Así, los estudios experimentales, con un único objetivo terapéutico o los trabajos orientados al tratamiento y manejo de síntomas o

aspectos concretos del SFM, como insomnio, ansiedad y estrés o catastrofismo y/o que se caracterizan por haber aplicado una única modalidad de intervención cognitivo-conductual (p.ej., relajación, programa de inoculación al estrés, terapia cognitiva, etc.), no se incluyeron en la revisión. Además, pese a la indeterminación para definir el contenido esencial de los programas multicomponente de TCC, se utilizó para terminar de definir este criterio de inclusión la estructura que se repite en diversos trabajos (Bennett y Nelson, 2006; Williams, 2003). De esta forma, además de contar con una fase psico-educativa, al tratarse de intervenciones con varios objetivos terapéuticos, los ensayos clínicos incluidos en esta revisión deberían de incorporar en las fases de ensayo y aplicación, como mínimo, el entrenamiento y práctica de una habilidad o técnica cognitiva (reestructuración cognitiva, principalmente) y otra conductual (p.ej., la relajación).

Respecto de los criterios de exclusión de esta revisión, además de los propios de la búsqueda bibliográfica, también se descartaron los programas educativos y los que utilizaron la TCC multicomponente dentro de un programa de tratamiento multidisciplinar o en combinación con otras técnicas o terapias no-psicológicas (p.ej., ejercicio).

3.3.2. Revisión de los estudios experimentales con programas multicomponente

En las Tablas 2 y 3, que se muestran a continuación, se exponen tanto los componentes de los programas aplicados en cada uno de los estudios experimentales revisados, como los resultados obtenidos en cada uno de ellos. En dichas tablas sólo se incluyen siete trabajos experimentales, por ser los únicos estudios publicados que, hasta la fecha de la presente revisión, cumplían los criterios de inclusión que previamente se han comentado.

Como puede observarse en la Tabla 3, en casi todos los estudios revisados se observa una mejoría estadísticamente significativa al finalizar el tratamiento, en la mayor parte de las variables estudiadas. Ahora bien, ya que los aspectos evaluados (variables dependientes) varían mucho de unos

estudios a otros, no se puede llegar a conclusiones globales sobre la eficacia de la TCC en el tratamiento del SFM.

Tabla 2.
Programas de tratamiento multicomponente de TCC utilizados en los estudios experimentales revisados

Estudio	Tratamiento (componentes)
Vázquez-Rivera (2009)	Psicoeducación; higiene del sueño; atención y dolor; expectativas cognitivas y dolor; estrategias de distracción; conexión entre malestar emocional y pensamientos disfuncionales; autoinstrucciones; graduación de la actividad; comunicación emocional; relajación pasiva + respiración con visualización
Wells-Federman (2003)	Psicoeducación; relajación; respiración consciente; actividad graduada; información nutricional; reestructuración cognitiva; fijación de metas; comunicación asertiva; solución de problemas; estrategias de afrontamiento
Thieme (2006)	Psicoeducación; relajación; reestructuración cognitiva; solución de problemas; afrontamiento del dolor.
Castel (2009)	Psicoeducación; reestructuración cognitiva; TCC para el insomnio primario; entrenamiento en asertividad; graduación de la actividad; programación de actividades agradables; establecimiento de metas; valores en la vida y prevención de recaídas
Williams (2002); Hospital; 12 meses	Psicoeducación; relajación muscular progresiva; activación graduada de la actividad; Técnica de visualización (complemento de la técnica de relajación); programación de actividades agradables; habilidades de comunicación; entrenamiento en asertividad; reestructuración cognitiva; manejo del estrés; solución de problemas; mantenimiento de los logros/mejorías
Falcão (2008)	Educación; Relajación muscular progresiva; respiración diafragmática; reestructuración cognitiva; manejo del estrés
Castel (2012)	Psicoeducación; reestructuración cognitiva; TCC para el insomnio primario; entrenamiento en asertividad; graduación de la actividad; programación de actividades agradables; establecimiento de metas; valores en la vida y prevención de recaídas

Lo que sí puede hacerse, sin embargo, es precisar algunos aspectos. Por ejemplo, en aquellos estudios en los que se valora la influencia de la intervención sobre las variables emocionales (ansiedad, depresión y malestar emocional), se comprueba la existencia de mejoría estadísticamente significativa, en prácticamente todos los casos, al finalizar el tratamiento. Asimismo, se observa una mejoría significativa en las variables cognitivas evaluadas (p.ej.: catastrofismo y autoeficacia percibida).

Tabla 3.
Revisión de los estudios experimentales con programas multicomponente de TCC y resultados en SFM

Estudio; contexto; seguimiento	Diseño y muestra			Variable dependiente		Resultados				
	N eval. (aleat.); %♀	Muestra inicial / final ^Ω (% final)			Medida	Variable	Postr.	Seguimiento		
		GE [¶]	GC	GP				1	2	3
Vázquez- Rivera (2009); Hospital; NI	42*; 100%	34 / 23 (68%)			BDI	Depresión	+			
					STAI	Ansiedad	+			
					CAD	Afrontamiento	+			
					FIQ-FF	Función físico	=			
					HAS	Somatización	=			
Wells- Federman (2003); Hospital; 12 meses	ND	55 / 53 (96%)			EVA	Dolor	+	ND		
					EVA	Malestar emocional	+	ND		
					CPSS	Autoeficacia	+	ND		
					PDI	Interferencia	+	ND		
					CES-D	Depresión	+	ND		
Thieme (2006); Hospital; 6 y 12 meses	131 (125)*; 100%	42/40 (95%)		40/20 (50%)	FIQ-FF	Función física	=	=	=	
					MPI	Cualidad del dolor	+	+	+	
					MPI	Malestar afectivo	+	+	+	
					PRSS	Afrontamiento	+	+	+	
					PRSS	Catastrofismo	+	+	+	
Castel (2009); Hospital; NI;	47(47)*; (95%)	18/16 (89%)	12/7 (58%)		EVA	Dolor	=			
					FIQ	Impacto	+			
					MPQ	Cualidad del dolor	=			
					MPQ	Malestar emocional	=			
Williams (2002); Hospital; 12 meses	145 (145)*; 90%	76/62 (82%)	69/60 (87%)		SF-36	Salud física	ND	+		
					MPQ	Cualidad del dolor	ND	=		
Falcão (2008); hospital; 3 meses	69 (60)*; 87%	30/25 (83%)	30/26 (87%)		FIQ	Impacto	+	+		
					SF-36	Calidad de vida	+	+		
					BDI	Depresión	+	+		
					STAI-S	Ansiedad	=	+		
					EAV	Dolor	+	+		
Castel (2012); hospital; 3 y 6 meses	123 (93)*; (76%)	32/26 (81%)	23/22 (96%)		EVA	Dolor	=	=	=	
					CSQ	Catastrofismo	+	+	+	
					HADS	Malestar psicológico	+	+	+	
					FIQ	Impacto	+	=	+	
					MOS	Sueño (problemas)	+	+	+	
MOS	Sueño (calidad)	=	+	=						

*: Grupo no aleatorizado; ND: Dato no disponible en el artículo del estudio; NI: Elemento no incluido en el estudio; +: mejoría significativa de la variable resultado evaluada; -: empeoramiento significativo de la variable resultado evaluada; =: ausencia de modificación significativa de la variable resultado evaluada; Ω: la muestra final sólo incluye los participantes cuyos resultados se analizaron; ¶: El grupo experimental incluido es en el que se aplicó el programas de TCC multicomponente; GE: Grupo experimental; GC: Grupo Control; GP: Grupo Placebo; BDI: Beck Depression Inventory; CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico; CES-D: Center for Epidemiological Study-Depression Scale; CPSS: Chronic Pain Self-Efficacy Scale; CSQ: Coping Strategies Questionnaire; EVA: Escala Visual Analógica; FIQ-FF: Escala de Función Físico del Fibromyalgia Impact Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HAS: Health Attitude Survey; MOS: Medical Outcomes Study; MPI: West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory; MPQ: Mc Gill Pain Questionnaire; PDI: Pain Disability Index; PRSS: Pain-related Self-statements Scale; SF-36: Short Form Health Survey; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory.

Cuando se valoran las estrategias de afrontamiento del SFM (aspecto que sólo se evalúa en dos trabajos), la mejoría observada en el post-tratamiento resulta también estadísticamente significativa (Thieme, Flor y Turk, 2006; Vázquez Rivera y cols., 2009). Por el contrario, cuando se considera el funcionamiento físico (función física), no se observa una mejoría significativa tras el tratamiento.

Finalmente, señalar que el dolor percibido es una variable que sólo se considera en cuatro de los estudios revisados (Castel, Cascón, Padrol, Sala y Rull, 2012; Castel, Salvat, Sala y Rull, 2009; Falcão y cols., 2008; Wells-Federman, Arnstein y Caudill-Slosberg, 2003) siendo los cambios observados en ella significativos en dos de los cuatro trabajos (Falcão y cols., 2008; Wells-Federman, Arnstein y Caudill-Slosberg, 2003).

3.3.3. Estudios experimentales previos de los que procede el programa de tratamiento multicomponente de este trabajo

El programa de tratamiento que se somete a control experimental en esta investigación, se enmarca en una línea de trabajo que se ha venido desarrollando durante más de diez años. Fruto de dichas investigaciones han sido los dos estudios experimentales en los que, utilizando versiones previas de este programa (programa de TCC multicomponente, protocolizado y en grupo), se valoró su eficacia en diferentes variables y cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.

Como puede observarse en dicha Tabla, la primera de estas aplicaciones (Redondo y cols., 2004) utilizando la versión inicial del programa, sólo demostró su eficacia para mejorar el estado de salud de las pacientes e inculcar en ellas el hábito de la relajación.

En la segunda investigación (Comeche y cols., 2010), se utiliza una versión más completa del programa (mayor número de sesiones y amplitud de aspectos abordados en la intervención), versión que es bastante similar a la utilizada en esta investigación, y que se detallará ampliamente en el apartado de procedimiento. La principal diferencia con el trabajo actual es que ese

estudio previo se realiza en el contexto de una asociación de afectados de FM, por lo que el diagnóstico (clasificación) no pudo ser formalmente contrastado, siendo el criterio de inclusión simplemente pertenecer a la asociación de afectados de fibromialgia, en la que todos los pacientes (se supone) han recibido previamente el diagnóstico de fibromialgia. Asimismo, en dicha investigación previa, no cuenta con un grupo de control.

Tabla 4.
Revisión de los estudios experimentales previos en los que se ha utilizado el programa de tratamiento multicomponente de este trabajo

Estudio; contexto; seguimiento	Diseño y muestra			Variable dependiente		Resultados				
	N eval. (aleat.) ; %♀	Muestra inicial / final ^Ω (% final)			Medida	Variable	Post	Seguimiento		
		GE [¶]	GC	GP				1	2	3
Redondo (2004); Hospital; Psicólogo; 6 meses y 1 año	56 (40); 100	G1: 21/16 (76,2)			FIQ	Impacto	+	=	=	
					BDI	Depresión	=	=	=	
					BAI	Ansiedad	=	=	=	
					CPSS	Autoefic. total	=	=	=	
						Autoefic. dolor	=	=	=	
						Autoefic. actividad	=	=	=	
						Autoefic. síntomas	=	=	=	
					CPCI	Afrontamiento	=	=	=	
						Relajación	+	+	+	
						Protegerse	=	=	=	
						Descansar	=	=	=	
						Buscar ayuda	=	=	=	
						Apoyo social	=	=	=	
						Ejercicio/estiramiento	=	=	=	
BDI	Depresión	+	+							
HADS-D	Depresión	+	+							
HADS-A	Ansiedad	+	+							
Comeche (2010); Asociación; psicólogos; 3 meses	34/34 (100%)				CPSS	Autoefic. total	+	+		
						Autoefic. Dolor	+	+		
						Autoefic. Actividad	+	+		
						Autoefic. síntomas	+	+		
					PCS	Catastrofismo	=	=		
						Desesperanza	=	=		
						Rumiación	+	=		
						Magnificación	+	=		
						EVA	Dolor	=	=	

+: Mejoría significativa de la variable resultado evaluada; =: ausencia de modificación significativa de la variable resultado evaluada; ¶: El grupo experimental incluido es en el que se aplicó el programas de TCC multicomponente; GE: Grupo experimental; GC: Grupo Control; GP: Grupo Placebo; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; CPCI: Chronic Pain Coping Inventory; CPSS: Chronic Pain Self-Efficacy Scale; EVA: Escala Visual Analógica; FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; PCS: Pain Catastrophizing Scale.

A pesar de las limitaciones metodológicas de este segundo estudio, como puede comprobarse en la Tabla 4, la nueva versión del programa de tratamiento resultó ser significativamente eficaz para, tras el tratamiento, mejorar el estado emocional (ansiedad y depresión) de las pacientes y para incrementar su autoeficacia percibida tanto en el manejo del dolor, como en el de las actividades físicas y en el de los restantes síntomas del SFM. Dicha mejoría se mantuvo en el seguimiento realizado a los tres de finalizada la intervención. Por el contrario, las variables cognitivas relativas a los pensamientos catastrofistas no muestran una mejoría uniforme, ya que sólo mejoran en el post-tratamiento la rumiación y la magnificación, y, en todo caso, se trata de una mejoría que no se mantiene durante los seguimientos.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1. Presentación

Como se ha señalado hasta aquí, las investigaciones desarrolladas hasta el momento para valorar la eficacia de la TCC en el tratamiento del SFM, en general, presentan limitaciones sobre todo a nivel metodológico (Bennett y Nelson, 2006). Por este motivo, y partiendo de los resultados obtenidos del programa multicomponente de TCC protocolizado (Comeche y cols., 2010; Redondo y cols., 2004 y), se han planteado los objetivos e hipótesis que se recogen a continuación.

4.2. Objetivo general e hipótesis específicas

El objetivo de esta investigación es valorar la eficacia, a corto, medio y largo plazo, de un programa de tratamiento cognitivo-conductual multicomponente, protocolizado y aplicado grupalmente, sobre una muestra hospitalaria y en régimen ambulatorio, de personas afectadas del SFM, comparando los cambios en las variables estudiadas con los datos de un grupo similar de pacientes que no han recibido dicho tratamiento (grupo control de lista de espera).

Se formulan las siguientes hipótesis de acuerdo con el efecto esperado, en las principales variables psicológicas evaluadas en cada una de las condiciones experimentales (TCC y grupo control):

1ª hipótesis: la sintomatología depresiva en el grupo de participantes asignados a la TCC obtendrá una reducción estadísticamente significativa:

1.1. Después de la intervención psicológica.

1.2. En los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención psicológica.

2ª hipótesis: la sintomatología ansiosa en el grupo de participantes asignados a la TCC obtendrá una reducción estadísticamente significativa:

2.1. Después de la intervención psicológica.

2.2. En los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención psicológica.

3ª hipótesis: el catastrofismo en el grupo de participantes asignados a la TCC experimentará obtendrá una reducción estadísticamente significativa:

3.1. Después de la intervención psicológica.

3.2. En los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención psicológica.

4ª hipótesis: la autoeficacia percibida general y las expectativas de autoeficacia para el control del dolor, realización de actividad física y manejo de los síntomas en el grupo de participantes asignados a la TCC obtendrá un aumento estadísticamente significativo:

4.1. Después de la intervención psicológica.

4.2. En los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención psicológica.

5ª hipótesis: El grupo de participantes asignados a la TCC experimentará una mejoría estadísticamente significativa en el afrontamiento del SFM, al aumentar

el uso de estrategias activas o no focalizadas en el dolor y reducirse el de estrategias pasivas o focalizadas en el dolor:

5.1. Después de la intervención psicológica.

5.2. En los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención psicológica.

6ª hipótesis: el impacto general del SFM sobre la CVRS o salud percibida en el grupo de participantes asignados a la TCC experimentará una reducción significativa:

6.1. Después de la intervención psicológica.

6.2. En los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención psicológica.

7ª hipótesis: Las variables psicológicas en el grupo de participantes asignados a la condición de control no experimentarán ningún cambio positivo (mejoría significativa) después del período de tiempo de espera.

4.3. Lugar de realización

Este estudio se llevó a cabo en el Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR), Centro perteneciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUG) en Madrid. Dependiente del Servicio Madrileño de Salud, el HGUG se encuentra vinculado al área sanitaria nº 1, siendo por tanto centro de referencia para la atención y asistencia especializada de una población aproximada de 750.000 habitantes y adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Dicho centro cuenta con una unidad de reumatología con amplia experiencia clínica e investigadora en el SFM (Redondo y cols., 2004; Rivera, Alegre, Nishishinya y Pereda, 2006; Rivera y González, 2004).

4.4. Diseño y procedimiento

Se realizó un “diseño de grupo control en lista de espera con pre-tratamiento y post-tratamiento”.

Las 57 personas clasificadas con SFM y valoradas como potenciales participantes en el estudio experimental sobre la eficacia del programa multimétodo de TCC procedían, a su vez, de un estudio anterior, también realizado en el IPR, desarrollado con el objetivo de evaluar la equivalencia de la respuesta a diferentes cuestionarios utilizados en la evaluación psicométrica del SFM, entre dos formatos de respuesta, papel u ordenador.

El proceso seguido para contactar con las personas clasificadas con SFM comenzó, una vez que el estudio sobre el efecto del formato de respuesta en la evaluación fue aprobado por el comité de ética del IPR, informando en consulta de la existencia de un estudio que se iba a desarrollar en el mismo centro por personal de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). La información proporcionada por los facultativos del servicio de reumatología implicados en esta fase de captación fue muy general, indicando que se trataba de la realización de una serie de pruebas o test psicológicos y, sobre todo, que no formaba parte de ningún ensayo o estudio que se estuviese desarrollando en ese momento en el Centro y que tampoco implicaba la participación posterior en ningún tipo de programa o propuesta de intervención psicológica.

Una vez que las personas con SFM aceptaban participar en el estudio eran citadas telefónicamente por un psicólogo en período de formación de post-grado con el fin de concertar una cita en el IPR y realizar el ejercicio de completar los instrumentos de evaluación tanto en papel como a través del ordenador. De igual forma que ocurrió al contactar con cada una de las personas en la consulta, antes de que firmasen el consentimiento informado, el psicólogo volvió a indicar que ni el hecho de participar en ese estudio, ni tampoco el resultado obtenido en cada una de las pruebas, tenía algún tipo de relación o vínculo con la participación en programas de tratamiento psicológico ni en el Centro ni en otro contexto diferente a él. En el momento de planificar y aplicar ese primer estudio experimental, no se contempló la posibilidad de

realizar ningún tipo de intervención psicológica en el Centro, de tal forma que tanto los profesionales del servicio de reumatología como el psicólogo implicado en ese estudio desconocían dicha posibilidad.

Una vez concluido ese estudio, se planteó la posibilidad de aplicar un programa multimétodo de TCC en el mismo Centro y en el grupo de personas que, habiendo participado (o no) en el estudio anterior, manifestaran interés de participar en éste. Por ello, después de que el estudio fuese aprobado por el comité de ética del IPR, desde principios de Septiembre de 2006 hasta mediados del mismo año, el mismo psicólogo que realizó el estudio experimental anterior volvió a ponerse en contacto (telefónico) con todas las personas que habían participado en el estudio anterior, para presentarles, en líneas generales, tanto el contenido del programa de tratamiento como las condiciones de su aplicación (formato grupal, realización en el IPR, servicio gratuito). Con aquellas personas que mostraron interés por participar se concertó, a continuación, una cita en el IPR para valorar el cumplimiento de los criterios de inclusión, aclarar cualquier duda que les pudiera haber surgido y, por último, firmar el consentimiento informado. En todo momento se indicó que la participación en el tratamiento continuaba sin tener vínculo o relación alguna ni con el estudio que habían realizado previamente ni con los ensayos que posiblemente se estuviesen llevando a cabo en ese momento o en el futuro en el IPR.

La asignación aleatoria a cada una de las condiciones experimentales, TCC (programa multicomponente de TCC) o control (tiempo de espera), de las personas interesadas en participar en el estudio sobre el programa de tratamiento cognitivo-conductual, se realizó en base al orden en el que participaron en el primer estudio o, como mínimo, se interesaron por él. De esta forma, las 20 primeras personas que mostraron interés en el primer estudio (y en el segundo) y cumplían, a su vez, con los criterios de inclusión se asignaron al grupo de TCC mientras que las 20 restantes pasaron a formar parte de la condición de control.

Con respecto a los momentos o periodos de evaluación programados durante el estudio, después de la intervención las dos condiciones

experimentales, volvieron a rellenar los mismos cuestionarios a los que respondieron antes de comenzarla. Como línea-base se fijó la puntuación obtenida en el formato de papel en cada uno de los cuestionarios en el estudio experimental previo, tanto para la condición de control como para el grupo de TCC. En esta última condición, además de los momentos de evaluación correspondientes a antes y después del programa de tratamiento, también se programaron 3 sesiones de seguimiento, a los 3, 6 y 12 meses desde la finalización del tratamiento, en cada una de las cuales se volvieron a completar los mismos cuestionarios. La evaluación se realizó por el mismo psicólogo que hizo las evaluaciones en el estudio experimental inicial.

En la condición de control no se programó ningún tipo de intervención para el período de tiempo de espera de 3 meses (duración aproximada del programa multimétodo de TCC), de tal forma que durante ese tiempo la única intervención que pudieron estar recibiendo los miembros de dicha condición fue el tratamiento ambulatorio usual.

4.5. Participantes

Los criterios utilizados para determinar la inclusión de los participantes en el estudio fueron los que siguen: a) haber sido clasificado con SFM por un especialista según los criterios oficiales de clasificación de 1990 del ACR (Wolfe y cols., 1990); b) ser mayor de edad y c) presentar unas habilidades o capacidades de lectura, escritura y un nivel de comprensión básicos.

Por otro lado, el cumplimiento de algunos de los siguientes criterios supondría la exclusión del estudio, a saber: a) presentar una psicopatología severa, diagnosticada formalmente por un psiquiatra y/o psicólogo; b) haber participado, o estar haciéndolo en el momento de la entrevista, en el programa de tratamiento en su modalidad grupal o recibir algún tipo de asistencia, intervención o tratamiento individual o grupal de tipo psicológico; c) presentar limitaciones o dificultades significativas a nivel cognitivo, sensorial y/o motor que puedan limitar o dificultar tanto la participación en el programa de tratamiento como el aprovechamiento del mismo; d) estar en lista de espera

para algún tipo de intervención quirúrgica; e) presentar ideación suicida significativa y f) mostrar una afectación emocional significativa.

El descarte de la participación en el estudio por el cumplimiento de alguno de los dos últimos criterios de exclusión (ideación suicida y afectación emocional significativa, dependió, en primer lugar, del resultado obtenido en el Inventario de Depresión de Beck, Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Sáenz y Vázquez, 1998) y la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983). Con respecto al primero de los dos criterios, se consideró significativo el nivel de ideación suicida sí en el ítem 9 del BDI, sobre pensamientos de suicidio, se eligió como opción de respuesta la alternativa “*me suicidaría si tuviese la oportunidad*”. La significatividad de la afectación emocional supondría la presentación en un nivel grave / clínico de la sintomatología depresiva (BDI > 35 y HADS-D > 15) o de la ansiedad (HADS-A > 15), junto con una historia pasada de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, diagnosticados siempre (y formalmente) por el profesional cualificado correspondiente (psicólogo o psiquiatra).

4.6. Evaluación

4.6.1. Instrumentos de evaluación

Entrevista clínica semiestructurada. Instrumento, protocolizado y diseñado *ad hoc*, compuesto por 21 ítems para recabar datos socio-demográficos y clínicos.

Inventario de Depresión de Beck - Beck Depression Inventory (BDI) (Beck y cols., 1979). Inventario autoaplicado compuesto por 21 ítems que evalúa el estado de ánimo actual, concretamente, desde la semana previa a la evaluación hasta el día de la misma. Los 21 ítems recogen síntomas cognitivos, afectivos y somáticos o neurovegetativos definitorios del estado de ánimo deprimido. Cada ítem debe valorarse según su grado de presencia o gravedad sobre 4 opciones de respuesta graduales, escala tipo Likert, desde su ausencia (0) hasta su presencia severa y / o constante (3), en el intervalo de tiempo que

se indica en la explicación del inventario. Se utilizó la versión traducida al español y validada sobre población española del BDI (Sánz y Vázquez, 1998). El rango de puntuación obtenida en el inventario se encuentra comprendido entre 0 y 63.

Las categorías o rangos de gravedad de la depresión, según el BDI, se establecieron y diferenciaron según los puntos de corte propuestos por Beck y Steer (1993). De acuerdo con ellos, un *nivel de depresión mínimo* se correspondería con una puntuación igual o menor que 9; una puntuación total del BDI mayor o igual a 10 e inferior o igual a 16 respondería a un *nivel leve de depresión*; el *rango de gravedad moderada* estaría comprendido entre 17 y 29, mientras que se consideraría un *nivel de depresión grave* a aquellos casos en los que la puntuación es igual o superior a 30.

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983). Escala autoadministrada que consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas, de 7 ítems cada una, y que evalúa la presencia de un estado de ánimo deprimido y / o ansioso, valorada de forma independiente por cada subescala y referida a la semana previa al momento de la evaluación. Los 14 ítems que componen la escala están focalizados en aspectos o síntomas cognitivos propios, o más característicos, tanto de un estado de ánimo deprimido como ansioso. La evaluación de cada ítem supone valorar, sobre una escala tipo Likert, desde su ausencia o presencia de la característica positiva asociada implícitamente al ítem (0), hasta su presencia constante o ausencia de la característica positiva derivada indirectamente del síntoma (3). Instrumento psicométrico que ha demostrado su idoneidad en la evaluación de la alteración del estado de ánimo (deprimido y / o ansioso) en la comunidad y contexto hospitalario, al no incluir sintomatología somática inherente tanto al estado de ánimo deprimido o ansioso como a la enfermedad médica del sujeto evaluado. La versión utilizada en la evaluación psicológica fue la resultante de la adaptación al castellano de la escala original realizada por Caro e Ibáñez (1992). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala. En la versión original de la escala (Zigmond y Snaith, 1983) se proponen los mismos puntos de corte que diferencian los

niveles o rangos de gravedad tanto para la subescala de la ansiedad como para la de la depresión: normal para puntuaciones menores o iguales que 7; dudoso para valores comprendidos entre 8 y 10 y ansiedad o depresión como posible problemas clínico si la puntuación de cada una de las subescalas es igual o superior a 11.

Cuestionario de Impacto de la FM - Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (Burckhardt, Clark y Bennett, 1991). Cuestionario diseñado para la autoadministración y que mide el efecto o impacto del SFM sobre la CVRS o salud percibida a través de un conjunto de problemas o dificultades vinculadas significativamente al SFM.

En el FIQ se evalúan 10 elementos que van desde el funcionamiento físico hasta la presencia e intensidad de la afectación psicológica (tensión, nerviosismo o ansiedad y un estado de ánimo deprimido o triste), pasando por el bienestar general, la repercusión laboral del SFM y la intensidad o presencia tanto del dolor, cansancio, descanso matutino y rigidez. La valoración de cada uno de los elementos se realiza tomando como referente temporal los 7 días previos al momento de la evaluación.

Con respecto a la evaluación de cada una de los elementos, el relativo a la función física se valora mediante la capacidad para realizar 10 actividades instrumentales cotidianas. La valoración de la capacidad funcional en la ejecución de cada una de las 10 actividades se realiza sobre una escala tipo Likert desde 0 o "*siempre soy capaz*", hasta 3 o "*nunca soy capaz*". La evaluación del ítem sobre el bienestar general se efectúa indicando el número de días que se ha sentido bien, mientras que el impacto laboral se evalúa por medio del total de días que se ha faltado al trabajo y el grado de interferencia del dolor o los síntomas en la realización del trabajo. Este último elemento afecta a la esfera laboral, y los seis restantes ítems versan sobre distintos síntomas relacionados con el SFM (dolor, cansancio, descanso matutino y afectación psicológica) y se evalúan mediante una EVA, comprendida entre de 0 y 10. La puntuación total (FIQ-total) resulta de la suma de los valores obtenidos en cada EVA y los 3 primeros ítems, función física, bienestar y días de trabajo perdidos por la enfermedad. Valores altos en la puntuación total del

FIQ (máxima de 100) se corresponden con un mayor impacto o efecto del SFM sobre la salud percibida.

De las 5 versiones española del FIQ, incluida la última versión de consenso (Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia Blanco y Alegre, 2006), en el estudio se utilizó la segunda versión española del cuestionario original (Burckhardt y cols., 1991), versión adaptada y validada por de Gracia Blanco, Marcó Arbonés, Ruiz Martín y Garabieta Urquiza (2001). Aunque la versión del FIQ adaptada, validada y publicada en 2004 por Rivera y González demostró un buen e interesante comportamiento psicométrico y un mayor nivel de desarrollo e impacto, en comparación con el resto de versiones españolas del FIQ publicadas (Esteve y Batlle, 2006), se optó por utilizar la de García Blanco y cols., (2001) porque, sin diferir significativamente de la de Rivera y González (2004), modificaba la valoración de los últimos 7 ítems del instrumento. Dicha modificación consistía en la valoración de las últimas 7 dimensiones del FIQ sobre una EVA de 0 a 10, cambio que se pensó y concluyó podría facilitar la valoración de cada uno de esos ítems a los participantes del estudio.

En general, puntuaciones altas indican un mayor impacto o efecto del SFM sobre la CVRS, calificado como severo a partir de 70 (Bennett, 2005). Los niveles o categorías del impacto o efecto del SFM sobre la CVRS se obtuvieron considerando los siguientes puntos de corte: $FIQ\text{-total} \leq 50$ impacto leve, $50 < FIQ\text{-total} \leq 70$ impacto moderado e impacto severo para una puntuación del $FIQ\text{-total} > 70$ (Casanueva, 2007).

Inventario de afrontamiento al dolor crónico - Chronic Pain Coping Inventory (CPCI) (Jensen y cols., 1995). Inventario autoaplicado diseñado para evaluar la frecuencia de uso de diferentes estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales para hacer frente y / o manejar el dolor crónico durante los 7 días, o semana previa, al momento de la evaluación. Los 64 ítems, estrategias de afrontamiento, que conforman el inventario se agrupan en 8 categorías de estrategias entre las que se diferencian 4 subescalas focalizadas en el dolor crónico (protegerse, descansar, pedir ayuda y buscar apoyo social), y por otro lado, dimensiones activas o no-focalizadas en el dolor crónico (relajación, perseverancia en la tarea, ejercicios/estiramientos y

autoafirmaciones de afrontamiento). Cada comportamiento o estrategia es evaluada indicando el número de días que ha sido utilizada por la persona con dolor crónico a lo largo de la semana previa o durante los 7 días anteriores a la evaluación, oscilando el valor asignado a cada una de ellas entre 0 y 7, según sea su frecuencia de uso. Instrumento considerado útil para conocer y valorar el estilo de afrontamiento, tanto en la clínica como en el ámbito general de la investigación. Al no existir publicada en la bibliografía una versión española del inventario en el momento del estudio, adaptada y validada, se optó por utilizar una traducción del instrumento original de Jensen y cols. (1995).

Escala de Catastrofismo relacionada con el Dolor - Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995). Escala diseñada para evaluar a través de su autoaplicación la orientación (negativa y exagerada) ante los episodios de estimulación dolorosa. 13 ítems integran la escala y refieren a diferentes reacciones tanto afectivas como cognitivas al dolor. Además de proporcionar una valoración del catastrofismo, los ítems se diferencian y agrupan en 3 dimensiones que a su vez integran el constructo de catastrofismo ante el dolor y son las siguientes: desesperanza, rumiación y exageración. Cada una de las 13 reacciones cognitivas y afectivas en relación al dolor son valoradas según su grado de presencia sobre una escala tipo Likert de 5 opciones graduales de respuesta, desde su ausencia absoluta (0) hasta su presencia durante todo el tiempo (4).

En el momento tanto de la planificación como puesta en marcha del estudio no existía versión alguna publicada del PCS traducida y validada sobre población española, circunstancia por la que se convino utilizar una traducción directa del instrumento original de Sullivan, Bishop y Pivik (1995).

Escala de Autoeficacia en el Dolor Crónico - Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian, 1995). Escala elaborada y modificada para evaluar, además de la autoeficacia percibida general, las expectativas de autoeficacia para controlar el dolor, realizar actividades físicas y controlar o manejar otros síntomas asociados al dolor crónico. Cada uno de los 22 ítems hace referencia bien a una actividad o a un resultado específico, cuestionándose en cada uno de ellos el grado o nivel

de eficacia o capacidad percibida (seguridad) en su ejecución o logro. Al ser el formato de respuesta tipo Likert la expectativa de autoeficacia sobre la realización de cada actividad o consecución de cada logro podía estar comprendida entre 10 (nada seguro) o 100 (totalmente seguro). La puntuación total de la escala y de cada una de las dimensiones que la integran también está comprendida entre 10 y 100, representando valores próximos a 100 una alta autoeficacia percibida, mientras que valores bajos, próximos a 10, se pueden interpretar como bajas o nulas expectativas de autoeficacia. Instrumento resultado de la adaptación de la escala más utilizada para evaluar la autoeficacia percibida en artritis, Arthritis Self-efficacy Scale (Lorig, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989) es una medida ampliamente utilizada en el dolor crónico (Miles y cols., 2011) donde la prueba ha mostrado unas excelentes propiedades psicométricas, también en el caso del SFM (Wells-Federman y cols., 2003).

4.7. Programa de intervención

El tratamiento aplicado en este estudio experimental consistió en un programa multicomponente de orientación cognitivo-conductual basado, a su vez, en el tratamiento psicológico del dolor crónico desarrollado por H. C. Philips en el Shaughnessy Hospital de Vancouver (Canadá) y, concretamente, en la versión española de dicho tratamiento protocolizado en el manual publicado en 1991 (Philips, 1991).

El programa de TCC estaba dividido en 10 sesiones o módulos, aplicados todos ellos con una periodicidad semanal y con una duración máxima de 2 horas cada uno. Todos los módulos se impartieron siempre en horario de tarde y en el IPR, en una sala adecuada para el trabajo grupal. Cada grupo de intervención estuvo formado por entre 7 y 10 personas.

La estructura de cada una de las sesiones siguió el esquema propuesto por Philips en su manual (Philips, 1991), con algunas modificaciones, sobre todo en la presentación didáctica de las mismas, con el fin de que cada módulo reflejase la evidencia acumulada en el momento de la elaboración del

programa sobre el SFM (véase el Anexo 1). De acuerdo con la secuencia establecida por Philips (1991), en cada una de las sesiones del tratamiento cognitivo-conductual multicomponente se diferenciaron estas fases: a) discusión sobre la tarea asignada para realizar en el periodo entre sesiones; b) presentación didáctica del tema central a tratar en el módulo; c) demostración y práctica de la técnica, habilidades y estrategias correspondientes con la temática de la sesión y d) asignación de las tareas para casa.

En la *primera sesión, Introducción al tratamiento*, se responde a las cuestiones centrales de "qué es la FM" y "cuáles son sus causas". La información proporcionada cubre los aspectos básicos sobre el síndrome (criterios de diagnóstico y síntomas más característicos) y de sus causas (causalidad múltiple). Junto a esta información se aborda "por qué un programa psicológico para el tratamiento de la FM". La respuesta a esta pregunta se fundamenta en la influencia de los factores psicológicos en la modulación del dolor: factores conductuales, cognitivos y emocionales (Teoría de la puerta). De este modo se promueve un afrontamiento activo de la FM.

La *segunda sesión* del programa se dedica a la *relajación*, y más concretamente, de la relajación muscular progresiva. Se centra en el círculo dolor-tensión-dolor e introduce la relajación como una forma de romper este. La sesión finaliza con una práctica grupal de la técnica y animando al grupo a que la ejerciten como tarea para casa. Con este fin se les proporciona un CD con la grabación de la relajación muscular progresiva.

La *tercera sesión* se centra en *las emociones*, y consiste en explicar la influencia que sobre el SFM ejercen dichas emociones, completándose el módulo con la demostración y práctica de la técnica de control de la activación de la respiración tranquilizadora. Se anima a los miembros del grupo a que identifiquen tanto las situaciones desencadenantes de reacciones emocionales y los síntomas físicos que suelen acompañar a sus reacciones emocionales y ponga en práctica la habilidad de la respiración tranquilizadora.

El *cuarto módulo* se centra en las *actividades diarias y dolor* y en su capacidad para producir una mejora o empeoramiento en la sintomatología del

SFM. Estos factores se presentan como los patrones de inactividad excesiva o sobrecarga de actividad.

El *quinto módulo* aborda el *insomnio y las disfunciones sexuales*, como trastornos asociados al SFM. Aborda aspectos, caso del insomnio (Edinger, Wohlgemuth, Krystal y Rice, 2005), que son frecuentes en estos pacientes. No obstante, se trata de contenidos que no son abordados habitualmente en este tipo de programas (véase la Tabla 2).

La *sexta sesión* se centra en la aplicación de la estrategia de *solución de problemas*, como una ayuda para la búsqueda y puesta en práctica de soluciones efectivas ante los problemas procedentes u originados a partir del propio padecimiento del SFM.

El *séptimo módulo* va dirigido a los *pensamientos negativos* relacionados con el dolor, dedicando la parte aplicada de la sesión al uso de la reestructuración cognitiva.

La *octava sesión* se dedica a tratar las consecuencias que la *focalización de la atención y la queja* tienen en el *mantenimiento del dolor*. De esta forma, el componente didáctico del módulo consiste en explicar los efectos negativos que a corto y largo plazo produce focalizar excesivamente la atención en el SFM.

Dado que las alteraciones en la esfera cognitiva son frecuentes, llegando a preocupar en mayor grado que lo hacen otros síntomas o problemas asociados al síndrome (Glass, 2006), la penúltima sesión del programa de tratamiento, *sesión novena*, se dedica al *deterioro intelectual*. Se explican una serie de estrategias útiles para hacerle frente al deterioro cognitivo y fomentar la memoria.

En el último módulo del programa, *décima sesión*, se realiza una *revisión* de lo abordado durante el tratamiento. Se busca reforzar en cada uno de los miembros del grupo, el mensaje de que son una parte activa y responsable de los logros y cambios conseguidos hasta ese momento, instándoles a que incorporen en su vida las estrategias y habilidades

aprendidas a través de su práctica regular y continua, previniendo posibles recaídas.

El programa de tratamiento no fue aplicado por el autor de esta tesis. Esta tarea la abordó un psicólogo experto en la aplicación de la TCC en dolor y con experiencia específica en el SFM.

4.8. Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (Versión 15).

A diferencia del *análisis por protocolo*, entre los datos finales analizados en el estudio se incluyeron a todos los participantes del mismo aunque no hubiesen cumplido o completado el procedimiento propio de cada una de las condiciones experimentales, *principio de intención de tratar*, con el fin de minimizar la probabilidad de sesgo en los resultados y mantener el equilibrio logrado con la aleatorización (Montari y Guyatt, 2001; O'Connor y Dworkin, 2010). La imputación de los valores perdidos tanto al final de la intervención como durante el seguimiento se realizó sustituyendo el dato ausente por el valor del mismo antes de comenzar la intervención (*base line observation carried forward*). Aunque la atribución de datos perdidos mediante el último valor obtenido (*last observation carried forward*), es un método de imputación utilizado comúnmente, se eligieron los valores de línea base como los datos imputados para evitar o reducir una posible sobreestimación de los efectos positivos de la intervención (O'Connor y Dworkin, 2010).

El nivel de significación para considerar una diferencia estadísticamente significativa se estableció para $\alpha \leq 0,05$.

4.8.1. Descripción sociodemográfica y clínica

Las variables utilizadas en la definición sociodemográfica de los participantes en el estudio fueron las siguientes: edad, estado civil, nivel de

estudios y ocupación laboral actual. Los rasgos definitorios del perfil de salud se agruparon de tal forma que este nivel de definición se diferenció, a su vez, en dos subperfiles. Por un lado, las variables relativas al tiempo padeciendo el dolor crónico generalizado (DCG), enfermedades previas y la existencia de algún acontecimiento asociado a la aparición crónica y generalizada del dolor, delimitaron el perfil de salud denominado "*historia con el DCG*". Por otro lado, los rasgos referidos al SFM como categoría de clasificación, esto es, tiempo transcurrido desde la clasificación, procedencia de la misma, existencia de antecedentes familiares clasificados y tratamiento, tanto farmacológico como alternativo, fijaron la significación del perfil de salud *historia con el SFM*.

De acuerdo con los tipos de medidas descriptivas básicas utilizadas en la definición del perfil sociodemográfico y de salud de los participantes (media, desviación típica y distribución de frecuencias), la comparación de las condiciones experimentales en los valores de las variables cualitativas (politómicas) nominales y dicotómicas se realizó mediante la prueba chi-cuadrado y el test exacto de Fisher, respectivamente. Por otro lado, la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables cuantitativas incluidas en el perfil sociodemográfico y de salud se comprobó utilizando la *t* de student para muestras independientes.

4.8.2. Descripción y comparación cuantitativa

Para la descripción y comparación cuantitativa, tanto de la muestra total como de los grupos/condiciones experimentales, se utilizaron los parámetros estadísticos básicos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica) en las diferentes medidas de cada una de las variables (dependientes) clínicas del estudio.

Las conclusiones sobre la existencia de diferencias inter e intrasujeto estadísticamente significativas, componente principal de la estrategia analítica seguida en la descripción y comparación cuantitativa de los datos, se realizaron desde una aproximación paramétrica o no-paramétrica en función del cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Para

contrastar las hipótesis de homogeneidad de varianzas se utilizó la prueba de Levene, mientras que la hipótesis sobre la distribución normal se aceptó o rechazó en base a dos pruebas de significación. En este sentido, junto al contraste de normalidad de Kolmogorov-Smirnov también se incluyó como premisa del supuesto de normalidad al estadístico de Shapiro-Wilk, prueba recomendada para contrastar el ajuste de muestras pequeñas ($n < 50$) a una distribución normal. Se aceptó la hipótesis de normalidad sólo cuando el nivel de significación en los dos contrastes fue mayor o igual al nivel de significación establecido ($p \geq 0,05$)

Para aquellas medidas en las que se cumplieron tanto el supuesto de homocedasticidad (Levene) como el de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk), la técnica estadística, paramétrica, utilizada como procedimiento analítico fue el Análisis de Varianza (ANOVA) de medidas repetidas.

Considerando los momentos temporales previo y posterior a la intervención, el ANOVA factorial realizado fue mixto o 2×2 con los grupos o condiciones experimentales (TCC y control) como factor intersujeto y el tiempo o momento evaluado (antes y después de la intervención) como factor intrasujeto. Junto a los valores relativos a los grados de libertad, valor del estadístico F univariado y el nivel crítico asociado al mismo, la expresión de cada uno de los efectos se completó con los datos sobre el tamaño del efecto y la potencia observada. El significado del efecto inter-sujetos (tiempo, tiempo x condición experimental) e intra-sujetos (condición experimental) se precisó mediante un gráfico de perfil y las comparaciones múltiples para los efectos simples.

En condiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas, la situación experimental relativa al efecto de la condición experimental TCC entre los 5 niveles del factor tiempo (antes, después, 3, 6 y 12 meses) se resolvió mediante un ANOVA de medidas repetidas. La representación gráfica del efecto (evolución y tendencia) en la correspondiente gráfica de líneas o de perfil y las comparaciones (múltiples) dos a dos entre los niveles del factor tiempo, se utilizaron para interpretar este efecto. Con respecto al supuesto de esfericidad, si el nivel crítico asociado al estadístico W de la prueba de

esfericidad de Mauchly impedía rechazar la hipótesis de esfericidad se utilizó el estadístico F univariado en su versión *Esfericidad asumida* ya que, en condiciones de esfericidad, es aconsejable utilizar la aproximación univariada por resultar más potente que los estadísticos multivariados, sobre todo con muestras pequeñas (Pardo y Ruiz, 2002). Por el contrario, en el caso de que el estadístico W llevase a rechazar la hipótesis de esfericidad, se optó por continuar dentro del marco de ANOVA y basar la decisión sobre la hipótesis de igualdad de medias en la versión corregida de *Greenhouse-Geisser* del estadístico univariado F. De igual forma que en el ANOVA 2x2, la expresión de cada uno de los efectos, significativos o no, se realizó añadiendo al valor del estadístico univariado F y sus grados de libertad y su nivel crítico asociado (p) los datos relativos al tamaño del efecto y la potencia observada.

En aquellas medidas en las que se incumplían los supuestos de normalidad y/u homocedasticidad como procedimientos analíticos se utilizaron técnicas estadísticas no paramétricas para los contrastes de los efectos simples.

En las comparaciones entre los niveles de un factor dentro de cada nivel del otro, siendo uno de ellos la condición experimental (TCC y control) y otro el tiempo o momento evaluado (antes y después de la intervención), las diferencias intersujeto se evaluaron mediante la Prueba U de Mann-Whitney, mientras que la significatividad de las diferencias intrasujeto se analizó mediante la Prueba de Wilcoxon.

La aceptación o rechazo de la hipótesis sobre la igualdad de medias entre los 5 niveles del factor tiempo (antes, después, 3, 6 y 12 meses del programa de tratamiento) en la condición experimental TCC, se resolvió mediante la Prueba de Friedman en condiciones de ausencia de normalidad y/u homogeneidad de varianzas. En el caso de que la prueba resultase significativa, el análisis de esta situación experimental se completó con la Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, con el objetivo de determinar los niveles del factor tiempo entre los cuales la medida difería significativamente.

En aquellas medidas en las que bien el contraste paramétrico (ANOVA), como no paramétrico (Prueba de Friedman), señaló como significativo el efecto del factor tiempo entre sus cinco niveles en la condición experimental TCC, la tasa de error tipo I se controló mediante el método de corrección de Benjamini-Hochberg (Benjamini y Hochberg, 1995). Aunque los niveles críticos asociados a las comparaciones dos a dos entre los niveles del factor tiempo también se ajustaron mediante la corrección de Bonferroni, la decisión sobre las diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones múltiples se basó únicamente en el resultado obtenido de aplicar el procedimiento de ajuste de Benjamini-Hochberg, al resultar este método de ajuste más potente que la corrección de Bonferroni (Thissen, Steinberg, y Kuang, 2002).

La estrategia de análisis seguida en la descripción y comparación cuantitativa de los datos se completó con la comprobación y examen tanto de la tasa de cambio de las medidas que cambiaron significativamente en la condición experimental de TCC después del programa de tratamiento, como del tipo de relación existente entre las mismas. Para ello, en primer lugar, se calculó la tasa de cambio aplicando la siguiente la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Puntuación antes} - \text{Puntuación después}}{\text{Puntuación antes}} * 100$$

, examinando a continuación la relación entre la tasa o porcentaje de cambio entre las medidas mediante la prueba de correlación de Pearson.

4.8.3. Significación clínica: descripción y comparación cualitativa

Las medidas cuyas diferencias se concluyeron como significativas por los contrastes estadísticos en la comparación cuantitativa de los datos (estrategia analítica primaria) se representaron y analizaron, cualitativamente, en términos de los cambios en la frecuencia absoluta y porcentaje acumulado en las diferentes categorías, distribuciones porcentuales que reflejan la significación clínica de dichas diferencias.

Entre las medidas utilizadas en el estudio se diferencian aquellas cuyo resultado puede describirse tanto de forma cuantitativa como cualitativa ordinal o cuasi-cuantitativa y las que sólo se pueden representar y analizar de forma

cuantitativa. Con el fin de incluir a estas últimas en el proceso estadístico realizado en la comparación cualitativa de los datos, componente adicional de la estrategia analítica seguida en el estudio, las cuantitativas se transformaron en cuasi-cuantitativas o cualitativas ordinales. Para esta conversión “*ad hoc*” se diferenciaron categorías o niveles de puntuación/gravedad de acuerdo a la escala u opciones de respuesta sobre los que se valoraba el instrumento de evaluación o medida.

Para las medidas cuyos puntos de corte de las categorías o niveles de puntuación/gravedad se habían establecido y validado a nivel poblacional, los cambios o diferencias intersujeto en las frecuencias absolutas acumuladas se evaluaron mediante la Prueba de Mann-Whitney, mientras que las diferencias ordinales intrasujeto se analizaron aplicando la Prueba de Friedman. En el caso de las medidas cuasi-cuantitativas o cualitativas ordinales “*ad hoc*”, estas no se sometieron a ningún contraste estadístico, consistiendo la estrategia analítica seguida en ellas en la descripción y comparación de las distribuciones porcentuales según las categorías o rangos en los que se haya dividido cada una de ellas y sólo para las diferencias cuantitativas estadísticamente significativas.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1. Selección de la muestra y asistencia

El flujo de los participantes del estudio en cada etapa del mismo se representa en el diagrama de la Figura 4, de acuerdo con el modelo de diagrama de flujos incluido en la versión ampliada de la declaración CONSORT referida a ensayos clínicos de tratamientos no-farmacológicos (Boutron y cols., 2008).

De los 57 casos de personas clasificadas con SFM remitidos para participar en el programa, se descartó su participación en 14 casos, bien por motivos personales, bien por incumplir o cumplir alguno de los criterios de inclusión o exclusión.

Por motivos personales, 6 casos clasificados con SFM rehusaron a participar alegando. Sólo una persona se negó a participar debido a las propias características del programa, aduciendo como motivo de su negativa a participar el formato de aplicación grupal del tratamiento.

De acuerdo con los diferentes criterios de inclusión y exclusión establecidos, en 6 casos se optó por descartar su participación debido al cumplimiento o incumplimiento de alguno de ellos. Por un lado, 2 personas no fueron incluidas al presentar dificultades o limitaciones en la esfera cognitiva (comprensión, escritura y lectura). Por otro lado, 2 casos presentaron una dificultad grave sensorial: cataratas y ausencia de sensibilidad en la mano derecha respectivamente, además de sumarse a uno de ellos el encontrarse en lista de espera para ser sometido a intervención quirúrgica, condiciones que

supusieron su no-inclusión en la siguiente fase del estudio. Por último, se excluyeron a 2 personas por conocer el programa, al haber participado anteriormente en la aplicación grupal del mismo en la Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM).

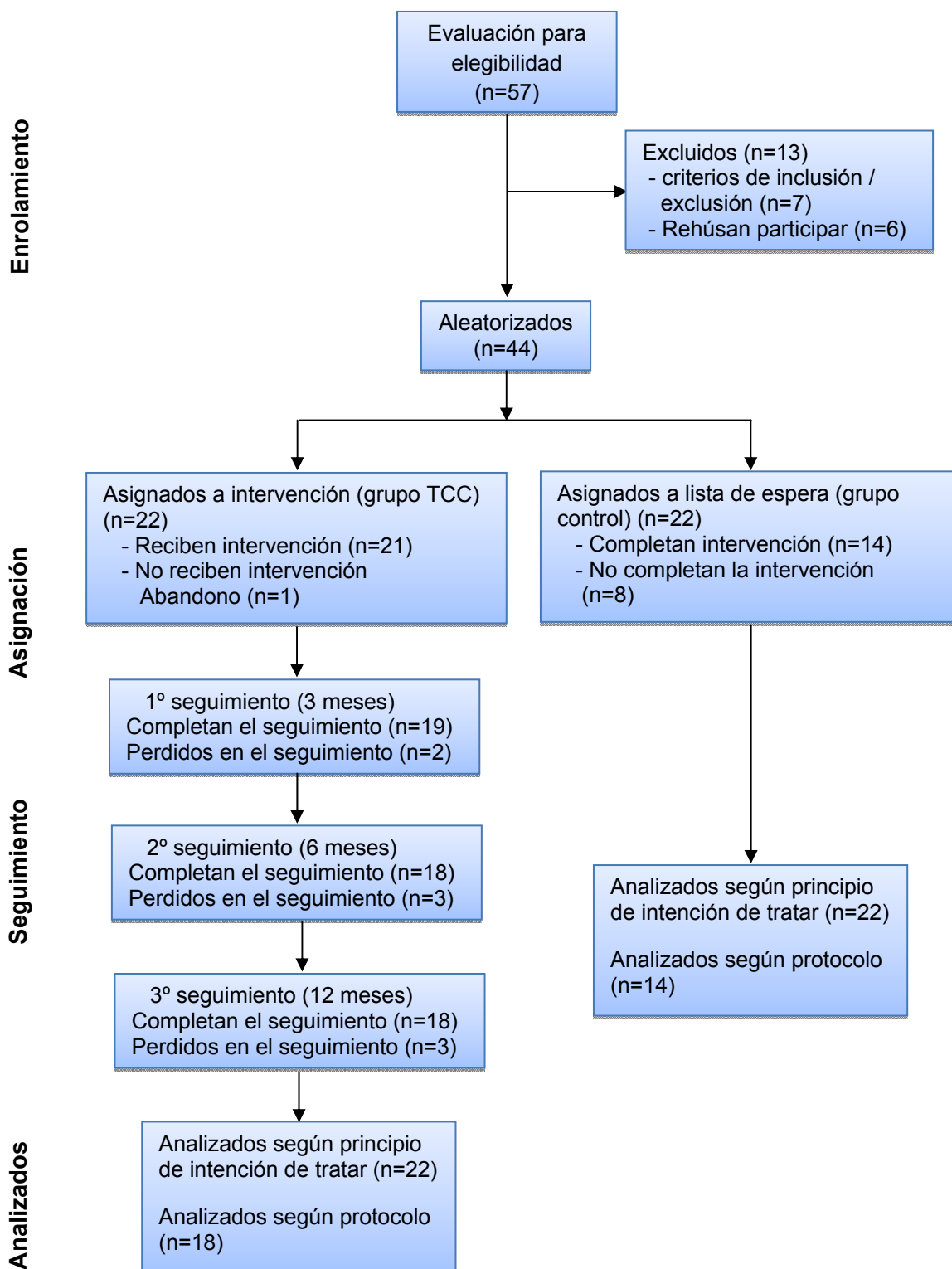
La ideación suicida no se presentó en un grado significativo en ninguno de los 45 participantes que cumplieron todos los criterios de inclusión e incumplieron los de exclusión en su totalidad, así como en los casos que se excluyeron bien por satisfacer alguno de los criterios de exclusión o infringir alguno de los criterios de inclusión.

La presencia de sintomatología depresiva grave ($BDI > 35$ y $HADS-D > 15$) se mostró de forma conjunta en un solo potencial participante, el cual no tenía antecedentes de diagnóstico formal de trastornos del estado de ánimo, por lo cual no se excluyó del estudio. Con respecto a la afectación emocional manifestada por la presencia de sintomatología ansiosa, ésta se presente en un nivel clínico, $HADS-A > 15$, en 7/45 de los casos, 16% de la muestra. De acuerdo con el criterio total de exclusión, en un solo caso el nivel clínico de ansiedad estuvo acompañado por un antecedente de diagnóstico formal de trastorno del estado de ánimo y/o ansiedad, trastorno mixto ansioso-depresivo en este caso. Al cumplir con la totalidad del criterio de exclusión se optó por descartar a esta persona como potencial participante del estudio.

Superada la fase de enrolamiento, y después de la asignación aleatoria de la muestra ($n=44$) a cada una de las dos condiciones experimentales (TCC y control), el 20% de la muestra, 9/44 participantes, no completaron el protocolo propio del grupo o condición a la que fueron asignados. En particular, y como se muestra en la Figura 4, un participante de la condición de TCC, 4% de la muestra de ese grupo, no asistió a ninguna de las sesiones del programa de tratamiento, aduciendo falta de interés. El porcentaje medio de asistencia a sesión, por parte de los 21 participantes que completaron el protocolo de la condición TCC fue del 93%, 81% del grupo asistió a un mínimo de 9 sesiones y sólo el 19% a 8 o más sesiones. En el grupo control, como también se muestra en el diagrama de flujos de la Figura 4, 8 de los 22 participantes asignados aleatoriamente al mismo, 36% de la muestra de esta condición, no completaron

el protocolo de la misma, indicando como motivo principal para no volver a ser evaluados, finalizado el tiempo de espera y en aquellos casos que respondieron a la llamada telefónica, la ausencia de tiempo para asistir al IPR.

Figura 4.
Diagramas de flujos según la participación en el estudio



5.2. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas

5.2.1. Descripción sociodemográfica de la muestra total y comparación en línea base de los grupos experimentales

La muestra total de 44 participantes del estudio, fueron mujeres en su totalidad, con una media de edad de 52 años (DE=10,05), casadas, como estado civil mayoritario, 33 (75%), y con una de las siguientes ocupaciones en el momento de participar en el estudio: activa, 13 (29,5%); baja laboral, 11 (25%) o inactiva, 10 (22,7%) (véase la Tabla 5).

Ninguna de las variables sociodemográficas resultó significativamente diferente entre las condiciones experimentales TCC y control, al ser, como se muestra en la Tabla 5, el valor del nivel crítico asociado tanto al estadístico chi cuadrado (estado civil, estudios y ocupación) como a la *t* de Student (edad) superior al nivel de significatividad en todas ellas.

Los participantes pertenecientes al grupo control y que no respondieron a la evaluación al final del tiempo de espera (n=8) no resultaron significativamente diferentes con respecto al grupo de participantes que sí completaron el procedimiento de esta condición experimental (n=14) ni en la variable sociodemográfica de edad ($t_{20}=0,21$, $p=0,98$), estado civil ($\chi^2_{(2)}=1,26$, $p=0,53$) ni en la correspondiente a la ocupación ($\chi^2_{(4)}=4,57$, $p=0,33$), mientras que sí lo fueron en la variable relativa al nivel de estudios ($\chi^2_{(5)}=1,68$, $p=0,04$). Con respecto a la distribución en esta variable en cada uno de los grupos, en el grupo que abandonó el procedimiento, n=8, la frecuencia y porcentaje en cada una de las categorías de la misma fueron las siguientes: sin estudios 2 (25%), estudios primarios 2 (25%), bachillerato 1 (12,5%), FP 2 (25%) y licenciado 1 (12,5%). Por el contrario, las categorías de la variable estudios en el grupo que completó el procedimiento, n=14, presentaron las siguientes frecuencias y porcentajes: estudios primarios 9 (64,3%), diplomado 2 (14,3%) y licenciado 3 (21,4%).

Tabla 5.
Variables sociodemográficas de la muestra total, condiciones experimentales y comparación entre condiciones

Variable sociodemográfica	Total (n=44)	TCC (n=22)	Control (n=22)	p
Sexo				
Hombres	0	0	0	
Mujeres	44 (100)	22 (100)	22 (100)	0,45
Edad				
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	
Años	52,34 (10,05)	53,50 (8,56)	51,18 (11,43)	
Rango	34 - 76	40 - 69	34-76	
Estado civil				
	F (%)	F (%)	F (%)	
Soltero	2 (4,5)	2 (9,1)	----	
Casado	33 (75)	18 (81,8)	15 (68,2)	0,07
Divorciado	1 (2,3)	1 (4,5)	2 (9,1)	
Separado	3 (6,8)	1 (4,5)	----	
Viudo	5 (11,4)	----	5 (22,7)	
Estudios				
	F (%)	F (%)	F (%)	
Sin estudios	2 (4,5)	----	2 (9,1)	
Primarios	24 (54,5)	13 (59,1)	11 (50)	
Bachillerato	5 (11,4)	4 (18,2)	1 (4,5)	0,33
F.P.	4 (9,1)	2 (9,1)	2 (9,1)	
Diplomados	4 (9,1)	2 (9,1)	2 (9,1)	
Universitarios	5 (11,4)	1 (4,5)	4 (18,2)	
Ocupación				
	F (%)	F (%)	F (%)	
Inactivo	10 (22,7)	4 (18,2)	6 (27,3)	
Activo	13 (29,5)	7 (31,8)	6 (27,3)	
Parado	5 (11,4)	2 (9,1)	3 (13,6)	0,91
Estudiante	----	----	----	
Baja laboral	11 (25)	6 (27,3)	5 (22,7)	
Jubilado	5 (11,4)	3 (13,6)	2 (9,1)	

* $p \leq 0,05$

5.2.2. Descripción clínica de la muestra total y comparación en línea base de los grupos experimentales

5.2.2.1. Descripción clínica (I): historia con el trastorno

Según cada una de las variables clínicas que describen la historia con el dolor crónico generalizado (DCG), como principal síntoma del SFM y antes de

recibir la clasificación formal de SFM, el promedio de años padeciendo el DCG, en la muestra total (N=44), fue de 13 años (DE=11,19). Con respecto a la diferenciación del tiempo en categorías, ninguna de las participantes informó haber padecido DCG durante un tiempo menor a 1 año. Esta variable se calculó sobre 41 participantes, debido a que en 3 casos no se pudo informar, ni siquiera de forma aproximada, del tiempo transcurrido desde que comenzaran a padecer el DCG. Junto a la variable tiempo, la historia antes de haber sido clasificados como SFM, en la muestra total (N=44), se completó con el padecimiento de alguna enfermedad/es previa/s al DCG, 28 (64%), mientras que, como se puede apreciar en la Tabla 6, la mitad de la muestra total (N=44) no identificó acontecimiento o hecho alguno asociado al inicio del DCG, 24 (55%), mientras que el resto de la misma, 20 (45%), sí lo hizo.

Con relación a los participantes de la muestra total (N=44) que informaron del padecimiento de alguna/s enfermedad/es previa/s al DCG, y de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) (World Health Organization, 1994), las enfermedades del aparato locomotor estuvieron presentes en 18 (64%) participantes. En menor proporción que las anteriores, se informó también del padecimiento de enfermedades endocrinas, 4 (9%), neoplasmas, 5 (11%) y enfermedades del SNC y de los órganos sensoriales, 6 (14%). Otras enfermedades se presentaron en 1 ó 2 participantes, entre ellas, enfermedades del sistema respiratorio, genitourinario, circulatorio, de la piel y del sistema digestivo, todas ellas agrupadas en la categoría “otras” con una frecuencia y porcentaje total igual a 9 (20%).

Como se puede observar en la Tabla 6, las dos condiciones experimentales, no se diferenciaron significativamente en ninguna de las variables clínicas sobre la historia con el DCG antes de ser clasificado como SFM.

Con respecto a las diferencias en las variables clínicas sobre la historia con el DCG entre el grupo de participantes que respondió (n=14) y el que no lo hizo (n=8) a la evaluación final en la condición experimental de control, dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ni en la variable a

cerca del tiempo con el dolor, tanto en años ($t_{(19)}=0,08$, $p=0,94$) como por categorías ($\chi^2_{(2)}= 2,86$, $p=0,24$), ni en la relativa a la presencia de enfermedades del aparato locomotor antes de la clasificación con SFM ($p=0,65$), ni en la existencia de algún acontecimiento asociado o relacionado con el inicio del DCG ($\chi^2_{(5)}=7,74$, $p=0,17$).

Tabla 6.
Variables clínicas I (historia con el DCG) en la muestra total, condiciones experimentales y comparación entre las condiciones

Variable clínica	Total (N=44)	TCC (n=22)	Control (n=22)	p
Tiempo con DCG (Años)	\bar{X} (DE) 13,61 (11,19) Rango 2 - 50	\bar{X} (DE) 14,9 (12,07) Rango 2 - 50	\bar{X} (DE) 12,38 (10,44) Rango 2 - 33	0,48
Tiempo con DCG	F (%)	F (%)	F (%)	
< 1 años	----	----	----	
1 a 5 años	10 (24)	3 (15)	7 (33)	
6 a 10 años	12 (29)	8 (40)	4 (19)	0,23
> 11 años	19 (46)	9 (45)	10 (48)	
Enfermedades previas	F (%)	F (%)	F (%)	
No	16 (36)	7 (32)	9 (41)	
Si	28 (64)	15 (68)	13 (59)	
Aparato locomotor	18 (64)	8 (53)	13 (77)	0,62 ^a
Acontecimiento asociado	F (%)	F (%)	F (%)	
Psicológico	4 (9)	3 (14)	1 (4)	
Hecho traumático	3 (7)	1 (4)	2 (9)	
Post-operatorio	2 (4)	----	2 (9)	0,43
Biológico	3 (7)	1 (4)	2 (9)	
Otro	8 (18)	3 (14)	5 (23)	
Ninguno	24 (55)	14 (64)	10 (45)	

^a Valor del nivel crítico asociado a la prueba exacta de Fisher sobre la diferencia en la presencia/ausencia de enfermedades del aparato locomotor (al menos una) entre las condiciones experimentales

* $p \leq 0,05$

5.2.2.2. Descripción clínica (II): historia con el SFM

De acuerdo con la historia de la muestra total (N=44) con relación al SFM, según las variables clínicas incluidas en el estudio (véase la Tabla 7), el promedio de tiempo transcurrido desde que recibieron la clasificación de SFM fue igual a 51 meses (DE=38,89), equivalente a 4 años, aproximadamente. Diferenciada esta variable por categorías, como se puede observar en la Tabla

7, la mayoría de participantes de la muestra total (N=44) fueron clasificados entre los años 2001 y 2005 y el facultativo que aplicó los criterios de clasificación fue, mayoritariamente, un reumatólogo, 36 (84%).

Tabla 7.
Variables clínicas II (historia con el SFM) en la muestra total, condiciones experimentales y comparación entre las condiciones

Variable clínica	Total (N=44)	TTC (n=22)	Control (n=22)	p
Tiempo clasificado (meses)	\bar{X} (DE) 51,49 (38,39) Rango 1 – 168	\bar{X} (DE) 57,95 (40,85) Rango 1 – 168	\bar{X} (DE) 44,71 (35,33) Rango 2 – 132	0,26
Tiempo clasificado < 1 año	F (%) 8 (18)	F (%) 3 (14)	F (%) 5 (23)	0,71
1 a 5 años	23 (52)	11 (50)	12 (54)	
6 a 10 años	11 (25)	7 (32)	4 (18)	
>11 años	2 (4)	1 (4)	1 (4)	
Procedencia clasificación	F (%)	F (%)	F (%)	0,25
Reumatólogo	36 (84)	16 (73)	20 (91)	
Atención primaria	7 (14)	5 (23)	2 (9)	
Traumatólogo	1 (2)	1 (4)	----	
Medicina interna	----	----	----	
Otro	----	----	----	
Antecedentes familiares	F (%)	F (%)	F (%)	1,00 ^a
Si	8 (18)	4 (18)	4 (18)	
No	36 (82)	18 (83)	18 (82)	
Tratamiento farmacológico	F (%)	F (%)	F (%)	1,00 ^a
Si	40 (91)	20 (91)	20 (91)	
No	4 (9)	2 (9)	2 (9)	
Técnica terapéutica alternativo	F (%)	F (%)	F (%)	0,75 ^a
Si (ahora)	17 (39)	9 (41)	8 (36)	
Si (pasado)	11 (25)	6 (27)	5 (23)	
No	16 (36)	7 (32)	9 (41)	

^a Valor del nivel crítico asociado a la prueba exacta de Fisher sobre la diferencia en la presencia de antecedentes familiares clasificados con SFM y uso de tratamiento farmacológico y TTA (en esta variable se comparó el uso actual con la ausencia de uso)

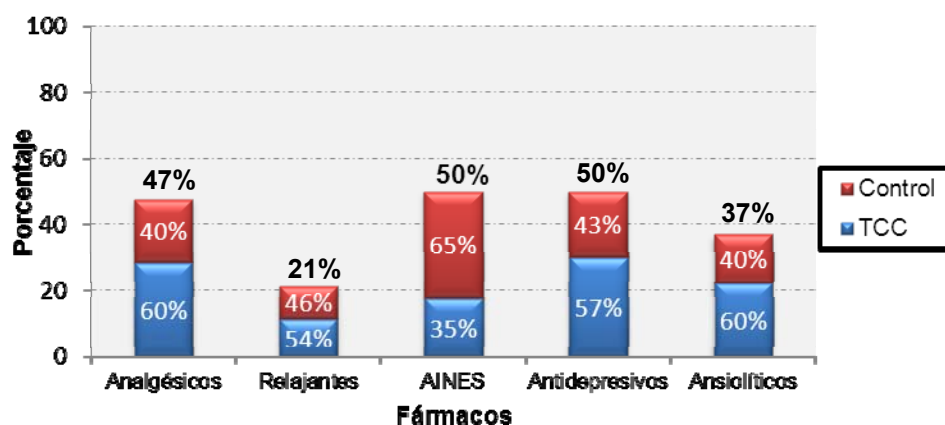
Junto al tiempo y la procedencia de la clasificación, la mayoría de la muestra no presentó ningún antecedente familiar clasificado con SFM. Por último, respecto a la modalidad terapéutica usada, muy pocos participantes no

utilizaban fármacos para intentar aliviar y/o controlar los síntomas del SFM, 4 (9%). Por otro lado, hubo un escaso uso, con anterioridad al comienzo del estudio, de técnicas terapéuticas alternativas (TTA), 16 (36%).

La diferencia entre las condiciones experimentales, TCC y control, no resultó, en ninguna de las variables clínicas sobre la historia con el SFM, estadísticamente significativa, como se puede observar en la Tabla 7.

Con respecto al uso general (N=44), y en el momento de iniciar el estudio, de los principales fármacos para el tratamiento del SFM (Rivera y cols., 2006), los más utilizados fueron los antiinflamatorios no esteroides (AINES) y los antidepresivos, seguidos por los analgésicos y ansiolíticos, y, por último, los relajantes, como se puede observar en la Figura 5. La diferencia intergrupal en el consumo/no consumo inicial de cada uno de los fármacos, entre las condiciones, no fue estadísticamente significativa en ninguno de los fármacos (prueba exacta de Fisher superior a 0,05 en todos ellos).

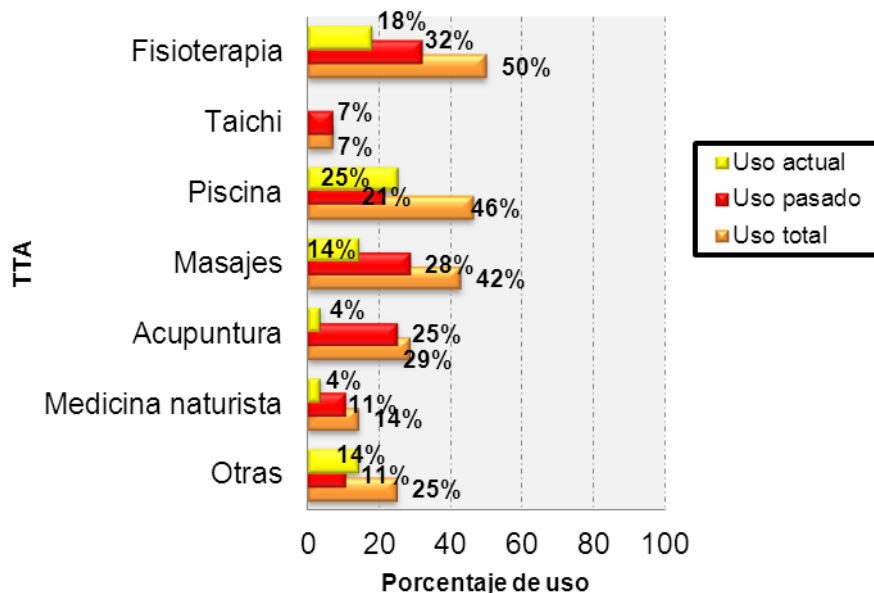
Figura 5.
Fármacos utilizados en el tratamiento del SFM por la muestra total y las condiciones experimentales



Entre las TTA informadas por la muestra total (N=44), la más utilizada, fue la fisioterapia, seguida por la piscina, los masajes, la acupuntura, la medicina natural y otras, resultando el Taichí la TTA menos utilizada (véase la Figura 6). Si se considera las TTA según su uso actual, se ordenarían de la siguiente forma, desde la más a la menos utilizada en el momento de comenzar la intervención: piscina, fisioterapia, masajes, otras, acupuntura, medicina

natural y Taichí. Por el contrario, si se escoge como criterio el uso pasado, antes de comenzar la intervención, el orden es: fisioterapia, masajes, acupuntura, piscina, medicina natural, otras y Taichí. La diferencia con respecto al uso de cada una de las TTA en el momento de comenzar la intervención, al no resultar en ninguna de ellas el valor del nivel de significación asociado a la prueba exacta de Fisher inferior a 0,05, no fue estadísticamente significativa entre las condiciones experimentales. Las TTA que se incluyeron en la categoría de “otras” fueron ejercicio, electroestimulación, quiropráctica y yoga.

Figura 6.
Técnicas terapéuticas alternativas (TTA) utilizadas en el tratamiento del SFM



No fue estadísticamente significativa la diferencia en las variables sobre la historia con el SFM, entre el grupo de participantes que no completaron el procedimiento en el grupo control (n=8) y el grupo que sí lo hizo (n=14) en ese mismo grupo, al responder a la evaluación al final del período de tiempo de espera. En este sentido, y dado el valor del nivel crítico asociado a cada una de las pruebas estadísticas en las diferentes variables analizadas, ni en el tiempo con la clasificación de SFM, tanto en meses ($t_{(19)}=-0,39$, $p=0,69$) como por categorías ($\chi^2_{(3)}= 0,96$, $p=0,81$), procedencia de la clasificación de SFM ($\chi^2_{(1)}=0,17$, $p=0,67$), existencia de antecedentes familiares clasificados ($p=0,53$) ni en el uso general de la modalidad terapéutica farmacológica ($p=0,12$) como no-farmacológica, TTA, ($p=0,25$), alcanzó la significación estadística.

5.3. Análisis de las variables emocionales

5.3.1. Análisis de la sintomatología depresiva

5.3.1.1. Descripción y comparación cuantitativa

Según la puntuación promedio obtenida por la muestra total en cada una de las dos medidas de la sintomatología depresiva: la presencia de síntomas cognitivos, afectivos y neurovegetativos característicos de un estado de ánimo deprimido fue moderada, al resultar la media de la medida BDI igual a 18,80 (DE=11,02), mientras que el estado de ánimo deprimido, evaluado por la subescala de depresión del HADS, HADS-D, fue normal, al resultar el valor medio igual a 7,77 (DE=4,49).

Tabla 8.
Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas de la variable sintomatología depresiva

Medidas	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk ^a	Levene
BDI	0,09*	0,06*	0,58*
HADS-D	0,2*	0,18*	0,96*

^a Estadístico incluido por el tamaño de la muestra total (N< 50)

* p ≥ 0,05

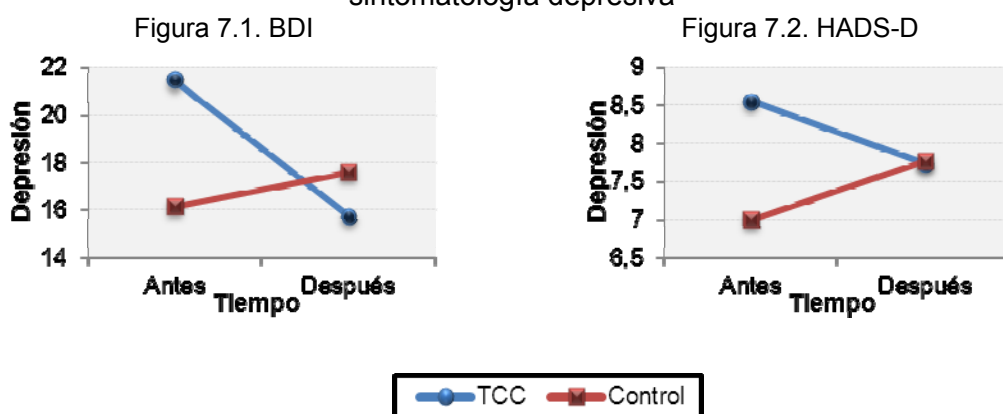
La hipótesis de distribución normal, de acuerdo con los valores de los niveles críticos asociados a las pruebas de normalidad, no se pudo rechazar para los valores iniciales de las dos medidas de la variable dependiente de la depresión sintomática (véase la Tabla 8). De la misma forma, y como también se muestra en la Tabla 8, la probabilidad del valor asociado al estadístico del contraste de Levene también impidió rechazar el supuesto sobre la homogeneidad de varianzas para cada uno de los valores iniciales de las mismas. Al cumplirse ambos supuestos, tanto en el inventario BDI como en la subescala HADS-D, el análisis de los datos obtenidos en ambas medidas en el estudio experimental se realizó mediante técnicas estadísticas paramétricas.

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

Después de la intervención, las dos condiciones experimentales registraron el mismo patrón de cambio en las medidas de la sintomatología depresiva (véase la Figura 7). El estado de ánimo deprimido caracterizado tanto por la presencia general de síntomas cognitivos, afectivos y neurovegetativos, medido por el BDI, como únicamente por la sintomatología cognitiva, subescala HADS-D, se redujo en la condición experimental de TCC e incrementó en el grupo control al finalizar la intervención, como muestran la Figuras 7.1 y 7.2.

Figura 7.

Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de la variable sintomatología depresiva



El ANOVA realizado sobre las dos medidas de la variable sintomatología depresiva, con los factores tiempo (antes y después de la intervención), como variable intrasujeto, y condición experimental (TCC y control), como variable intersujeto, indicó la existencia de un efecto significativo del factor tiempo [F(1,42)= 9,19, p= 0,004, $\eta^2= 0,18$, 1- $\beta= 0,84$] y de la interacción tiempo x condición experimental [F(1,24)= 25,96, p= 0,001, $\eta^2= 0,38$ 1- $\beta= 0,99$] en la medida BDI, y un efecto significativo de la interacción tiempo x condición experimental [F(1,42)= 5,34, p= 0,03, $\eta^2= 0,11$, 1- $\beta= 0,62$], pero no del factor tiempo [F(1,42)= 0,004, p= 0,95, $\eta^2= 0,001$, 1- $\beta= 0,05$] en la medida de la subescala HADS-D.

No hubo diferencias estadísticamente significativas intersujeto antes y después de la intervención en la medida BDI (véase la Tabla 9). La diferencia intrasujeto para el grupo TCC sí fue significativa.

Con respecto a la subescala HADS-D, el análisis de la interacción tiempo x condición experimental no fue estadísticamente significativa, según puede verse en la Tabla 9.

Tabla 9.
Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en las medidas de la variable sintomatología depresiva

Medida	Condición	Antes	Después	p ^a	p ^b	
		\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		Antes	Después
BDI	Control	16,14 (11,82)	17,59 (10,87)	0,15	0,11	0,52
	TCC	21,45 (9,69)	15,73 (7,72)	0,001*		
HADS-D	Control	7,00 (4,49)	7,77 (4,81)	0,12	0,26	0,97
	TCC	8,55 (4,47)	7,73 (4,59)	0,1		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

* $p \leq 0,05$

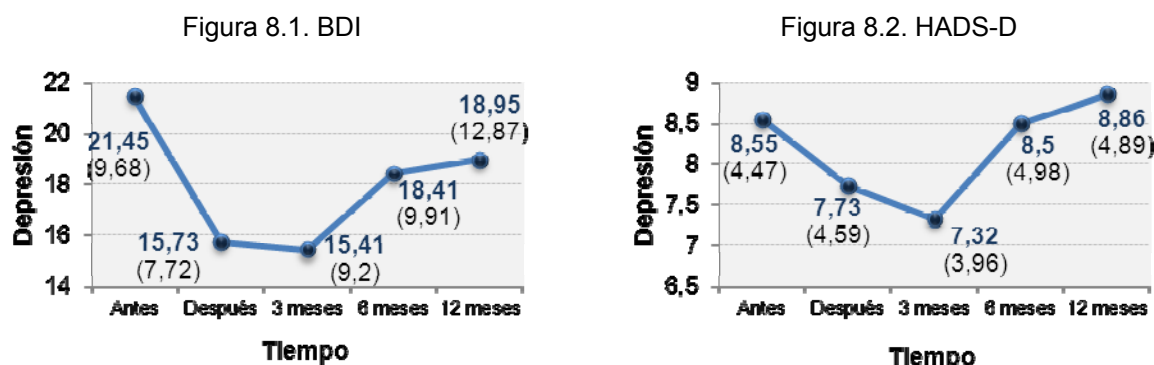
La Figura 7.2 permite valorar el efecto de la interacción tiempo x condición experimental para el HADS-D. Además de observándose una mejora en dicha variable para el grupo de TCC, y no para el de control, como se puede observar en dicha figura, mientras que el valor medio en la medida de la subescala fue similar o próximo entre las dos condiciones después de la intervención, por el contrario, antes de iniciar la misma, el estado de ánimo deprimido fue peor en la condición de TCC que en el grupo de control.

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

La evaluación del cambio y tendencia de las medidas BDI y HADS-D en la condición experimental TCC, a lo largo de los 5 niveles del factor intrasujeto tiempo, se realizó mediante un ANOVA de medidas repetidas. Al incumplirse el supuesto de esfericidad en la medida del BDI, ($W=0,31$, $p=0,006$), la decisión sobre la hipótesis de igualdad de medias se basó en la versión corregida, *Greenhouse-Geisser*, del estadístico F univariado. Con respecto a la subescala HADS-D, pudo utilizarse el estadístico F univariado en su versión de esfericidad asumida ($W=0,5$, $p=0,26$).

La evolución temporal de la medida BDI resultó significativa [F(3,55)=4,68, p=0,0008, $\eta^2=0,18$, 1- $\beta=0,84$], con una tendencia cuadrática (curva) de la misma [F(1,21)=8,55, p=0,008, $\eta^2=0,29$, 1- $\beta=0,8$]. Por otro lado, en condiciones de esfericidad, no hubo cambios estadísticamente significativos en la evolución temporal de la medida HADS-D [F(4,84)=1,75, p=0,15, $\eta^2=0,08$, 1- $\beta=0,51$], aunque el comportamiento de las medias se ajustó, de la misma forma que en el BDI, a una función cuadrática (curva) [F(1,21)= 4,87, p=0,04, $\eta^2=0,10$, 1- $\beta=0,56$].

Figura 8.
Efecto del factor tiempo sobre las medidas de la variable sintomatología depresiva en la condición TCC



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

El cambio en el BDI a lo largo del factor tiempo, como se puede observar en la Figura 8.1, mostró una reducción en el grupo TCC hasta el seguimiento a los 3 meses, momento a partir del cual aumentó la puntuación en dicha medida.

Con respecto al BDI, como puede verse en la Tabla 10, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la medida pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento a 3 y 6 meses. Aplicada la corrección de Bonferroni, las únicas comparaciones que continuaron siendo significativas fueron entre el primer nivel del factor tiempo, antes de la intervención, y los momentos temporales de después de la intervención y a los 3 meses de su conclusión. Por último, controlada la tasa de error por el procedimiento de

Benjamini-Hochberg, se señalaron como significativas las mismas diferencias o comparaciones indicadas inicialmente.

Tabla 10.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo en la medida BDI en la condición experimental de TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	5,72	0,0001*	0,0001*	0,005*
	3 meses	6,04	0,003*	0,03*	0,01*
	6 meses	3,04	0,01*	0,14	0,015*
	12 meses	2,50	0,18	1,00	0,04
Después	3 meses	0,32	0,81	1,00	0,05
	6 meses	-2,68	0,01*	0,19	0,02*
	12 meses	-3,23	0,1	0,99	0,03
3 meses	6 meses	-3,00	0,09	0,88	0,025
	12 meses	-3,54	0,14	1,00	0,035
6 meses	12 meses	-0,54	0,75	1,00	0,045

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05.

La tendencia en la condición TCC de la medida HADS-D, como se puede observar en la Figura 8.2, fue un descenso hasta los 3 meses después del tratamiento. Con posterioridad a este momento la puntuación aumentó hasta alcanzar, y superar, a los 12 meses de finalizar el tratamiento, un valor próximo al obtenido antes de comenzar la intervención.

5.3.1.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

Antes de comenzar la intervención, la gravedad de la sintomatología depresiva se distribuyó de forma homogénea, según puede verse en las Figuras 9 y 10.

Los cambios en los niveles de gravedad de las dos medidas sobre sintomatología depresiva, entre los diferentes momentos (antes, después y durante el período de seguimiento) en la condición de TCC, se evaluaron mediante la prueba de Friedman.

Figura 9.
Distribución de la muestra total (N=44) según la gravedad de la sintomatología depresiva en la medida BDI antes de la intervención

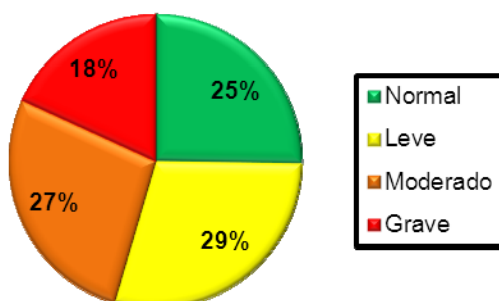
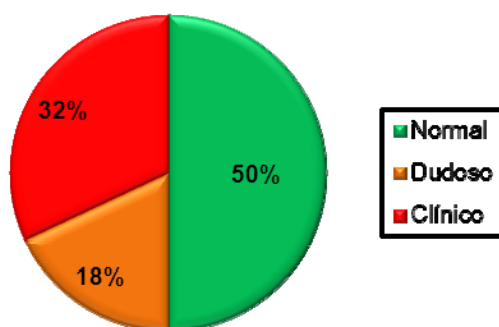


Figura 10.
Distribución de la muestra total (N=44) según la gravedad de la sintomatología depresiva en la medida HADS-D antes de la intervención



a) Descripción y comparación cualitativa antes y después de la intervención

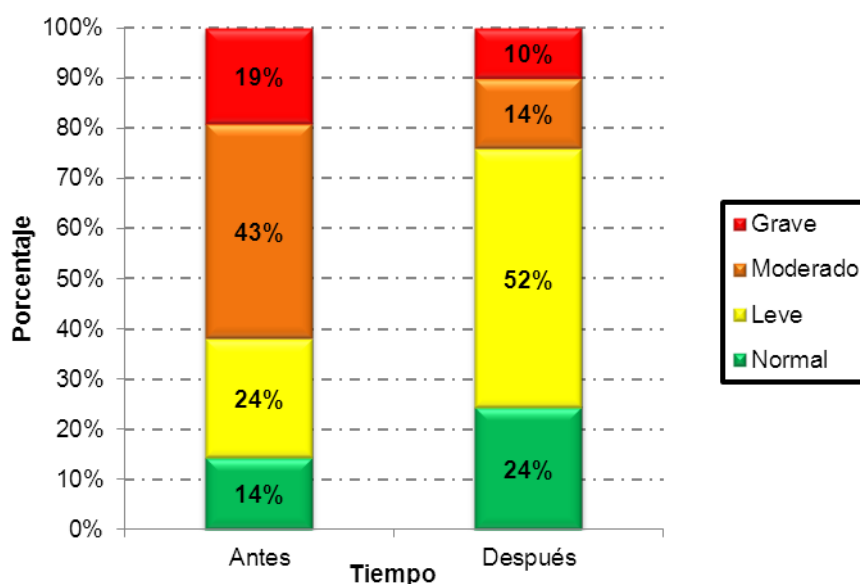
La prueba de Friedman señaló como significativa, la diferencia en las categorías de gravedad del BDI antes y después de la intervención en la condición experimental TCC ($\chi^2_{(1)}=15,21$, $p=0,0001$).

Dado que los valores del BDI indicaban una presencia moderada de la depresión sintomática antes de la intervención, y leve después de la misma, dichas categorías fueron las que más cambiaron. Como se ve en la Figura 11, la proporción de participantes donde la gravedad de la sintomatología

depresiva fue leve se incrementó al final de la intervención, pasando del 24% al 52% de la condición TCC. Esto supuso una reducción del nivel moderado de gravedad, 14% después de la intervención por 43% antes de la misma. Tanto los rangos de ausencia de gravedad, gravedad mínima (normal), y la categoría grave también se incrementaron y redujeron respectivamente, después de la intervención, aunque en menor grado, que las anteriormente comentadas.

Figura 11.

Distribución de la condición experimental de TCC según la gravedad de la sintomatología depresiva en la medida BDI antes y después de la intervención



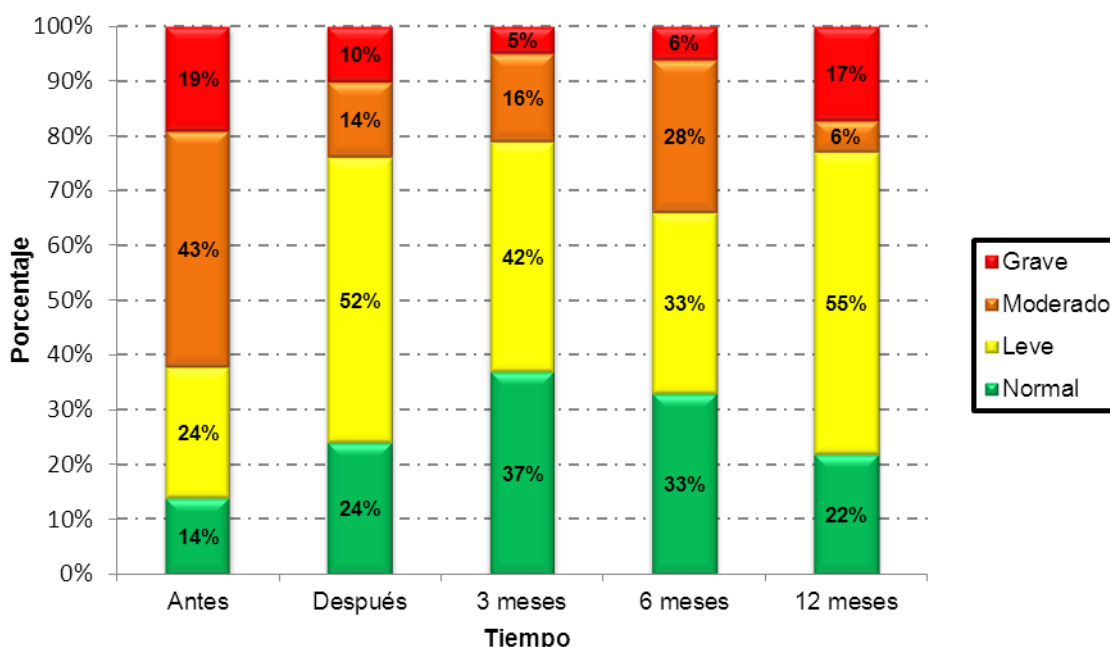
Las diferencias inter e intrasujeto para la variable HADS-D no fueron estadísticamente significativas, según el estadístico U de la Prueba de Mann-Whitney, o la chi-cuadrado en la Prueba de Friedman ($p \geq 0,08$).

b) Descripción y comparación cualitativa de la condición TCC en el seguimiento

Respecto a la variable BDI, la única comparación entre cada uno de los niveles temporales del grupo TCC que, resultando significativa según el análisis estadístico primario, no lo fue en el análisis cualitativo resultó ser la comparación postratamiento vs. 6 meses de seguimiento ($\chi^2_{(1)} = 1,00$, $p=0,32$).

Con relación a la diferencia significativa en las categorías de gravedad del BDI, la comparación antes de la intervención vs. seguimiento a los 3 meses ($\chi^2_{(1)}=6,4$, $p=0,01$), supuso el paso de leve a moderado, por lo que resulta de especial interés. De esta forma el rango leve de afectación se presentó, a los 3 meses de finalizar la intervención, en la misma proporción que lo hizo la categoría de gravedad moderada antes de comenzar el programa de tratamiento, 42% y 43% respectivamente (véase la Figura 12).

Figura 12.
Distribución de la condición experimental TCC según las categorías de gravedad del BDI en los momentos temporales evaluados en el estudio



Con relación a la distribución del resto de categorías de gravedad del BDI, tanto a los 3 meses después de haber finalizado el tratamiento como antes de su inicio, un dato a destacar sería que el porcentaje de casos con una presencia normal (o ausencia) de sintomatología depresiva se incrementó considerablemente a los 3 meses de haber finalizado la intervención, 37% de la condición experimental de TCC en ese período de seguimiento, en comparación con la proporción de casos en esa misma categoría de gravedad antes de la misma, 14%, como se puede observar en la Figura 12.

Por otro lado, la ya comentada diferencia estadísticamente significativa entre la medida pretratamiento y el seguimiento a los 6 meses, también lo fue entre las categorías de gravedad del BDI al comparar dichos momentos ($\chi^2_{(1)}=7,00$, $p=0,0008$). A pesar de que la presencia de la sintomatología depresiva fue moderada antes del tratamiento y a los 6 meses de su finalización, según la puntuación de la condición TCC en cada uno de esos momentos temporales, el porcentaje de participantes con un grado de afectación moderado a los 6 meses fue menor que la proporción del grupo en esa misma categoría antes de la intervención, 28% frente a 43% (véase la Figura 12). En este sentido, mientras que en el 66% de la condición TCC no se alcanzó, ni superó, la categoría de moderado a los 6 meses de haber finalizado la intervención, antes de comenzar el tratamiento, el porcentaje de casos normales o con depresión leve fue del 38%.

Finalmente, el porcentaje de participantes con una presencia normal, o mínima, de la sintomatología depresiva, según el BDI, continuó siendo bastante superior a los 6 meses de finalizar la intervención, 33%, en comparación con el porcentaje en esa misma categoría de gravedad antes de comenzar el programa de tratamiento: 14%.

5.3.2. Análisis de la sintomatología ansiosa

5.3.2.1. Descripción y comparación cuantitativa

La medida pretratamiento de la ansiedad fue dudosa HADS-A: 10,5 (DE=4,56). La distribución de la variable fue normal (Kolmogorov-Smirnov, $p=0,2$; Shapiro-Wilk, $p=0,63$), mientras que la varianza de los valores iniciales de la subescala fue la misma en las dos condiciones experimentales del estudio (Levene, $p=0,11$), por lo que se realizaron contrastes paramétricos.

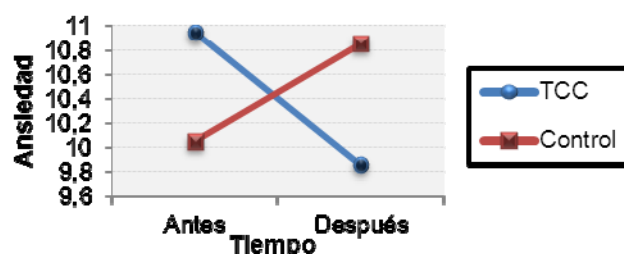
a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

Finalizada la intervención, en la condición TCC se observó una reducción de la ansiedad (véase la Figura 13). Por el contrario, en el grupo de control se

produjo un incremento ligero de dicha variable al concluir el período de tiempo de espera.

El ANOVA realizado sobre la variable HADS-A, con los factores tiempo (antes y después) como variable intrasujeto y condición experimental (TCC y Control) como variable intersujeto, no mostró un efecto significativo para el factor tiempo [$F(1,42)=0,15$, $p=0,69$, $\eta^2=0,004$, $1-\beta=0,07$] aunque sí lo hizo para la interacción tiempo x condición experimental [$F(1,42)=7,41$, $p=0,009$, $\eta^2=0,15$, $1-\beta=0,76$].

Figura 13.
Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en la variable de la sintomatología ansiosa



Cuando se comparó, dentro de cada nivel del factor tiempo, antes y después de la intervención, los niveles del factor condición experimental, éstos no difirieron significativamente en la medida HADS-A en ninguno de los dos momentos evaluados (véase la Tabla 11).

Tabla 11.
Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la variable sintomatología ansiosa

Medida	Condición	Antes	Después	p^a	p^b	
		$\bar{X}(DE)$	$\bar{X}(DE)$		Antes	Después
HADS-A	Control	10,05 (3,87)	10,86 (3,76)	0,11	0,51	0,45
	TCC	10,95 (5,21)	9,86 (4,79)	0,03*		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

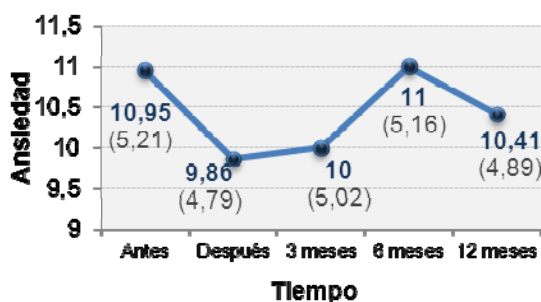
* $p \leq 0,05$

A diferencia del resultado obtenido en las comparaciones intersujeto, la diferencia (intrasujeto) entre los valores de antes y después de la intervención en TCC resultó significativa, como se puede observar en la Tabla 11.

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

El análisis de la evolución y tendencia de la medida HADS-D en la condición TCC, realizado mediante la prueba ANOVA y en condiciones de esfericidad ($W=0,52$, $p=0,18$), indicó la existencia de una progresión temporal no significativa en la medida de la ansiedad a lo largo de los 5 niveles del factor intrasujeto tiempo [$F(4,84)=1,65$, $p=0,17$, $\eta^2=0,007$, $1-\beta=0,49$]. Este efecto, no significativo, se ajusta a una función cúbica [$F(1,21)=4,03$, $p=0,05$, $\eta^2=0,16$, $1-\beta=0,56$], que puede verse gráficamente en la Figura 14.

Figura 14.
Efecto del factor tiempo sobre la sintomatología ansiosa en la condición TCC

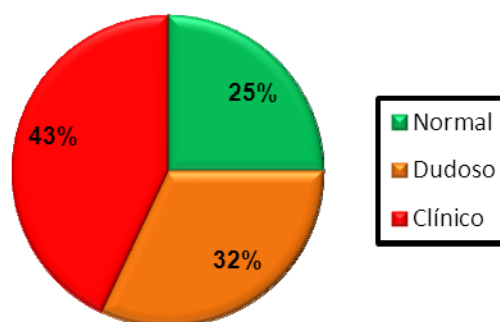


Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

5.3.2.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

La ansiedad, valorada a partir de la subescala HADS-A, se presentó como un problema clínico o en un nivel dudoso de gravedad en el 75% de la muestra total (N=44), mientras que en el 25% restante se consideró como normal o ausente (véase la Figura 15).

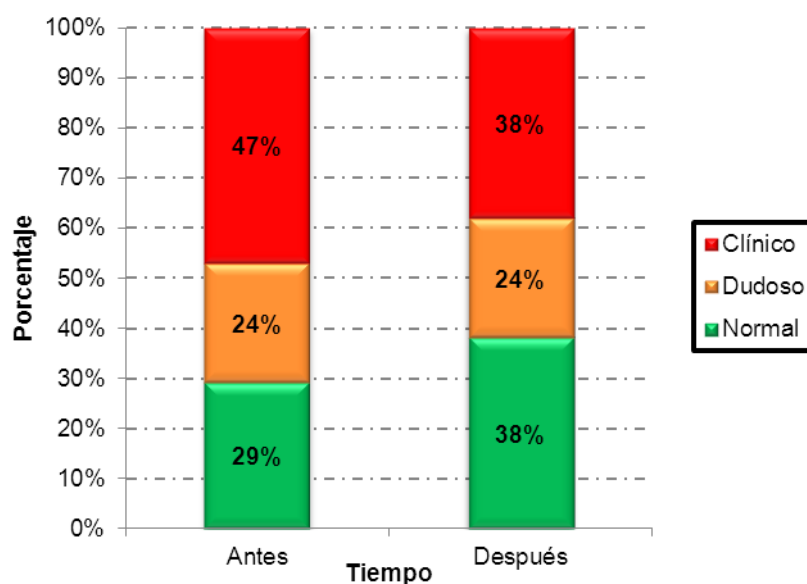
Figura 15.
Distribución de la muestra total (N=44) según la gravedad de la sintomatología ansiosa antes de la intervención



a) Descripción y comparación cualitativa antes y después de la intervención

La diferencia entre los rangos de gravedad de la ansiedad HADS-A, en la condición de TCC y entre antes y después del tratamiento, resultó significativa (Friedman; $\chi^2_{(1)}=21$, $p=0,0001$).

Figura 16.
Distribución de la condición experimental de TCC según la gravedad de la sintomatología ansiosa antes y después de la intervención



A diferencia del nivel de ansiedad dudoso, los otros dos rangos en los que se diferencia la ansiedad (normal y problema clínico) sí cambiaron después de la intervención con TCC, en comparación con la situación previa al

tratamiento. Como se observa en la Figura 16, el porcentaje de casos de ansiedad clínica, pasó del 47% al 38%. Esta reducción conllevó un aumento en el porcentaje de participantes dentro del rango de normalidad o ausencia de gravedad al final de la intervención. De acuerdo con la distribución representada en la Figura 16, la proporción de casos sin sintomatología ansiosa o con un nivel normal de la misma pasó del 29%, antes del programa de tratamiento al 38% al final de la intervención.

5.4. Análisis de la variables cognitivas

5.4.1. Análisis del catastrofismo

5.4.1.1. Descripción y comparación cuantitativa

La puntuación de la variable catastrofismo, según la escala PCS, fue de 1,93 (DT=0,99). La subescala de desesperanza fue de 1,78 (DE=1,13) y las escalas de rumiación: 2,21 (DE=1,09) y de exageración: 1,88 (DE=1,12).

La hipótesis de distribución normal se rechazó sólo en la subescala de exageración, que será analizada no paramétricamente, mientras que en el resto de medidas, al cumplirse tanto el supuesto de normalidad como de homocedasticidad, serán analizadas mediante contraste paramétrico (véase la Tabla 12).

Tabla 12.
Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas de la variable catastrofismo

Medidas	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk ^a	Levene
Desesperanza	0,2*	0,22*	0,39*
Rumiación	0,62*	0,11*	0,39*
Exageración	0,02	0,02	0,39*
Total	0,2*	0,44*	0,68*

^a Estadístico incluido por el tamaño de la muestra total (N< 50)

* p≥ 0,05

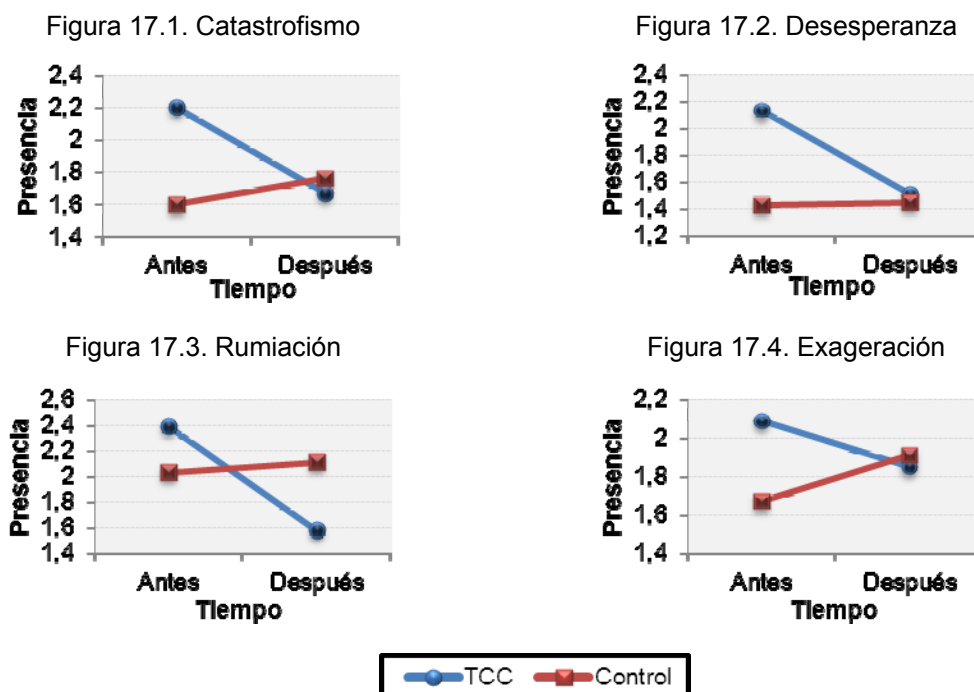
a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

El valor del catastrofismo general y sus tres subescalas se redujo en la condición de TCC (véase la Figura 17), mientras que en el grupo control aumentaron ligeramente o mantuvieron la puntuación.

El ANOVA, indicó la existencia de un efecto significativo del factor tiempo, tanto en la escala general del catastrofismo [$F(1,42)=6,49$, $p=0,01$, $\eta^2=0,13$, $1-\beta=0,7$], como en la subescala de desesperanza [$F(1,42)=1,97$, $p=0,007$, $\eta^2=0,16$, $1-\beta=0,78$] y en la de rumiación, [$F(1,42)=11,02$, $p=0,002$, $\eta^2=0,21$, $1-\beta=0,9$], así como de la interacción tiempo x condición tanto en la medida de catastrofismo [$F(1,42)=12,04$, $p=0,001$, $\eta^2=0,22$, $1-\beta=0,92$], como en la de desesperanza [$F(1,42)=9,19$, $p=0,004$, $\eta^2=0,18$, $1-\beta=0,84$] y en la de rumiación, [$F(1,42)=16,37$, $p=0,0001$, $\eta^2=0,28$, $1-\beta=0,98$].

Figura 17.

Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de la variable catastrofismo



Los contrastes de los efectos simples, representados en la Tabla 13, señalaron como estadísticamente significativas las diferencias intrasujeto en el grupo TCC en la medida general de catastrofismo, y en las subescalas de

desesperanza y rumiación. Los efectos simples intersujeto indicaron, como también se muestra en la Tabla 13, un efecto significativo en la medida de desesperanza antes de la intervención. El resto de las diferencias intersujeto no fueron estadísticamente significativas.

El contraste no-paramétrico de la subescala de exageración, al incumplirse el supuesto de normalidad en dicha medida (véase la Tabla 12), no permitió rechazar la hipótesis de igualdad de promedios intersujeto, de acuerdo con el valor del nivel crítico asociado al estadístico U de Mann-Whitney tanto antes como después de la intervención (valores expuestos en la Tabla 13). Las diferencias intrasujeto en la subescala, como también se puede observar en la misma tabla, tampoco resultaron estadísticamente significativas en ninguna de las dos condiciones experimentales del estudio, dados los p-valores asociados al estadístico de la prueba de Wilcoxon tanto en la condición TCC como en el grupo control.

Tabla 13.
Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en las medidas de la variable catastrofismo

Medida	Condición	Antes	Después	p ^a	p ^b	
		\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		Antes	Después
Desesperanza	Control	1,43 (1,18)	1,45 (1,19)	0,88	0,03*	0,86
	TCC	2,13 (0,97)	1,51 (1,02)	0,001*		
Rumiación	Control	2,03 (1,12)	2,11 (1,19)	0,61	0,29	0,1
	TCC	2,39 (1,05)	1,58 (0,91)	0,001*		
Exageración ^c	Control	1,67 (1,16)	1,91 (1,26)	0,13	0,18	0,95
	TCC	2,09 (1,06)	1,85 (0,92)	0,44		
Total	Control	1,67 (1,03)	1,76 (1,09)	0,52	0,18	0,95
	TCC	2,2 (0,91)	1,6 (0,88)	0,001*		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

^c El contraste entre los niveles en la medida de exageración fue no-paramétrico: U de Mann-Whitney para diferencias intersujeto y Wilcoxon para la diferencia intrasujeto

* p ≤ 0,05

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

El ANOVA con 5 niveles intrasujeto del factor tiempo, del cambio y tendencia de las medidas de la variable catastrofismo en la condición TCC se realizó en condiciones de esfericidad sólo en la subescala de rumiación ($W=0,59$, $p=0,32$); en las otras medidas de la variable analizadas también desde la aproximación paramétrica, catastrofismo y desesperanza respectivamente, se rechazó la hipótesis de esfericidad tanto en la primera medida, ($W=0,37$, $p=0,02$), como en la segunda, ($W=0,22$, $p=0,001$).

Se obtuvo un efecto significativo para la subescala de rumiación, en los 5 niveles del factor intrasujeto tiempo [$F(4,84)=4,85$, $p=0,05$, $\eta^2=0,19$, $1-\beta=0,95$], con una tendencia cúbica de la misma [$F(1,21)=16,63$, $p=0,01$, $\eta^2=0,44$, $1-\beta=0,97$].

En ausencia de esfericidad, se rechazó la hipótesis sobre la igualdad de medias tanto del catastrofismo, puntuación total de la escala PCS [$F(2,8;58,6)=3,43$, $p=0,02$, $\eta^2=0,14$, $1-\beta=0,72$], como de la subescala de desesperanza [$F(2,6;54,04)=3,41$, $p=0,003$, $\eta^2=0,14$, $1-\beta=0,69$], con una tendencia cúbica tanto de la primera medida [$F(1,21)=16,29$, $p=0,001$, $\eta^2=0,44$, $1-\beta=0,97$] como de la segunda [$F(1,21)=23,97$, $p=0,0001$, $\eta^2=0,53$, $1-\beta=0,99$].

El cambio del catastrofismo en la condición TCC a lo largo del factor tiempo, se presenta en la Figura 18.1, e informa de una reducción al finalizar la intervención, momento a partir del cual se registró un incremento progresivo de la puntuación en los dos niveles siguientes, 3 y 6 meses después de finalizar el tratamiento, para terminar reduciéndose ligeramente en el último momento.

Las comparaciones por pares, entre los niveles del factor intrasujeto tiempo en la medida de catastrofismo, fueron estadísticamente significativas, sin ejercer control sobre la tasa de error tipo I (véase la Tabla 14). Al controlar la probabilidad de cometer errores tipo I en el conjunto total de comparaciones, se obtuvieron diferencias significativas, tanto si la tasa de error se controló mediante el método de corrección de Bonferroni, p-valores de la columna p_B de la Tabla B, como si el procedimiento de ajuste utilizado fue el de Benjamini-Hochberg, niveles críticos de la columna p_{B-H} de la misma tabla.

Figura 18.
Efecto del factor tiempo sobre las medidas de catastrofismo en la condición experimental de TCC

Figura 18.1. Catastrofismo

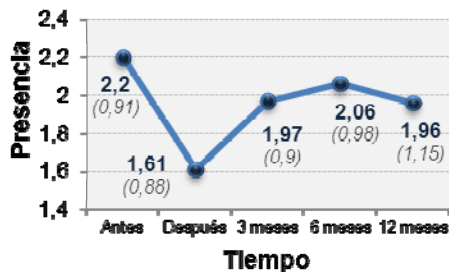


Figura 18.2. Desesperanza

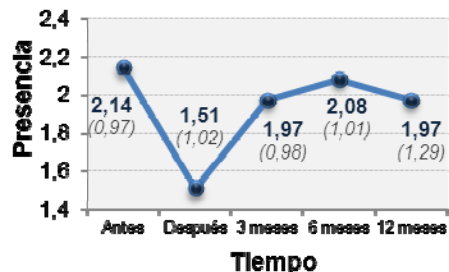
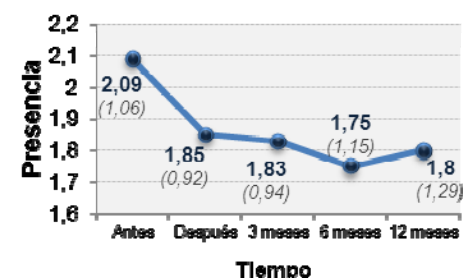


Figura 18.3. Rumiación



Figura 18.4. Exageración



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

Tabla 14.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida de catastrofismo en la condición experimental TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	0,62	0,001*	0,015*	0,01*
	3 meses	0,16	0,432	1,000	0,03
	6 meses	0,053	0,786	1,000	0,045
	12 meses	0,017	0,464	1,000	0,035
Después	3 meses	-0,46	0,002*	0,016*	0,015*
	6 meses	-0,57	0,001*	0,011*	0,005*
	12 meses	-0,45	0,090	0,902	0,02
3 meses	6 meses	-0,11	0,259	1,000	0,025
	12 meses	0,008	0,972	1,000	0,05
6 meses	12 meses	0,11	0,571	1,000	0,04

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05

La variación de la desesperanza en el grupo de TCC a lo largo de los niveles del factor tiempo mostró una evolución y/o tendencia similar a la registrada por la medida de catastrofismo (véase la Figura 18.2). La puntuación disminuyó en la finalización de la intervención, momento a partir del cual se incrementó la puntuación en los siguientes niveles del factor, 3 y 6 meses de la finalización del tratamiento, respectivamente, mientras que en el último nivel, esto es, a los 12 meses de concluir la intervención, el valor medio de la subescala de desesperanza disminuyó ligeramente.

Las diferencias en la condición TCC en la subescala de desesperanza antes y después de la intervención y entre éste último nivel o momento temporal y los dos siguientes, 3 y 6 meses, fueron significativos, como puede verse en la Tabla 15.

Tabla 15.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida de desesperanza en la condición experimental TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	0,62	0,001*	0,015*	0,01*
	3 meses	0,16	0,43	1,00	0,03
	6 meses	0,05	0,79	1,00	0,045
	12 meses	0,17	0,46	1,00	0,035
Después	3 meses	-0,46	0,002*	0,016*	0,015*
	6 meses	-0,57	0,001*	0,011*	0,005*
	12 meses	-0,45	0,09	0,902	0,02
3 meses	6 meses	-0,11	0,26	1,00	0,025
	12 meses	0,08	0,97	1,00	0,05
6 meses	12 meses	0,11	0,57	1,00	0,04

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05

Según la gráfica de la subescala de rumiación, representada en la Figura 18.3, el cambio a lo largo de los 5 niveles del factor tiempo, comparte evolución tanto con la medida general de catastrofismo como con la subescala de desesperanza. Desde el primer momento hasta el último de los seguimientos, su valor disminuyó al finalizar el tratamiento, observándose un aumento en los

momentos siguientes a la finalización del tratamiento, 3 y 6 meses, descendiendo a los 12 meses de concluir la intervención.

En la Tabla 16 pueden verse las diferencias en los distintos momentos de media de la variable rumiación, con su grado de significación estadística. De igual forma que ocurre tanto en la medida general de catastrofismo como en la subescala de desesperanza, al controlar la probabilidad de cometer errores tipo I tanto mediante el método de corrección de Bonferroni como por el procedimiento de ajuste de Benjamini-Hochberg, las diferencias antes y después del tratamiento y entre este último momento temporal y los dos siguientes niveles resultaron estadísticamente significativas.

Con respecto a la subescala de exageración a lo largo de los 5 niveles del factor tiempo (véase la Figura 18.4), hay una disminución paulatina en el grupo TCC después de la intervención hasta el seguimiento a los 6 meses, momento a partir del cual se incrementó ligeramente. El análisis no-paramétrico del cambio no fue estadísticamente significativo, Friedman ($\chi^2_{(4)} = 4,69, p = 0,32$).

Tabla 16.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida rumiación en la condición experimental TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	0,81	0,0001*	0,002*	0,01*
	3 meses	0,29	0,12	1,00	0,025
	6 meses	0,15	0,37	1,00	0,04
	12 meses	0,29	0,27	1,00	0,03
Después	3 meses	-0,51	0,004*	0,04*	0,015*
	6 meses	-0,66	0,0001*	0,004*	0,005*
	12 meses	-0,51	0,045*	0,45	0,02
3 meses	6 meses	-0,15	0,33	1,00	0,0035
	12 meses	0,0001	1,00	1,00	0,05
6 meses	12 meses	0,14	0,49	1,00	0,045

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05

5.4.1.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

Las diferencias que resultaron cuantitativamente significativas fueron la dimensión general de catastrofismo (puntuación total de la escala PCS) y las subescalas de desesperanza y rumiación.

La diferenciación *ad hoc* de los rangos de gravedad del catastrofismo, se realizó convirtiendo las 5 opciones de respuesta en 3 niveles de de experimentación de cogniciones catastrofistas. De esta forma, puntuaciones medias iguales o menores a 1 indicarían un nivel bajo de catastrofismo, valores medios iguales a 2 supondría una experimentación media, mientras que la orientación negativa y exagerada hacia la experiencia real o anticipada de dolor se consideró alta si el promedio obtenido era mayor o igual a 3.

Excepto en la subescala de exageración, la significación clínica de las diferencias cuantitativas significativas en: catastrofismo, desesperanza y rumiación, se analizaron según los cambios porcentuales en los diferentes grados (*ad hoc*) en los que se presentó cada una de ellas tanto en la condición TCC como en el grupo control.

a) Descripción y comparación cualitativa antes y después de la intervención

El catastrofismo se redujo tras el tratamiento en el grupo de TCC (véase la Figura 19). Como se muestra en las Figuras 19 y 20, mientras que en el grupo control el único cambio, después del período de tiempo de espera, se dio entre los niveles medio y alto de catastrofismo, en la condición de TCC el cambio afectó a los tres niveles tras finalizar la intervención.

Comparando las categorías antes y después del tratamiento en el grupo TCC, Figura 19, el porcentaje de casos con un nivel bajo de catastrofismo aumentó considerablemente al concluir la intervención, pasando a estar presente en más de la mitad de la condición experimental en ese momento temporal (64%). Por otro lado, los porcentajes de casos con un nivel medio y alto se redujeron, representando, en conjunto, el 36% al final del tratamiento, mientras que, antes de la intervención, el 59% del grupo presentó un nivel o grado medio o alto de catastrofismo.

Figura 19.
Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de catastrofismo antes y después de la intervención

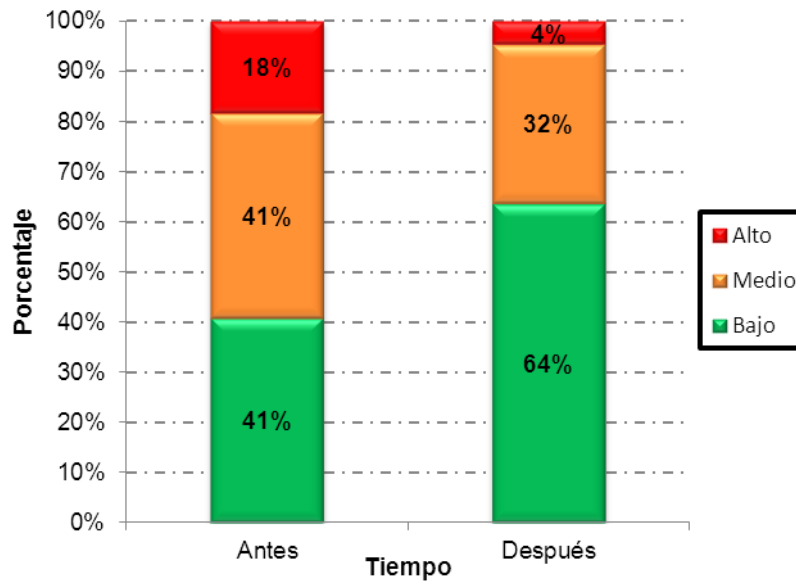
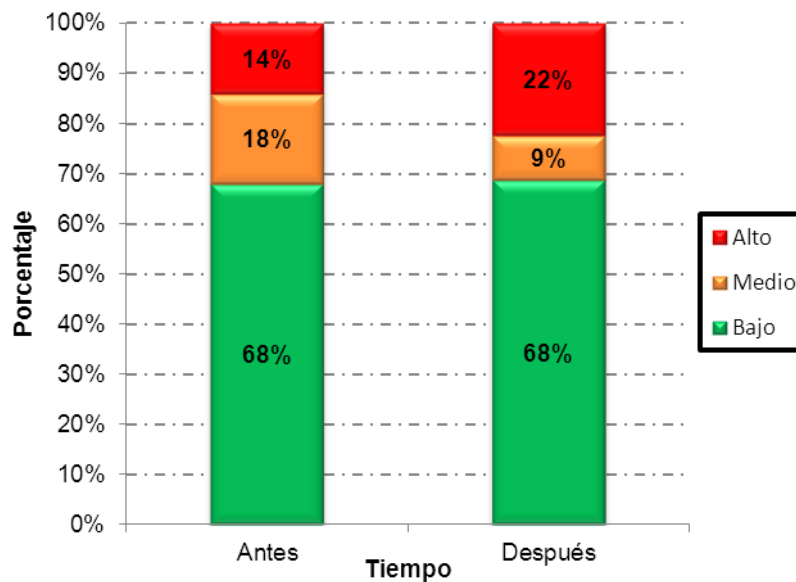


Figura 20.
Distribución de la condición experimental de control según el nivel de catastrofismo antes y después de la intervención



Hay una desigualdad considerable entre los grupos experimentales en el porcentaje de casos con un grado de desesperanza bajo, como puede verse en las Figuras 21 y 22. Aunque en cada una de las condiciones experimentales el nivel medio y alto se presentó en idéntica proporción de casos, considerando

ambos grados en conjunto, el grupo de TCC representó la mitad del grupo, 54%, mientras que en la condición de control sólo el 28% tenían un nivel no-bajo (medio o alto) de desesperanza, antes de comenzar el estudio.

La diferencia intrasujeto en TCC se constata en un incremento en la proporción de casos con un grado de desesperanza bajo en dicho grupo después del programa de tratamiento (véase la Figura 21).

Aunque el porcentaje de participantes con un grado medio de desesperanza fue el mismo en el grupo de TCC, antes y después de la intervención, la proporción de casos con un nivel alto se redujo al concluir dicha intervención, pasando del 27% al inicio del tratamiento al 9% una vez finalizado éste, momento en el que la proporción con un nivel bajo de desesperanza superó la mitad del grupo, 64% frente a 46% antes de la intervención.

El cambio significativo en rumiación, en la condición de TCC al finalizar la intervención, siguió un patrón similar al catastrofismo. Sin embargo, a diferencia de éste y de la desesperanza, el porcentaje de casos con un grado alto de rumiación antes del programa de tratamiento fue próximo al 50% (véase la Figura 23).

Figura 21.
Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de desesperanza antes y después de la intervención

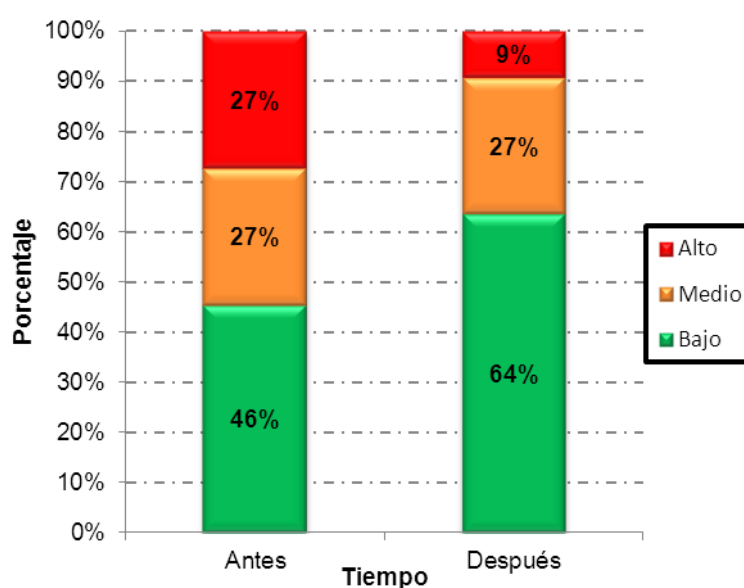
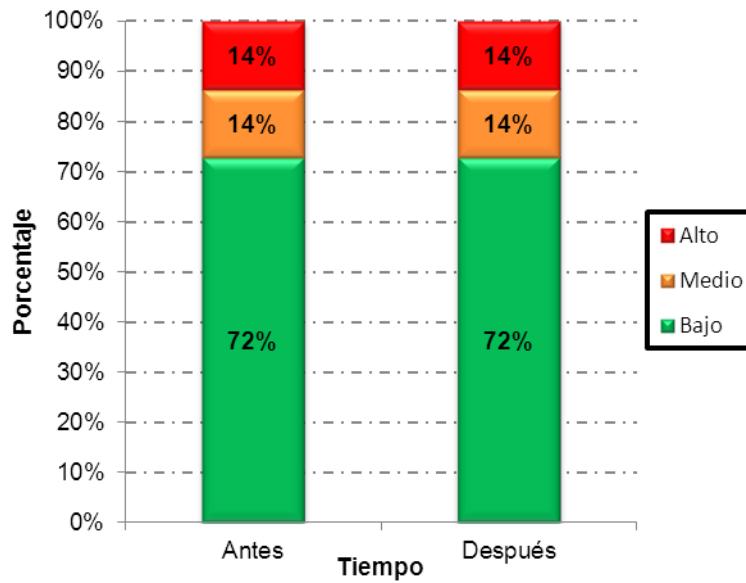
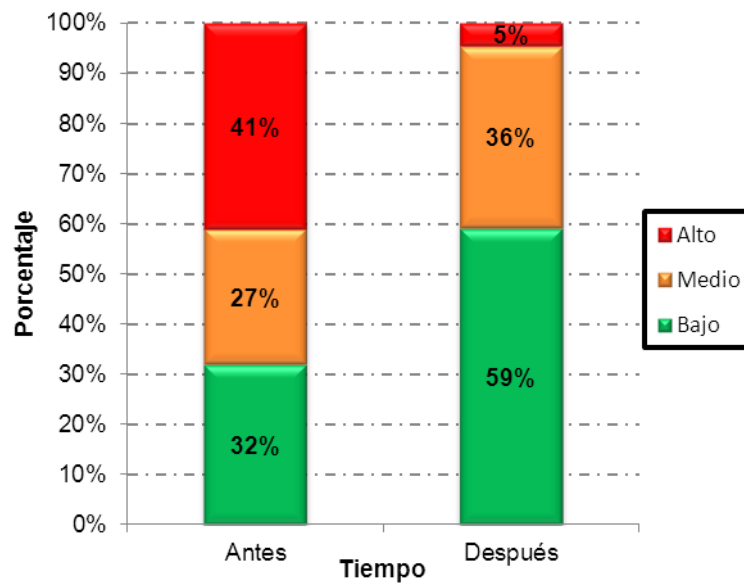


Figura 22.
Distribución de la condición experimental de control según el nivel de desesperanza antes y después de la intervención



Al finalizar la intervención, como se muestra en la Figura 23, el 5% de la condición TCC experimentó un grado de rumiación alto, dándose un aumento de los porcentajes en los otros dos niveles de rumiación. Tras el tratamiento, más de la mitad de los casos del grupo de TCC presentaron un grado de rumiación bajo.

Figura 23.
Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de rumiación antes y después de la intervención

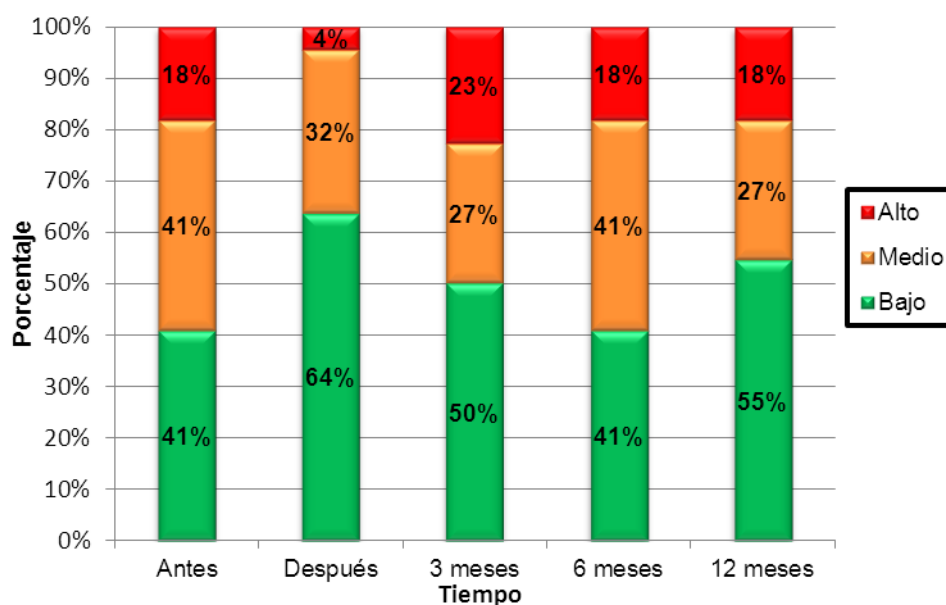


b) Descripción y comparación cualitativa de la condición TCC a través del tiempo (seguimiento)

Entre todas las comparaciones por pares en catastrofismo, excluyendo a la diferencia entre los dos primeros niveles del factor tiempo, comentada en el apartado anterior, sólo fueron estadísticamente significativas las diferencias entre el momento post-tratamiento y los seguimientos a 3 y 6 meses, tras aplicar el procedimiento de ajuste de Benjamini-Hochberg.

Al examinar y comparar la distribución del grupo TCC, Figura 24, se observa un descenso en el porcentaje de casos con un grado bajo de catastrofismo en el seguimiento, en comparación con el final del tratamiento. Transcurridos 3 meses desde la finalización del tratamiento, el porcentaje con un grado de catastrofismo alto aumentó. Con respecto a la distribución a los 6 meses, mientras que después de la intervención el porcentaje de casos con un nivel bajo de catastrofismo era del 64%, a los 6 meses de la finalización del tratamiento la proporción se redujo hasta el 41% del grupo, porcentaje, por otro lado, igual al alcanzado por el grado medio de catastrofismo en ese nivel del factor tiempo (véase la Figura 24).

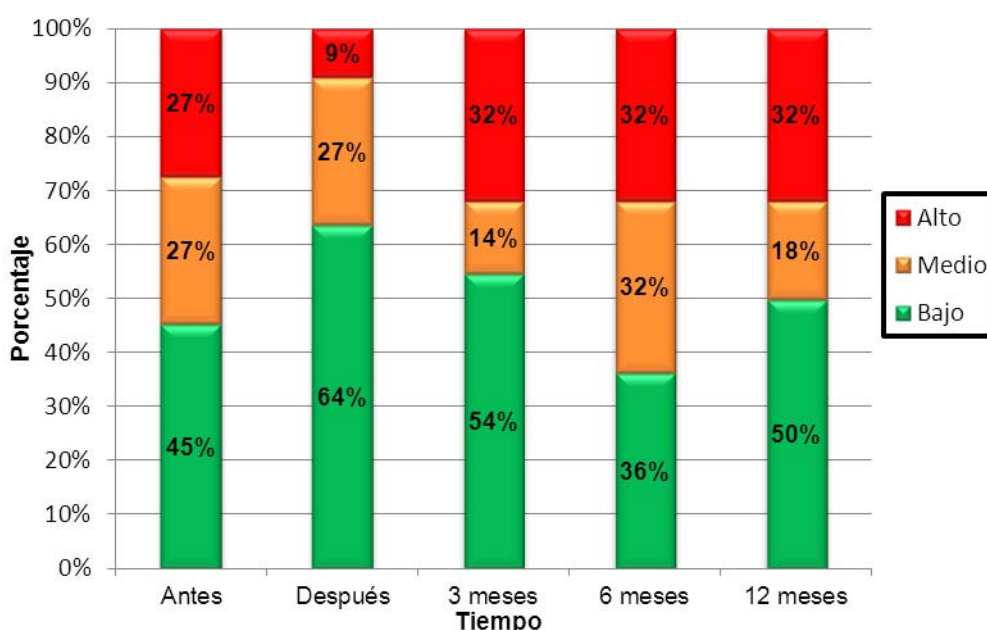
Figura 24.
Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el nivel de catastrofismo



La significación clínica de las diferencias cuantitativas en desesperanza se caracterizó por un aumento del nivel *no-bajo* (moderado + alto) a los 3 y 6 meses después de la intervención con respecto a los porcentajes observados en esos mismos dos niveles, después del programa de tratamiento (véase la Figura 25).

El porcentaje de participantes con un nivel *no-bajo* (moderado + alto) en la dimensión pasó del 36% después del programa de tratamiento al 46% a los 3 meses del mismo y al 64% de la condición TCC transcurridos 6 meses de la intervención. En ese mismo momento, la proporción de casos con un grado medio y alto fue la misma: 32%, nivel más alto obtenido para esa categoría (véase la Figura 25).

Figura 25.
Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el nivel de desesperanza

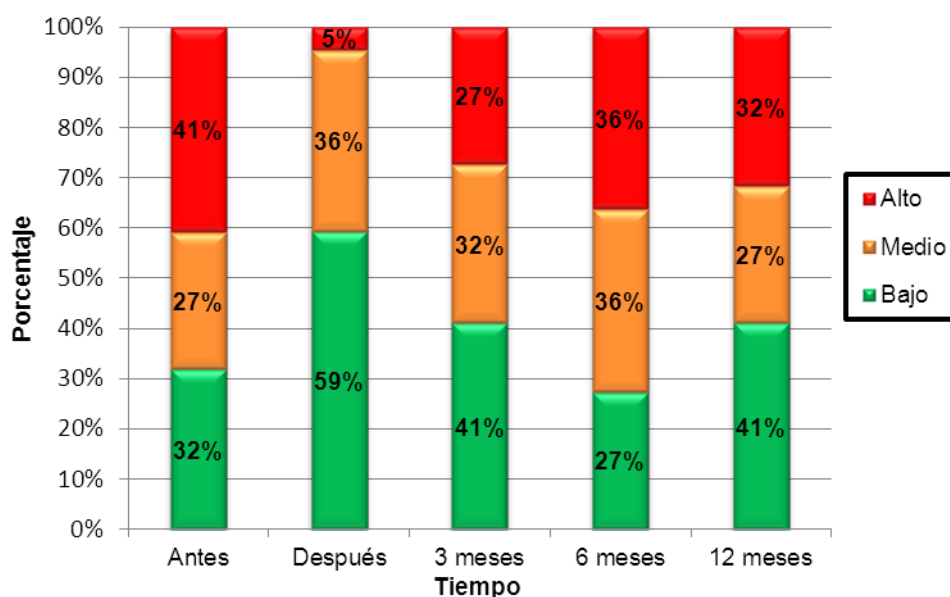


La rumiación también presentó como significativas las mismas diferencias que las medidas de catastrofismo y desesperanza. Además, el descenso en el porcentaje de casos con un grado bajo de rumiación a los 3 y 6

meses después de finalizar el tratamiento se observó también en esta medida, como se muestra en la en la Figura 26.

Como se ve en la Figura 26, después del programa de tratamiento más de la mitad del grupo de TCC presentó un grado bajo de rumiación y el 5% un grado alto. A los 3 meses el grado alto de rumiación aumentó al 27% y al 36% a los 6 meses. Uniendo los grados medio y alto, el descenso que se registra en el nivel bajo conllevó que el 59% del grupo experimentase un grado *no-bajo* (medio + alto) de rumiación a los 3 meses, mientras que, a los 6 meses la proporción de casos que presentó un nivel de rumiación medio o alto, no-bajo, fue el 72% de la condición TCC.

Figura 26.
Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el nivel de rumiación



5.4.2. Análisis de la autoeficacia

5.4.2.1. Descripción y comparación cuantitativa

La muestra presentó un valor general de 41,97 (DE=17,51), y con medias para el manejo del dolor de 39,68 (DE=18,17), para la función física de 45,78 (DE=22,82) y para el afrontamiento de los síntomas de 40,45 (DE=18,36).

Tabla 17.
Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas de la variable autoeficacia

Medidas	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk ^a	Levene
Dolor	0,2*	0,34*	0,12*
Actividad física	0,78*	0,02	0,21*
Síntomas	0,2*	0,06*	0,91*
Total	0,2*	0,16*	0,3*

^a Estadístico incluido por el tamaño de la muestra total (N< 50)

* $p \geq 0,05$

Las pruebas de normalidad y homocedasticidad se presentan en la Tabla 17. De acuerdo con ellas se utilizarán pruebas paramétricas para las variables de autoeficacia en el manejo del dolor y afrontamiento de los síntomas; mientras que la autoeficacia percibida para la realización de actividad física se usarán pruebas no paramétricas.

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención.

Finalizada la intervención, los cambios registrados en las condiciones experimentales de TCC y Control mostraron un patrón común tanto en la medida de autoeficacia general o total como en las subescalas referidas a la autoeficacia en la actividad física y en el afrontamiento de los síntomas (véase la Figura 27).

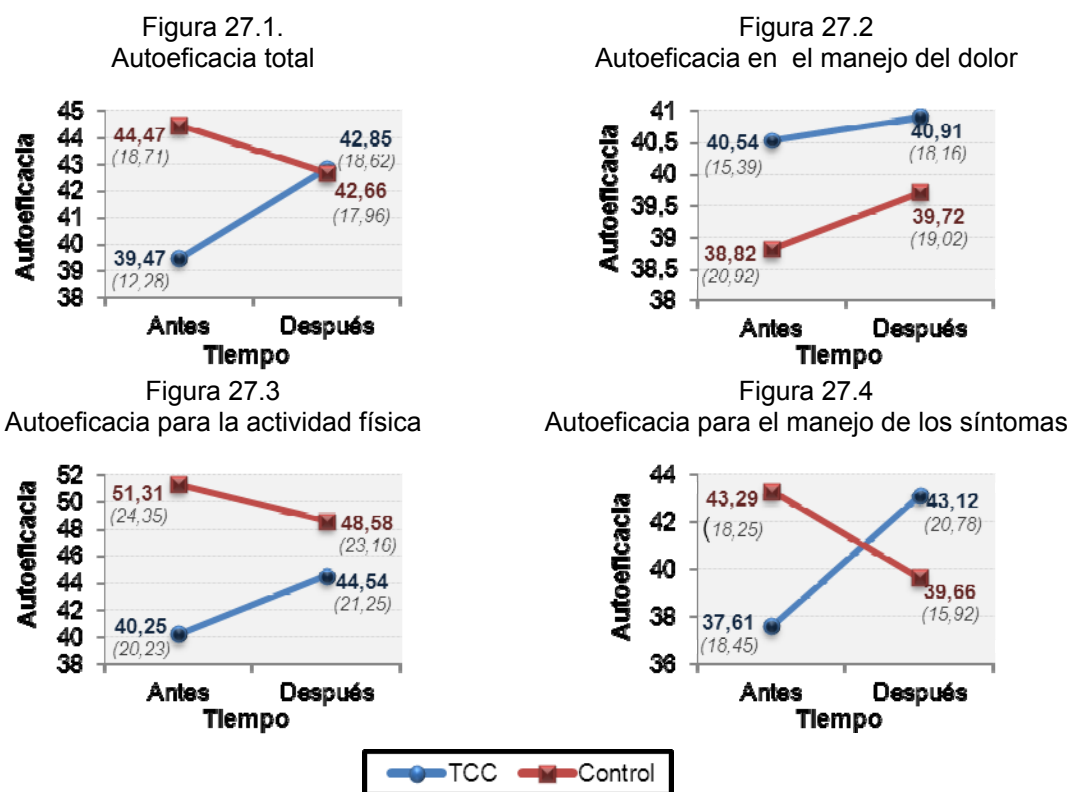
En estas 3 medidas la puntuación promedio se incrementó después de la intervención en la condición de TCC y redujo en el grupo control, como se puede observar en la Figura 27. Por el contrario, el valor medio en la subescala de autoeficacia en el manejo del dolor no varió tras la intervención en ninguna de las condiciones (véase la Figura 27.2).

El ANOVA, entre los factores tiempo (antes y después de la intervención) y condición experimental (TCC y Control), variables intra e intersujeto respectivamente, señaló un efecto significativo de la interacción tiempo x condición experimental en la autoeficacia en el afrontamiento de los síntomas [$F(1,42)= 5,93$, $p= 0,02$, $\eta^2= 0,12$, $1-\beta= 0,66$]. Por el contrario, no hubo un efecto significativo del factor tiempo en esa misma variable [$F(1,42)=0,25$, $p= 0,62$, $\eta^2=0,06$, $1-\beta= 0,08$], así como en la dimensión general de la variable [$F(1,42)=$

0,24, $p= 0,62$, $\eta^2= 0,006$, $1-\beta= 0,08$] y en la subescala del manejo del dolor [$F(1,42)= 0,1$, $p= 0,75$, $\eta^2= 0,02$, $1-\beta= 0,06$].

Figura 27.

Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de la variable de autoeficacia



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

El efecto de la interacción tiempo x condición experimental tampoco resultó significativo ni en la medida de la variable referida al manejo del dolor [$F(1,42)= 0,02$, $p= 0,89$, $\eta^2= 0,001$, $1-\beta= 0,05$], ni en la escala total, medida de autoeficacia general [$F(1,42)= 2,66$, $p= 0,11$, $\eta^2= 0,06$, $1-\beta= 0,36$].

Las comparaciones posteriores por pares señalaron como estadísticamente significativa la diferencia entre la medida pre y postratamiento en la medida de la variable referida al manejo de los síntomas. No hubo otras diferencias estadísticamente significativas (véase la Tabla 18).

El contraste no paramétrico de la subescala de expectativas de autoeficacia en la actividad física, señaló como no significativa la diferencia

intergrupala en dicha variable (U de Mann-Whitney, tanto antes $p=0,12$ como después $p=0,63$ de la intervención; Wilcoxon, TCC: $p=0,14$, Control: $p=0,28$).

Tabla 18.
Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la medida de autoeficacia en el manejo de los síntomas

Medida	Condición	Antes	Después	p^a	p^b	
		$\bar{X}(DE)$	$\bar{X}(DE)$		Antes	Después
Síntomas	Control	43,29 (18,25)	39,66 (15,95)	0,18	0,31	0,58
	TCC	37,61 (18,45)	43,12 (20,78)	0,04*		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

* $p \leq 0,05$

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento).

De acuerdo con las 3 medidas de la variable autoeficacia analizadas paramétricamente, el ANOVA con 5 niveles intrasujeto del factor tiempo, en la condición TCC, se realizó en condiciones de esfericidad sólo en la subescala autoeficacia en el manejo del dolor ($W=0,68$, $p=0,6$), mientras que, en la subescala sobre la autoeficacia en el afrontamiento de los síntomas y en la medida de autoeficacia general o total, no pudo aceptarse la hipótesis de esfericidad, tanto en la primera dimensión ($W=0,31$, $p=0,008$) como en la segunda ($W=0,4$, $p=0,04$). La decisión sobre la hipótesis de igualdad de medias, por tanto, se basó en la versión no corregida, *esfericidad asumida*, del estadístico F univariado, en el caso de la subescala de autoeficacia en el manejo del dolor, y en la versión corregida del mismo, *Greenhouse-Geisser*, para la medida de autoeficacia total o general y la subescala sobre la autoeficacia en el afrontamiento de los síntomas.

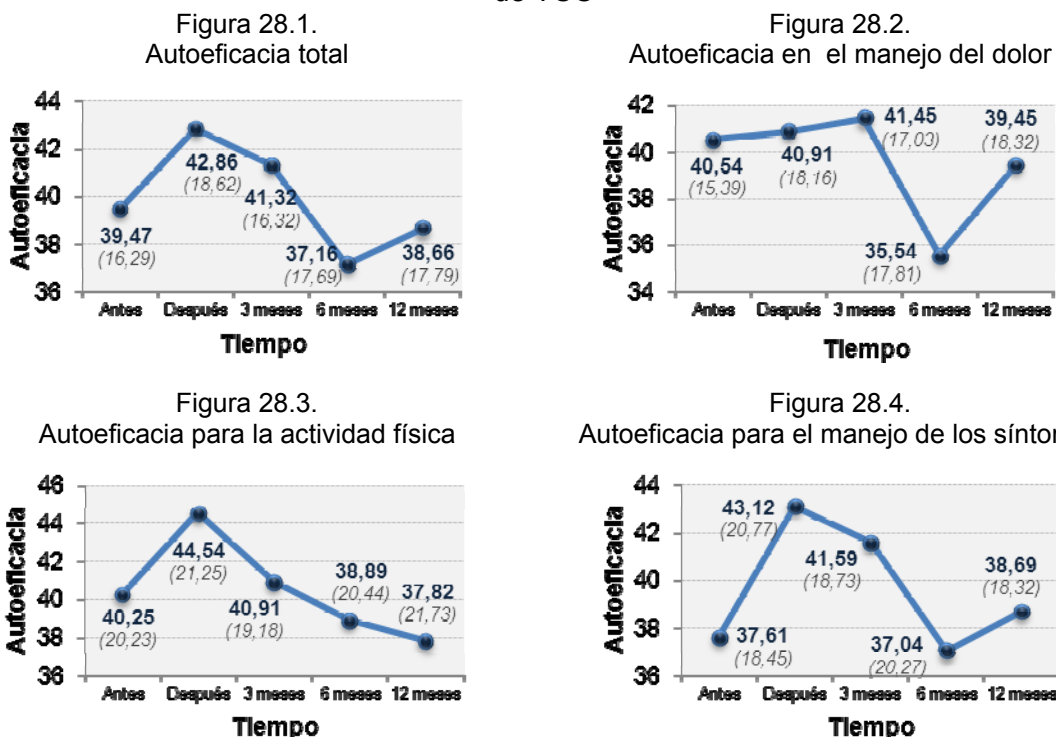
En ausencia de esfericidad, la evolución lo largo de los 5 niveles del factor intrasujeto tiempo en el grupo TCC no resultó significativa ni en el caso de la medida general o total de autoeficacia [$F(2,6; 55,3)= 1,44$, $p= 0,24$, $\eta^2= 0,06$, $1-\beta= 0,34$] ni para la subescala correspondiente con la autoeficacia en el manejo de los síntomas [$F(2,4;50,4)= 1,54$, $p=0,22$, $\eta^2= 0,07$, $1-\beta= 0,34$], con

una tendencia cúbica tanto de la primera medida [$F(1,21)= 4,48, p= 0,04, \eta^2= 0,18, 1-\beta= 0,52$] como de la segunda [$F(1,21)= 5,68, p= 0,03, \eta^2= 0,21, 1-\beta= 0,62$].

La relación cúbica entre el factor tiempo y la variable dependiente autoeficacia, representada por su medida general y la subescala de afrontamiento de los síntomas, supone, como se puede observar en las Figuras 28.1 y 28.4, que el incremento registrado en ambas después de finalizar la intervención se redujo paulatinamente hasta el seguimiento a 6 meses, momento a partir del cual se incrementó ligeramente tanto la autoeficacia general como la relativa al afrontamiento de los síntomas.

Figura 28.

Efecto del factor tiempo sobre las medidas de autoeficacia en la condición experimental de TCC



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

Conforme a la hipótesis de esfericidad, la autoeficacia en el manejo del dolor no tuvo cambios significativos a lo largo del tiempo en el grupo TCC [$F(4,84)= 0,92, p= 0,4, \eta^2= 0,04, 1-\beta= 0,28$]. Como puede verse en la Figura 28.2 esta variable no experimentó aumento ni reducción hasta los 3 meses,

observándose una reducción a partir de entonces y un incremento después de los 6 meses desde la finalización del tratamiento.

El contraste no paramétrico para la variable autoeficacia en la actividad física no mostró efectos significativos ($\chi^2_{(4)} = 7,32, p=0,12$). Como se ve en la Figura 28.3, la puntuación promedio se incrementó después del programa de tratamiento, momento a partir del cual disminuye hasta el último momento temporal evaluado.

5.4.2.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

De acuerdo con los resultados obtenidos después de aplicar la estrategia analítica primaria o básica (descripción y comparación cuantitativa), sólo cabe realizar el análisis cualitativo de la autoeficacia en el manejo de los síntomas.

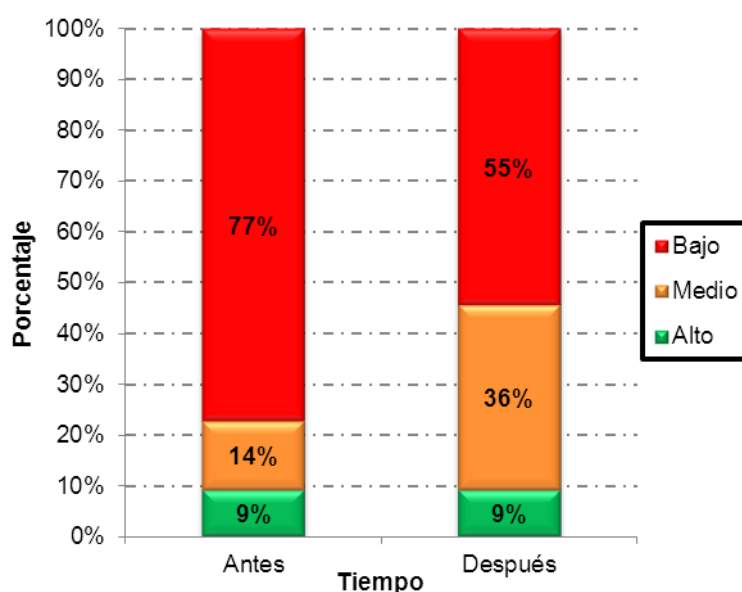
La conversión *ad hoc* como medida cuasi-cuantitativa o cualitativa ordinal de la medida cuantitativa de las expectativas de autoeficacia, escala CPSS, supuso la distinción, según el rango de puntuación de la escala, de 3 niveles de autoeficacia percibida, alto, medio y bajo, tanto de la variable general como de cada una de las dimensiones en las que esta se diferencia. De esta forma, las expectativas de autoeficacia serían bajas cuando la puntuación promedio fuese igual o inferior a 50, valores medios superiores a 50 e inferiores o iguales a 70 significarían un autoeficacia percibida media, mientras que puntuaciones medias superiores a 70 se corresponderían con unas altas expectativas de autoeficacia.

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

A pesar de que la autoeficacia en el afrontamiento de los síntomas continuó siendo baja en el grupo de TCC después del programa de tratamiento, el incremento (estadísticamente significativo) experimentado en ese momento temporal afectó a las categorías o niveles de autoeficacia media y alta (véase la Figura 29).

Al final del programa de tratamiento, como se muestra en la Figura 29, un poco más de la mitad de la condición TCC presentó un nivel bajo de autoeficacia en el manejo de los síntomas, nivel que se presentó en casi la totalidad del grupo antes de comenzar la intervención. El descenso en la proporción de participantes con una autoeficacia baja conllevó un aumento en el nivel medio de la variable al final del tratamiento, en comparación con el comienzo de la intervención.

Figura 29.
Distribución de la condición experimental de TCC según el grado de autoeficacia percibida para el manejo de los síntomas antes y después de la intervención



5.5. Análisis de la variables conductuales

5.5.1. Análisis de estrategias de afrontamiento pasivas

5.5.1.1. Descripción y comparación cuantitativa

Pedir ayuda resultó la estrategia pasiva o focalizada en el dolor menos utilizada, por parte de la muestra total (N=44), durante los 7 días previos al comienzo de la intervención (\bar{X} =3,23, DE=1,75). Por el contrario, la estrategia de afrontamiento pasivo de descansar fue la más usada (\bar{X} =4,04, DE=1,56). Después de pedir ayuda, la segunda estrategia focalizada en el dolor menos utilizada fue la de búsqueda de apoyo social (\bar{X} =3,26, DE=1,49), seguida por la de protegerse (\bar{X} =3,81, DE=1,36).

Debido al incumplimiento del supuesto de normalidad por parte de la estrategia de pedir ayuda (véase la Tabla 19), se utilizaron técnicas no paramétricas. Por otro contra, en el caso de las otras 3 estrategias de afrontamiento focalizadas en el dolor, protegerse, descansar y buscar apoyo social, los contrastes estadísticos utilizados en su análisis fueron paramétricos.

Tabla 19.
Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas sobre estrategias pasivas en la variable de afrontamiento

Variable	Medidas	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk ^a	Levene
Afrontamiento pasivo	Protegerse	2,00*	0,44*	0,75*
	Descansar	2,00*	0,63*	0,9*
	Pedir ayuda	0,04	0,07*	0,66*
	Apoyo social	2,00*	0,93*	0,46*

^a Estadístico incluido por el tamaño de la muestra total (N < 50)

* $p \geq 0,05$

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

Después de la intervención, la única estrategia de afrontamiento pasiva o focalizada en el dolor en la que el patrón de cambios fue compartido por ambas condiciones experimentales fue la de protegerse (véase la Figura 30.1). En ella, y en ambos grupos, el promedio de días en los que se utilizó, descendió al finalizar la intervención.

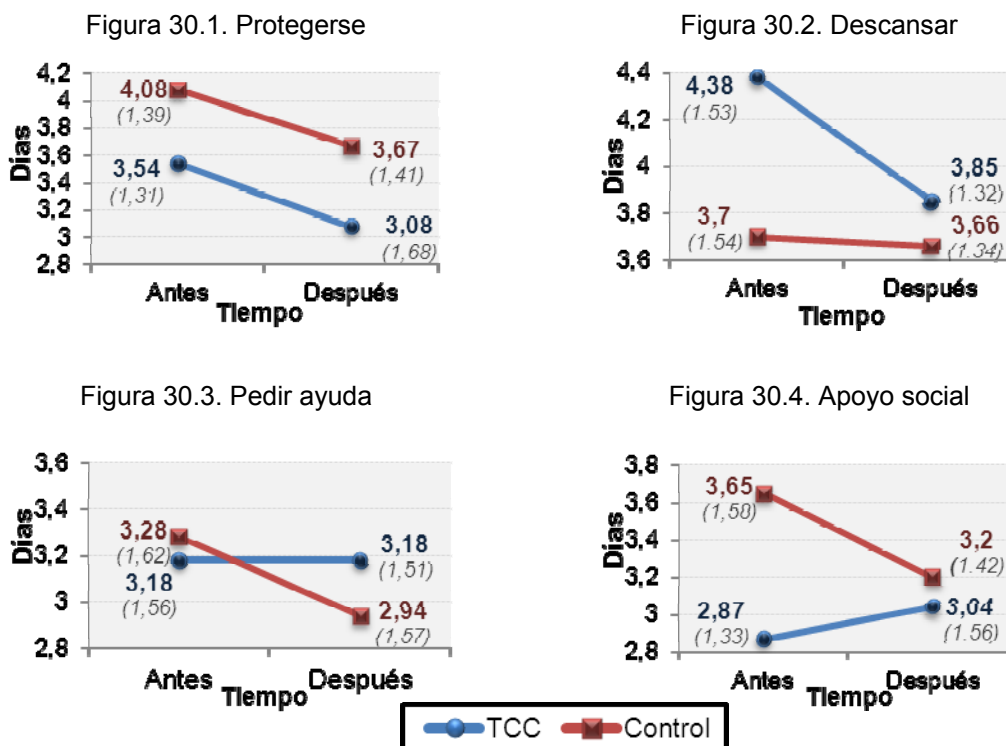
Respecto del resto de medidas pasivas de afrontamiento en la condición TCC, como se puede observar en la Figura 30, las estrategias de descansar y búsqueda de apoyo social descendió en la primera medida y aumentó en la segunda, al final de la intervención. No hubo, por otro lado, cambios en la estrategia de pedir ayuda.

La estrategia de protegerse, la búsqueda de apoyo social y pedir ayuda se redujo en la condición experimental de control, como se muestra en la representación gráfica de cada una de estas estrategias en la Figura 30. La estrategia de descansar (ver Figura 30.2) no presentó cambios significativos.

El ANOVA, entre los factores tiempo (antes y después de la intervención) y condición experimental (TCC y Control), señalaron la existencia

de un efecto significativo del factor tiempo en la medida de afrontamiento de protegerse [F(1,42)=9,76, p=0,003, $\eta^2=0,9$, 1- $\beta=0,86$]; no siendo significativo el cambio en resto de las estrategias pasivas, tanto en la estrategia de descansar [F(1,42)=2,24, p=0,14, $\eta^2=0,005$, 1- $\beta=0,31$] como en la de apoyo social [F(1,42)=0,73, p=0,4, $\eta^2=0,02$, 1- $\beta=0,13$].

Figura 30.
Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de estrategias pasivas de la variable de afrontamiento



El efecto interacción entre los dos factores, tiempo y condición experimental, no resultó significativo ni en la estrategia de protegerse [F(1,42)=0,03, p=0,87, $\eta^2=0,001$, 1- $\beta=0,86$] ni en las medidas focalizadas en el dolor correspondientes a descansar [F(1,42)=1,67, p=0,2, $\eta^2=0,004$, 1- $\beta=0,24$] y apoyo social [F(1,42)=3,58, p=0,06, $\eta^2=0,08$, 1- $\beta=0,46$]. El afrontamiento de protegerse sí resultó diferente en ambas condiciones experimentales (véase la Tabla 20).

Tabla 20.
Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la medida de afrontamiento pasivo de protegerse

Medida	Condición	Antes	Después	p ^a	p ^b	
		$\bar{X}(DE)$	$\bar{X}(DE)$		Antes	Después
Protegerse	Control	4,08(1,39)	3,67(1,41)	0,04*	0,19	0,22
	TCC	3,54(1,31)	3,08(1,68)	0,02*		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

* $p \leq 0,05$

El análisis no paramétrico para la variable pedir ayuda no fue estadísticamente significativo, tanto en las diferencias intersujeto antes ($p=0,71$) y después ($p=0,62$) de la intervención, como entre estos dos niveles del factor tiempo en el grupo de TCC ($p=0,96$) y en la condición de control ($p=0,12$).

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

El ANOVA en las estrategias pasivas de afrontamiento de protegerse ($W=0,43$, $p=0,06$), descansar ($W=0,43$, $p=0,06$) y apoyo social ($W=0,5$, $p=0,2$), en la condición TCC y entre los 5 niveles del factor tiempo, se realizó en condiciones de esfericidad. El factor tiempo no resultó significativo ni en la estrategia pasiva de protegerse [$F(4,84)=1,95$, $p=0,11$, $\eta^2=0,08$, $1-\beta=0,56$], ni en las medidas focalizadas en el dolor relativas a las estrategias de afrontamiento de descansar [$F(4,84)=1,06$, $p=0,38$, $\eta^2=0,05$, $1-\beta=0,32$] y búsqueda de apoyo social [$F(4,84)=0,21$, $p=0,93$, $\eta^2=0,01$, $1-\beta=0,09$].

La evolución del uso de protegerse se ajustó significativamente a una curva (función cuadrática) [$F(1,21)=4,63$, $p=0,04$, $\eta^2=0,18$, $1-\beta=0,54$]. Como puede verse en la Figura 31.1, el uso de esta estrategia de afrontamiento se redujo tras el tratamiento, y aumentó ligera y progresivamente a partir de ese momento.

No hubo cambios significativos para descansar y búsqueda de apoyo. Como puede verse en las Figuras 31.2, el uso de la estrategia de descansar en la condición TCC disminuyó después de la intervención y aumentó progresiva y ligeramente durante el seguimiento. La evolución no significativa de la búsqueda de apoyo puede consultarse en la Figura 31.4

Figura 31.
Efecto del factor tiempo sobre las medidas de afrontamiento pasivo en la condición experimental de TCC

Figura 31.1. Protegerse

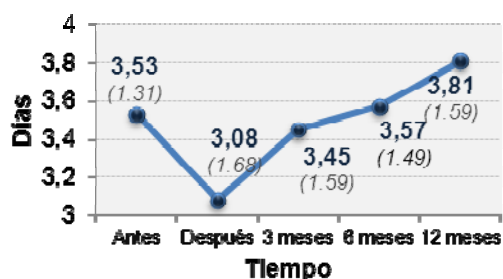


Figura 31.2. Descansar



Figura 31.3. Pedir ayuda

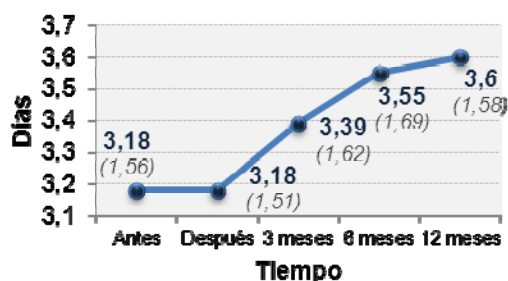
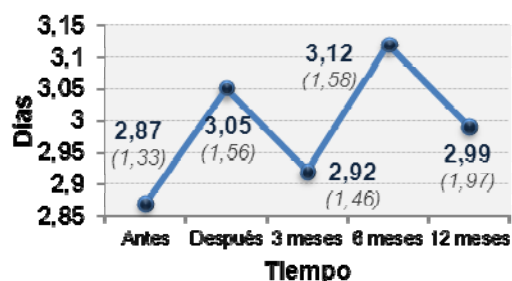


Figura 31.4. Apoyo social



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

El cambio en la estrategia pasiva de pedir ayuda no resultó significativo entre los 5 niveles del factor intrasujeto tiempo en la condición experimental a TCC ($\chi^2_{(4)} = 1,23, p=0,87$). Su tendencia puede observarse en la Figura 31.3.

5.5.1.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

El análisis cualitativo se limitó a la única variable, la estrategia de protegerse, que ha mostrado un efecto estadísticamente significativo en la comparación cuantitativa.

a) Descripción y comparación cualitativa antes y después de la intervención

Como se muestra en las Figuras 32 y 33, mientras que después del tratamiento la mitad de los participantes de la condición de TCC se protegieron para afrontar el dolor con poca frecuencia (0 a 2 días), en el grupo de control se siguió utilizando la estrategia de afrontamiento con una frecuencia de 3 a 5 días.

Figura 32.
Distribución de la condición experimental de TCC según el uso de la estrategia pasiva de protegerse antes y después de la intervención

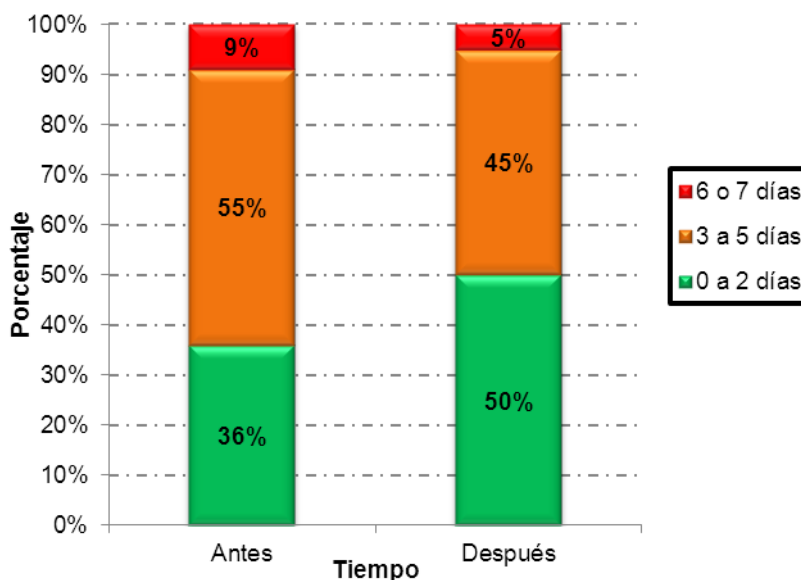
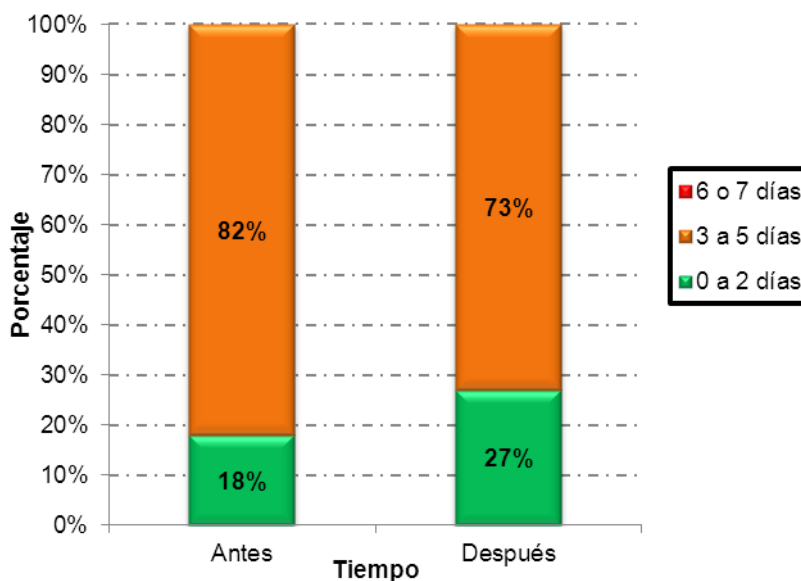


Figura 33.
Distribución de la condición experimental de control según el uso de la estrategia pasiva de protegerse antes y después de la intervención



5.5.2. Análisis de estrategias de afrontamiento activas

5.5.2.1. Descripción y comparación cuantitativa

De las estrategias de afrontamiento activas: perseverancia en la tarea, relajación, ejercicios/estiramientos y autoafirmaciones de afrontamiento, la primera fue la más utilizada (\bar{X} =3,96, DE=1,88); también lo fue la de afrontamiento (\bar{X} =3,76, DE=1,64) y la de ejercicios/estiramientos (\bar{X} =3,09, DE=1,89). La dimensión no-focalizada en el dolor menos utilizada fue la de relajación (\bar{X} =2,59, DE=1,47).

Tabla 21.
Prueba de normalidad y homocedasticidad de las medidas sobre estrategias activas en la variable de afrontamiento

Variable	Medidas	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk ^a	Levene
Afrontamiento activo	Perseverancia	0,13*	0,12*	0,78*
	Relajación	0,2*	0,5*	0,63*
	Ejercicios/estiramientos	0,2*	0,33*	0,24*
	Autoafirmaciones	0,08*	0,12*	0,48*

^a Estadístico incluido por el tamaño de la muestra total (N< 50)

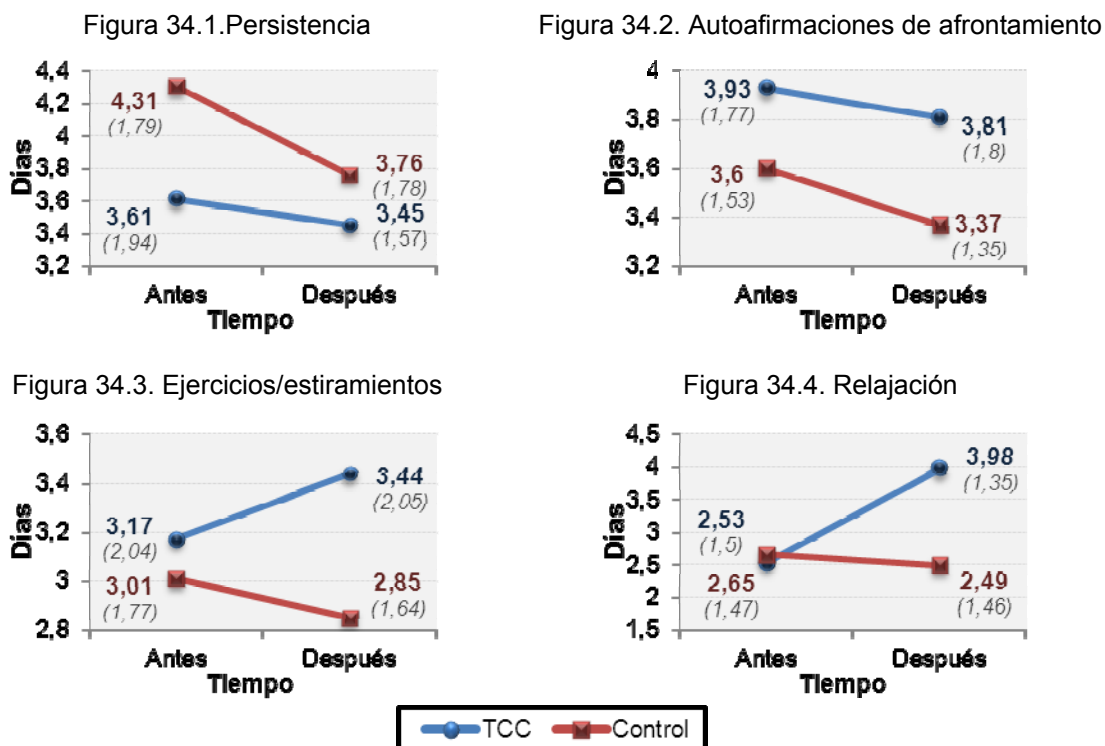
* $p \geq 0,05$

Tanto el supuesto de normalidad como el de homocedasticidad se cumplieron en los valores iniciales de las cuatro estrategias de afrontamiento activo, al resultar el valor de los niveles críticos asociados a los estadísticos de las pruebas de homogeneidad de varianzas y normalidad superiores, en las cuatro medidas de afrontamiento de afrontamiento activo, al nivel de significación, (véase la Tabla 21). Al satisfacerse en todas las medidas de afrontamiento ambos supuestos, estas cuatro dimensiones de afrontamiento se analizaron mediante técnicas estadísticas paramétricas.

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

Concluida la intervención en las dos condiciones experimentales, TCC y Control, el patrón de cambios fue el mismo para las estrategias de perseverancia en la tarea y autoafirmaciones, por un lado, mientras que este fue diferente en las de ejercicios/estiramientos y relajación (véase la Figura 34).

Figura 34.
Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las medidas de estrategias activas de la variable de afrontamiento



Según la gráfica tanto de la Figura 34.1 como de la Figura 34.2, correspondiente la primera de ellas a la estrategia de perseverancia en la tarea y a la medida de autoafirmaciones la segunda, tanto en la condición experimental de TCC como en el grupo control se observa una disminución (ligera o leve) en el promedio de días en los que se utilizó cada una de dichas estrategias durante los 7 días previos a la finalización del programa de tratamiento en el grupo TCC y del tiempo de espera en la condición de control.

A diferencia de las anteriores dimensiones de afrontamiento, como se muestra en las gráficas de las Figuras 34.3 y 34.4, relativas ambas a la interacción de los factores condición experimental y tiempo en las medidas de ejercicios/estiramientos y relajación, el patrón de cambio registrado en las mismas consistió, por un lado, en un incremento en el grupo de TCC del uso de ambas estrategias en el período de 7 días antes de finalizar el programa de tratamiento, y por otro, en una reducción (ligera o leve) en el promedio de días utilizando la estrategia de ejercicios/estiramientos y una ausencia de cambio en

la frecuencia media de uso (días) de la estrategia de la relajación por parte del grupo control durante los 7 días previos a finalizar el período de tiempo de espera.

El contraste (paramétrico) en las 4 medidas o estrategia de afrontamiento activas, ANOVA entre los factores tiempo (antes y después de la intervención), variable intrasujeto, y condición experimental (TCC y control), variable intersujeto, indicó la existencia de un efecto significativo tanto del factor tiempo como de la interacción tiempo x condición experimental en una sola estrategia activa o medida de la variable dependiente del afrontamiento activo.

Con respecto al efecto del factor principal tiempo, éste no resultó significativo para las medidas de afrontamiento de persistencia en la tarea [$F(1,42)= 2,11$, $p= 0,15$, $\eta^2= 0,05$, $1-\beta=0,29$], autoafirmaciones de afrontamiento [$F(1,42)=1,14$, $p=0,29$, $\eta^2=0,03$, $1-\beta=0,18$] y de ejercicios/estiramientos [$F(1,42)= 0,07$, $p= 0,79$, $\eta^2= 0,02$, $1-\beta= 0,06$], mientras que el valor del nivel crítico asociado al estadístico F univariado indicó un efecto significativo del factor tiempo para la estrategia de afrontamiento de la relajación [$F(1,42)= 15,07$, $p= 0,001$, $\eta^2= 0,26$, $1-\beta= 0,97$].

De la misma forma que ocurre con la significatividad del factor principal tiempo, la medida de la variable de afrontamiento en la que el ANOVA 2x2 detectó un efecto significativo de la interacción tiempo x condición experimental fue también la medida de la relajación [$F(1,42)= 2,17$, $p= 0,001$, $\eta^2= 0,36$, $1-\beta= 0,99$], ya que los valores de los niveles críticos asociados al estadístico F univariado no señalaron efecto significativo de la interacción tiempo x condición experimental ni en la medida de persistencia en la tarea [$F(1,42)= 0,65$, $p= 0,43$, $\eta^2= 0,01$, $1-\beta= 0,12$], autoafirmaciones de afrontamiento [$F(1,42)=0,09$, $p=0,76$, $\eta^2=0,02$, $1-\beta=0,06$] ni en la estrategia activa de ejercicios/estiramientos [$F(1,42)= 1,16$, $p= 0,29$, $\eta^2= 0,03$, $1-\beta= 0,18$].

De acuerdo con el valor de los niveles críticos asociados a los contrastes de los efectos simples en la medida de afrontamiento activo de la relajación (véase la Tabla 22), al comparar los niveles del factor condición experimental

dentro de cada nivel del factor tiempo, la única diferencia intersujeto que resultó significativa fue en el nivel del factor tiempo de después de la intervención. Por otro lado, la diferencia intrasujeto en el uso de la estrategia de la relajación en el grupo TCC también resultó significativa, como muestra y demuestra el p-valor asociado a la comparación entre los niveles del factor tiempo en el nivel del factor condición experimental correspondiente a la condición de TCC.

Tabla 22.
Comparaciones entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la medida de afrontamiento activo de la relajación

Medida	Condición	Antes	Después	p ^a	p ^b	
		$\bar{X}(DE)$	$\bar{X}(DE)$		Antes	Después
Relajación	Control	2,65(1,47)	2,49(1,46)	0,51	0,79	0,001*
	TCC	2,53(1,5)	3,98(1,35)	0,001*		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

* p ≤ 0,05

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

El contraste ANOVA utilizado en el análisis de la evolución y tendencia de las cuatro estrategias activas de afrontamiento, entre los 5 niveles intrasujeto del factor tiempo en la condición experimental TCC, se realizó en condiciones de esfericidad en tres de las cuatro medidas o estrategias no focalizadas en el dolor. De acuerdo con el valor del nivel crítico asociado al estadístico W de Mauchly, la decisión sobre la hipótesis de igualdad de las medias se basó en la versión no corregida del estadístico F univariado, *Esfericidad asumida*, en las medidas de persistencia en la tarea (W=0,63, p=0,43), autoafirmaciones de afrontamiento (W=0,49, p=0,12) y relajación (W=0,49, p=0,13), al cumplirse en todas ellas el supuesto de esfericidad. Por el contrario, en la estrategia activa de ejercicios/estiramientos, al rechazarse la hipótesis de esfericidad (W=0,39, p=0,003), el contraste se basó en la versión corregida, Greenhouse-Geisser, del estadístico F univariado.

Excepto en la estrategia de la relajación, la progresión temporal a lo largo de los 5 momentos temporales evaluados no resultó significativa en ninguna de

las otras 3 medidas activas de afrontamiento, dado el valor del nivel crítico asociado al estadístico F univariado, tanto en su versión de esfericidad asumida en la medida de ejercicios/estiramientos [F(4,84)= 0,29, p=0,89, $\eta^2=0,01$, 1- $\beta=0,11$], como en su versión de esfericidad asumida en las estrategias de persistencia en la tarea [F(4,84)=0,23, p=0,92, $\eta^2=0,01$, 1- $\beta=0,09$] y autoafirmaciones de afrontamiento [F(4,84)= 0,53, p= 0,72, $\eta^2= 0,02$, 1- $\beta=0,17$]. Con respecto a la medida de afrontamiento de la relajación, su evolución temporal entre los niveles del factor intrasujeto tiempo en la condición experimental TCC sí resultó significativa [F(4,84)=10,42, p=0,001, $\eta^2=0,33$, 1- $\beta=1,00$] y con una tendencia cuadrática (curva) de la misma [F(1,21)=24,94, p=0,001, $\eta^2=0,54$, 1- $\beta=0,99$].

Figura 35.

Efecto del factor tiempo sobre las medidas de afrontamiento activo en la condición experimental de TCC

Figura 35.1. Persistencia



Figura 35.2. Autoafirmaciones de afrontamiento

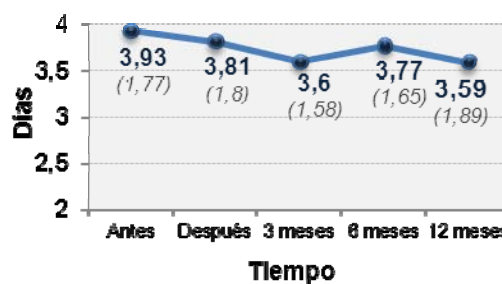


Figura 35.3. Ejercicios/estiramientos



Figura 35.4. Relajación



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

Aunque las estrategias de afrontamiento no focalizadas en el dolor, diferentes a la relajación, no tuvieron un resultado estadísticamente significativo, se presentan los datos en la Figura 35.

La Figura 35.4, muestra la evolución de la relajación, que se ajusta a una función cuadrática (curva).

Las diferencias que resultaron significativas, al comparar por pares la media de días utilizando la relajación como estrategia de afrontamiento, entre los niveles del factor intrasujeto tiempo en la condición TCC, resultaron ser las mismas, tanto sin ejercer control sobre la tasa de error tipo I como al hacerlo a través de la corrección de Bonferroni o el procedimiento de ajuste de Benjamini-Hochberg (véase la Tabla 23).

Tabla 23.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la estrategia de afrontamiento de la relajación en la condición experimental TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	-1,455(*)	0,0001*	0,0001*	0,01*
	3 meses	-1,247(*)	0,0001*	,001*	0,005*
	6 meses	-1,084(*)	0,001*	,014*	0,015*
	12 meses	-0,987(*)	0,003*	,032*	0,02*
Después	3 meses	0,208	0,334	1,000	0,04
	6 meses	0,370	0,141	1,000	0,03
	12 meses	0,468	0,093	0,934	0,025
3 meses	6 meses	0,162	0,450	1,000	0,045
	12 meses	0,260	0,208	1,000	0,035
6 meses	12 meses	0,097	0,541	1,000	0,05

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05

5.5.2.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

Sólo se analizó la relajación, al ser la única medida en la que hubo efectos estadísticamente significativos en el análisis anterior.

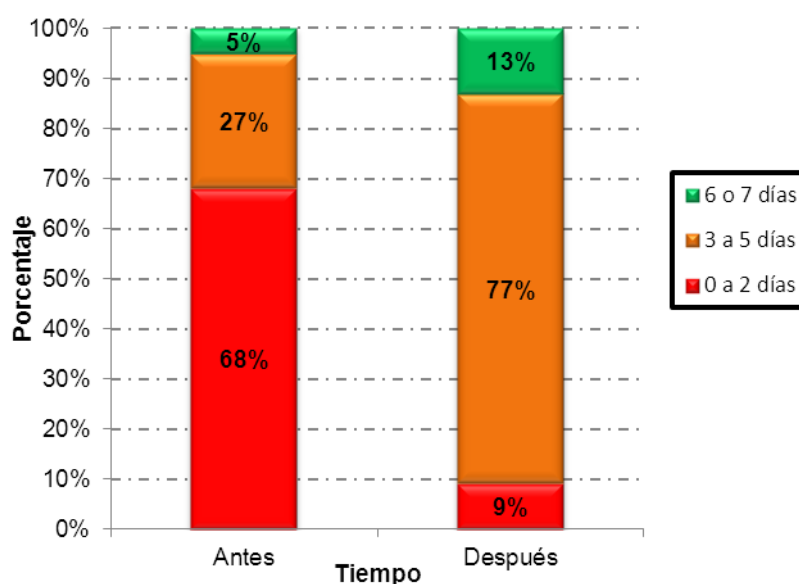
a) Descripción y comparación cualitativa antes y después de la intervención

El efecto cualitativo de la diferencia intrasujeto significativa entre los niveles del factor tiempo de antes y después de la intervención en la condición

TCC quedaría reflejada en el incremento del porcentaje de casos que utilizaron dicha estrategia (p. e., “pensar en algo agradable o que me distraiga y me ayude a relajar, escuchar música para relajarme”, etc.) entre 3 y 5 días durante los 7 días previos en el momento temporal de después de la intervención (véase la Figura 36). Mientras que antes de la intervención la proporción de casos que utilizaban estrategias de afrontamiento relacionadas con la relajación (p. e., “centrarme en relajar mis músculos, respirar profunda y lentamente para relajarme”) con una frecuencia de entre 3 y 5 días era aproximadamente un cuarto del grupo de TCC, después del programa de tratamiento lo hizo más del 70% de la condición TCC.

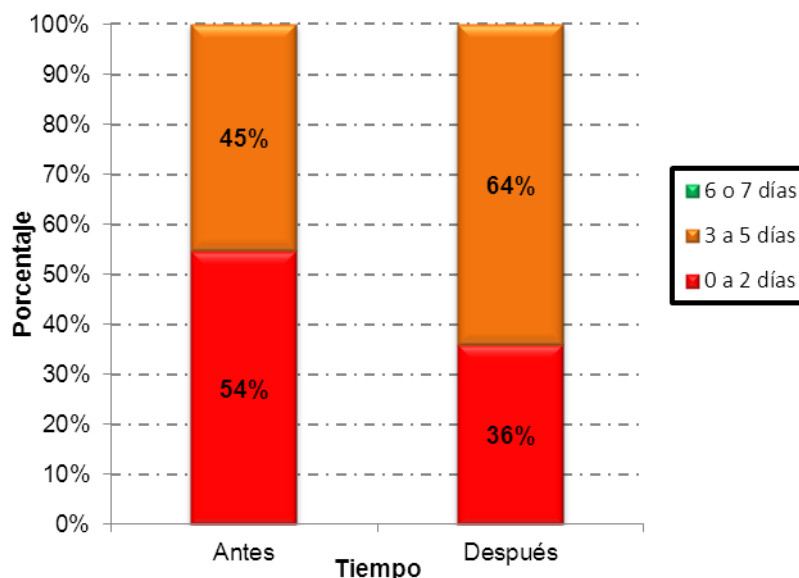
Figura 36.

Distribución de la condición experimental de TCC según el uso de la estrategia activa de la relajación antes y después de la intervención



La comparación en el uso de la relajación como estrategia de afrontamiento entre los grupos (TCC y Control) también resultó significativa en el momento temporal de después de la intervención (diferencia intersujeto).

Figura 37.
Distribución de la condición experimental de control según el uso de la estrategia activa de la relajación antes y después de la intervención



Como puede verse en las Figuras 36 y 37, finalizada la intervención, mientras que en el grupo de TCC sólo el 9% de sus integrantes no utilizaron, o lo hicieron sólo uno o dos días como máximo, la relajación como estrategia de afrontamiento después, el 36% de la condición de control utilizó la estrategia de afrontamiento de la relajación con esa misma frecuencia de uso (0 a 2 días) en ese mismo momento temporal.

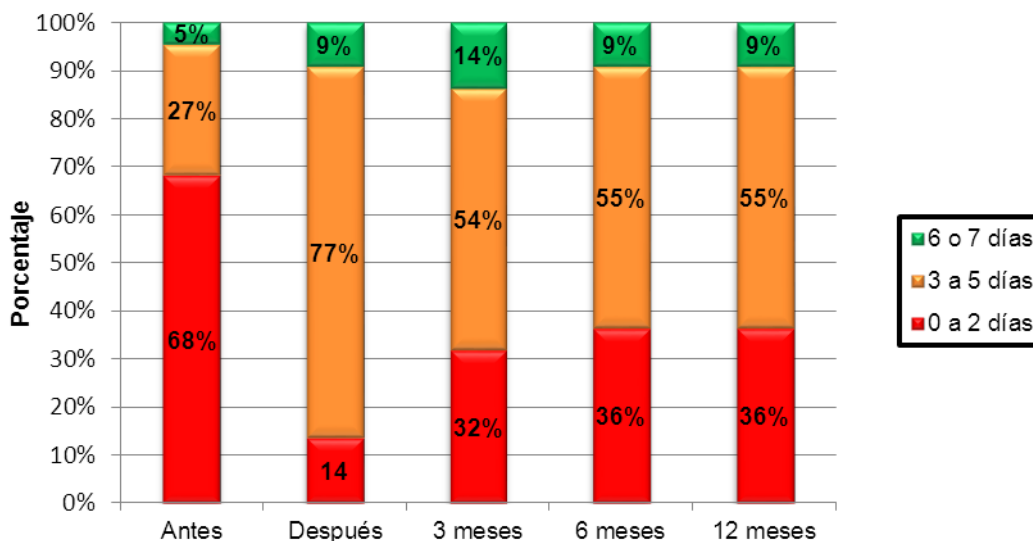
b) Descripción y comparación cualitativa de la condición TCC en el seguimiento

La interpretación cualitativa de las diferencias cuantitativas en el uso de la estrategia de afrontamiento de la relajación se representa en la Figura 38.

Como se puede observar en la Figura 38, la significación clínica de las diferencias cuantitativas supondría que, mientras que antes del tratamiento el 68% del grupo no utilizó, o lo hizo un máximo de dos días, la relajación, en los siguientes momentos, más de la mitad de las personas usó dicha estrategia de afrontamiento con una frecuencia de entre 3 y 5 días.

Figura 38.

Distribución de la condición experimental de TCC en todos los niveles del factor tiempo según el uso de la estrategia de la relajación



5.6. Variables somáticas

5.6.1. Descripción y comparación cuantitativa

El incumplimiento del supuesto de normalidad de las variables somáticas de fatiga, rigidez y cansancio matutino, medidas por el FIQ (véase la Tabla 24), obligó al uso de pruebas no paramétricas en su análisis.

Tabla 24.
Prueba de normalidad y homocedasticidad de las variables somáticas

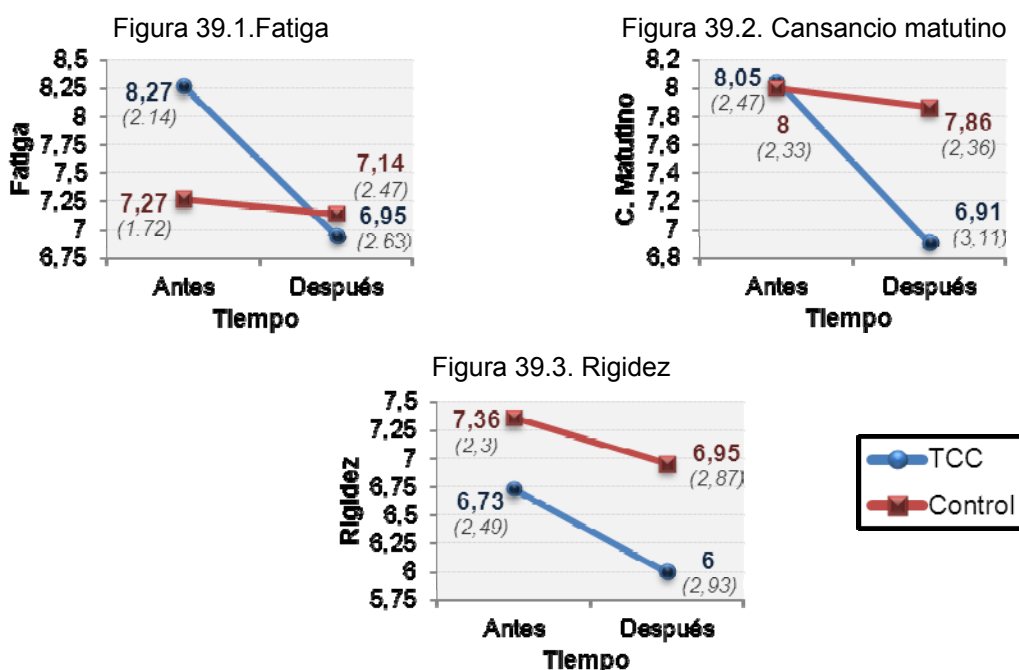
Variables somáticas	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk ^a	Levene
Fatiga	0,001	0,001	0,73*
Cansancio matutino	0,000	0,000	0,5*
Rigidez	0,001	0,004	0,41*

^a Estadístico incluido por el tamaño de la muestra total (N < 50)
* p ≥ 0,05

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

Concluida la intervención, el valor de las 3 variables somáticas señaladas disminuyó, tanto después del tratamiento en el grupo TCC, como al final del período de tiempo de espera en el Grupo Control (véase la Figura 39).

Figura 39. Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en las variables somáticas de fatiga, cansancio matutino y rigidez



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

De las 3 variables somáticas analizadas, y como se muestra en la Tabla 25, la relativa a la rigidez, resultó ser la única variable en la que los contrastes no paramétricos no detectaron significatividad.

Tabla 25. Comparaciones entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en las variables somáticas

Medida	Condición	Antes	Después	p ^a	p ^b	
		\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		Antes	Después
Fatiga	Control	7,27(1,72)	7,14(2,47)	0,88	0,02*	0,85
	TCC	8,27(2,14)	6,95(2,63)	0,02*		
Cansancio matutino	Control	8,00(2,33)	7,86(2,36)	0,64	0,8	0,36
	TCC	8,05(2,47)	6,91(3,11)	0,03*		
Rigidez	Control	7,36(2,3)	6,95(2,87)	0,41	0,41	0,23
	TCC	6,73(2,49)	6,00 (2,93)	0,28		

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

* p ≤ 0,05

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

Se obtuvieron cambios estadísticamente significativos para la variable fatiga (Friedman, $\chi^2_{(4)}=10,97$, $p=0,03$), no siendo significativos para el cansancio matutino (Friedman, $\chi^2_{(4)}=6,09$, $p=0,19$) ni la rigidez (Friedman, $\chi^2_{(4)}=5,23$, $p=0,3$).

Como se observa en la Figura 40, al descenso registrado tras el tratamiento, efecto común en las 3 variables somáticas, le siguió un aumento y disminución ligera hasta el final del seguimiento en la variable de la fatiga, (Figura 40.1), mientras que el comportamiento de las dos variables: cansancio matutino y rigidez, consistió en un incremento progresivo hasta el último seguimiento (véase las Figuras 40.2 y 40.3).

Con respecto a la fatiga, medida por el FIQ, los cambios producidos a lo largo del estudio no resultaron estadísticamente significativos, al aplicar las correcciones estadísticas correspondientes, como queda reflejado en la Tabla 26.

Figura 40.

Efecto del factor tiempo sobre las variables somáticas en la condición experimental de TCC

Figura 40.1. Fatiga

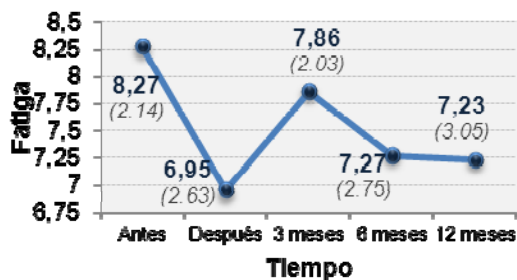


Figura 40.2. Cansancio matutino

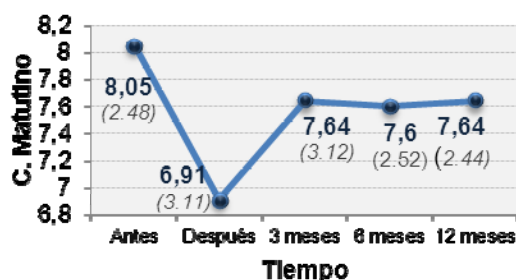
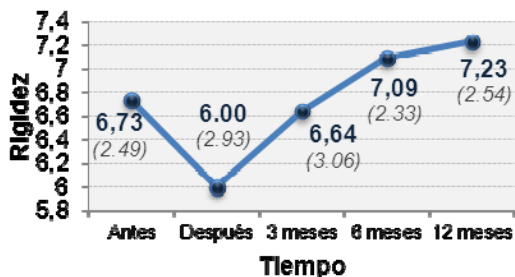


Figura 40.3. Rigidez



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

Tabla 26.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la de la variable somática fatiga en la condición experimental TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	1,32	0,02*	0,02	0,005
	3 meses	0,41	0,44	0,44	0,04
	6 meses	1,00	0,07	0,07	0,01
	12 meses	1,04	0,1	0,1	0,02
Después	3 meses	-0,91	0,09	0,09	0,015
	6 meses	-0,32	0,7	0,7	0,045
	12 meses	-0,27	0,4	0,4	0,035
3 meses	6 meses	0,59	0,18	0,18	0,03
	12 meses	0,64	0,18	0,18	0,025
6 meses	12 meses	0,04	0,81	0,81	0,05

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05

5.6.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

De las 3 variables somáticas evaluadas por el FIQ, la rigidez fue la única cuyas diferencias, inter o intrasujeto, no resultaron significativas, como se ha señalado, por lo que sólo se consideró en este nivel de análisis la fatiga y el cansancio matutino.

La diferenciación *ad hoc* de los rangos o niveles de gravedad de las variables somáticas se basó en los mismos puntos de corte utilizados en la distinción de los niveles de impacto del SFM, puntuación total de la medida FIQ, pero sobre una escala de 10. De esta forma, la fatiga, rigidez y el cansancio matutino se presentan en un nivel bajo si la puntuación en la EVN es menor o igual a 5, medio si el valor es mayor que 5 pero menor o igual a 7 y alto para todos los valores superiores a 7 en la EVA.

a) Descripción y comparación cualitativa antes y después de la intervención

Antes de comenzar la intervención, la puntuación de fatiga obtenida por el FIQ fue alta en el grupo TCC, mientras que tuvo un valor moderado en el grupo de control (véanse las Figuras 41 y 42). En efecto, de acuerdo con la distribución según el grado de fatiga representada en la Figuras 41 y 42, antes de comenzar el tratamiento, el nivel alto fue el mayoritario en la condición de TCC, por el contrario, y en el mismo nivel del factor tiempo, más de la mitad del grupo control, 54%, informó de un nivel de fatiga no-alto (medio o bajo) al inicio del período de tiempo de espera.

Como se puede observar en las Figuras 41 y 43, la reducción del porcentaje de participantes con fatiga y cansancio matutino en un nivel alto, en la condición de TCC, fue parejo al incremento en los otros dos rangos de gravedad. La proporción de casos con un nivel bajo en las dos variables somáticas, después de la intervención, fue el doble que el porcentaje con ese mismo grado de fatiga y cansancio matutino antes del programa de tratamiento.

Figura 41.
Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de fatiga antes y después de la intervención

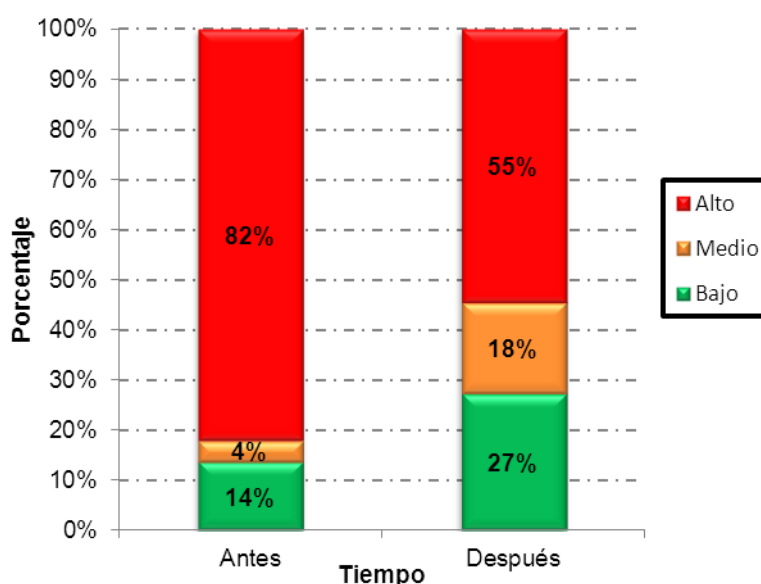


Figura 42.
Distribución de la condición experimental de control según el nivel de fatiga antes y después de la intervención

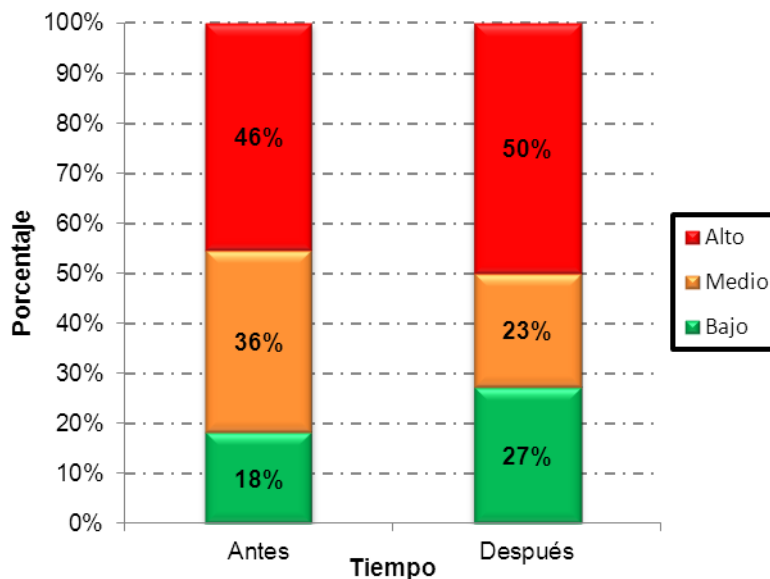
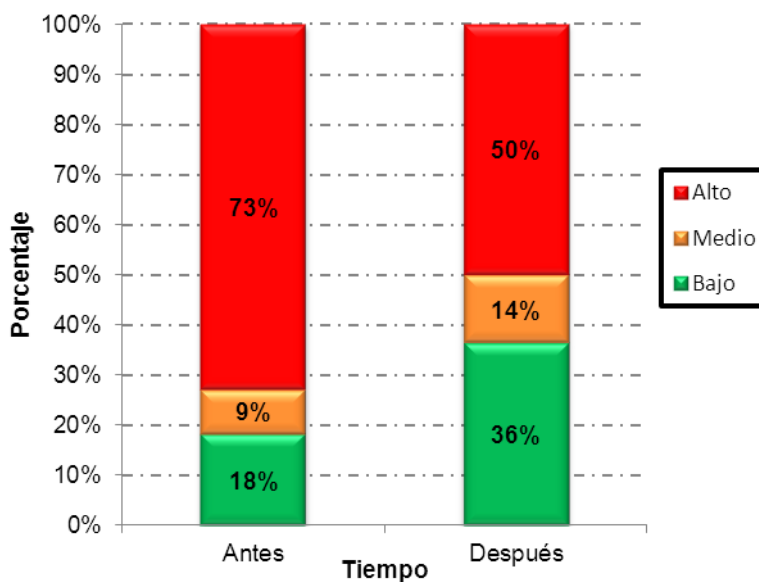


Figura 43.
Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de cansancio matutino antes y después de la intervención



5.7. Análisis del impacto sobre la CVRS

5.7.1. Descripción y comparación cuantitativa

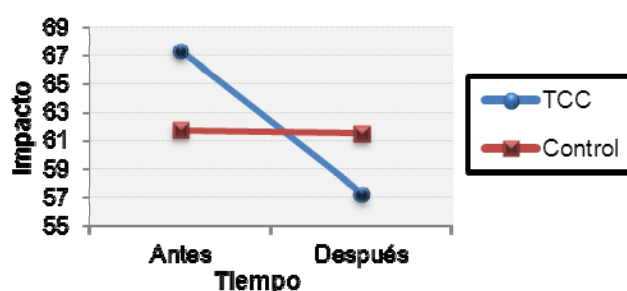
El impacto del SFM sobre la CVRS, puntuación total del FIQ (FIQ-total) fue moderado, $\bar{x}=64,56$ (DE=18,96) en la muestra total (N=44).

Al cumplirse en la medida de cuantificación del impacto del SFM sobre la CVRS, tanto el supuesto de normalidad como el de homogeneidad de varianzas (Kolmogorov-Smirnov, $p=0,59$; Shapiro-Wilk, $p=0,98$; Levene, $p=0,35$), se utilizaron pruebas paramétricas para su análisis.

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

Concluida la intervención, el valor del FIQ, y por tanto el impacto del SFM sobre la CVRS, se redujo en la condición TCC, lo que no sucedió con el grupo de control (véase la Figura 44).

Figura 44.
Efecto de la interacción tiempo x condición experimental en la variable del impacto del SFM



El ANOVA realizado obtuvo un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,42)= 6,61$, $p=0,01$, $\eta^2=0,14$, $1-\beta= 0,71$] y de la interacción tiempo x condición experimental, [$F(1,42)= 4,53$, $p= 0,04$, $\eta^2= 0,09$, $1-\beta= 0,55$].

Tabla 27.
Comparación entre los niveles de los factores tiempo y condición experimental en la variable del impacto del SFM

Medida	Condición	Antes	Después	p^a	p^b	
		$\bar{X}(DE)$	$\bar{X}(DE)$		Antes	Después
FIQ-total	Control	61,75(16,6)	61,49(18,37)	0,76	0,33	0,5
	TCC	67,36(21,07)	57,25(22,46)			

^a Diferencia intrasujeto

^b Diferencia intersujeto

* $p \leq 0,05$

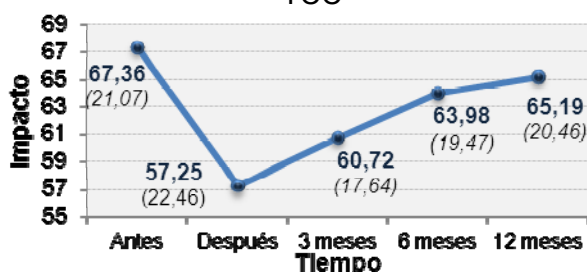
Los contrastes de los efectos simples mostraron un efecto significativo intrasujeto en la condición TCC, según se muestran en la Tabla 27.

b) Descripción y comparación a través del tiempo (seguimiento)

La evaluación de la evolución y tendencia de la medida FIQ-total se realizó mediante un ANOVA con 5 niveles intrasujeto del factor tiempo. En condiciones de esfericidad ($W=0,62$, $p=0,43$), se obtuvo un efecto significativo para el factor tiempo [$F(4,84)= 3,03$, $p= 0,02$, $\eta^2= 0,42$, $1-\beta= 0,72$], con una tendencia cuadrática (curva) de la medida [$F(1,21)= 11,06$, $p= 0,003$, $\eta^2= 0,34$, $1-\beta= 0,89$].

La Figura 45 muestra la representación gráfica del efecto, que se ajustó a una función cuadrática. El impacto del SFM sobre la CVRS se redujo después de terminar el tratamiento, momento a partir del cual aumentó progresivamente hasta alcanzar los valores previos a la intervención.

Figura 45.
Efecto del factor tiempo sobre el impacto del SFM en la condición experimental de TCC



Nota. En cada punto de la gráfica de perfil se presenta su media y desviación típica

Como se indica en la Tabla 28 hubo un efecto significativo sobre la CVRS antes y después de la intervención y entre el primer nivel del factor tiempo y el seguimiento a 3 meses. La diferencia entre el momento temporal de después del tratamiento y el seguimiento a los 6 y 12 meses también resultó significativa, sin embargo al aplicar la corrección de Bonferroni y el procedimiento de Benjamini-Hochberg, estas diferencias dejaron de ser estadísticamente significativos.

Tabla 28.
Comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo de la medida de impacto del SFM en la condición experimental TCC

Tiempo		Diferencia entre medias (I-J)	p ^a	p _B ^b	p _{B-H} ^c
(I)	(J)				
Antes	Después	10,11	0,01*	0,1	0,005
	3 meses	6,64	0,04*	0,46	0,015
	6 meses	3,38	0,37	1,00	0,04
	12 meses	2,17	0,59	1,00	0,045
Después	3 meses	-3,47	0,36	1,00	0,035
	6 meses	-6,73	0,08	0,56	0,02
	12 meses	-7,942	0,04*	0,32	0,01
3 meses	6 meses	-3,26	0,24	1,00	0,03
	12 meses	-4,47	0,11	1,00	0,025
6 meses	12 meses	-1.21	0,67	1,00	0,05

^a Ajuste para comparaciones múltiples: Diferencia menos significativa (equivalente a ausencia de ajuste)

^b Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

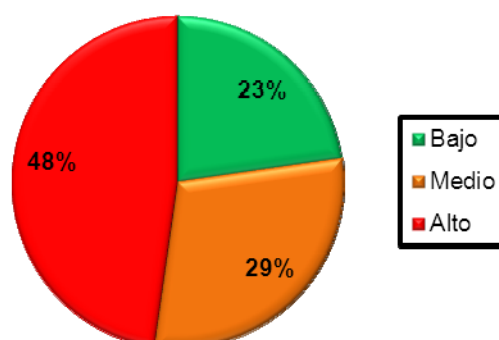
^c Ajuste para comparaciones múltiples: Benjamini-Hochberg

* p ≤ 0,05

5.7.2. Descripción y comparación cualitativa: significación clínica

Previo al estudio, como puede observarse en la Figura 46, el nivel de impacto del SFM sobre la CVRS mayoritario en la muestra total (N=44) fue el alto.

Figura 46.
Distribución de la muestra total (N=44) según el nivel del impacto del SFM antes de la intervención

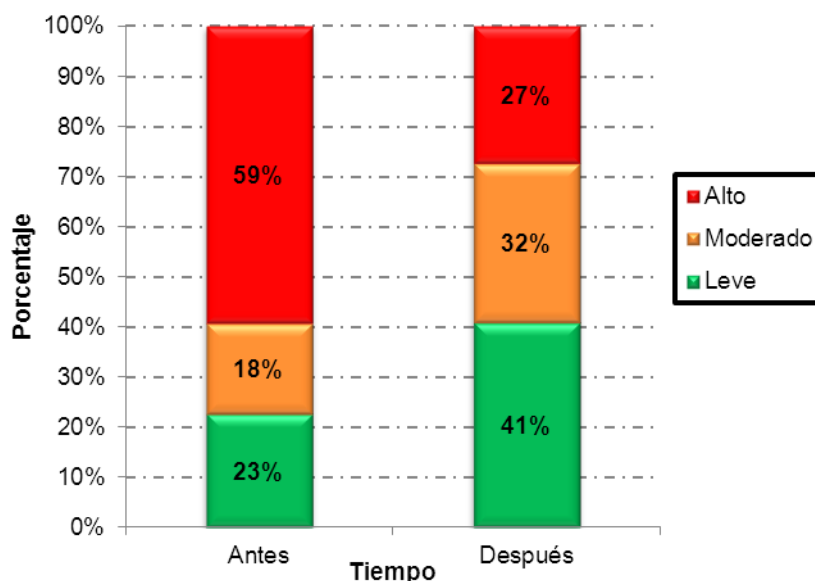


Casi la mitad de la muestra (48%) mostró un impacto alto del SFM. Las otras dos categorías de afectación: medio y bajo, se distribuyeron de forma bastante equivalente, representando cada uno de ellos, aproximadamente, un cuarto del total de la muestra.

a) Descripción y comparación antes y después de la intervención

A pesar de que las puntuaciones promedio del FIQ, FIQ-total, se correspondieron con un nivel o grado de impacto moderado, antes y después del tratamiento en la condición TCC, la variación porcentual entre los dos niveles del factor tiempo (significación clínica) afectó en mayor medida al rango de gravedad alto (véase la Figura 47).

Figura 47.
Distribución de la condición experimental de TCC según el nivel de impacto del SFM antes y después de la intervención



Como se puede observar en la Figura 47, la significación clínica del cambio en el impacto del SFM sobre la CVRS, al finalizar el tratamiento, supuso una reducción en el porcentaje de casos de la condición TCC con un impacto alto. Este grado de impacto pasó de estar presente en más de la mitad del grupo (59%) a estarlo, aproximadamente, en un cuarto de la condición (23%). La disminución en el rango alto de impacto después del tratamiento supuso un

incremento en el porcentaje de las otras dos categorías. Al final del tratamiento, el porcentaje de casos en el grupo de TCC con un impacto moderado y leve se incrementaron en la misma magnitud, esto es, aproximadamente el doble que el porcentaje en cada una de esas categorías antes de comenzar el programa de tratamiento.

5.8. Análisis correlacional del porcentaje de cambio

El grado de relación existente entre aquellas variables clínicas que cambiaron significativamente en la condición de TCC, después del tratamiento, se cuantificó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Las correlaciones pueden verse en la Tabla 29.

Tabla 29.
Correlación entre las variables que cambiaron (mejoraron) significativamente después del tratamiento

	BDI	HADS-A	FIQ	CPCI-P	PCS-C	PCS-D	PCS-R	CPCI-R	CPSS-S	FIQ-F	FIQ-CM
BDI											
HADS-A	0,25										
FIQ	0,3	0,92*									
CPCI-P	0,65*	0,27	0,31								
PCS-C	0,3	0,29	0,38	0,006							
PCS-D	0,28	0,12	0,19	-0,03	0,89**						
PCS-R	0,26	0,43*	0,49*	-0,04	0,86**	0,67**					
CPCI-R	-0,02	0,05	0,13	0,38	-0,06	-0,22	-0,06				
AES	-0,32	-0,21	-0,15	-0,35	-0,34	-0,32	-0,28	0,11			
FIQ-F	0,28	0,89**	0,93**	0,28	0,35	0,11	0,5*	0,23	-0,2		
FIQ-CM	0,3	0,78**	0,91**	0,25	0,32	0,16	0,49*	0,07	-0,02	0,88**	

BDI:Beck Depresión Inventory; HADS-A: subescala de ansiedad del Hospital Anxiety and Depression Scale; FIQ:Fibromyalgia Impact Questionnaire; CPCI-P:estrategia de protegerse de la Chronic Pain Coping Inventory; PCS-C: puntuación total de la Pain Catastrophizing Scale PCS-D: subescala de desesperanza del Pain Catastrophizing Scale; PCS-R: subescala de rumiación del Pain Catastrophizing Scale; CPSS-S: subescala sobre la autoeficacia en el manejo de los síntomas de la Chronic Pain Self-efficacy Scale; FIQ-F: EVA sobre fatiga del Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQ-CM: EVA sobre cansancio matutino del Fibromyalgia Impact Questionnaire

** La correlación es significativa al nivel 0,01

* La correlación es significativa al nivel 0,05

Las variables o medidas más relevantes, de acuerdo con el número de medidas con las que correlacionan, fueron el FIQ-Total, la subescala HADS-A y

la medida sobre cansancio matutino del FIQ. Además de correlacionar entre sí, el porcentaje de cambio de FIQ-total, HADS-A y cansancio matutino, también correlacionó significativamente con: rumiación de la medida general de catastrofismo PCS y fatiga del FIQ (véase la Tabla 29).

De las dos medidas sobre sintomatología depresiva, el porcentaje de cambio en la variable HADS-D no correlacionó significativamente con ninguna otra medida. La medida BDI correlacionó con la estrategia de afrontamiento de protegerse del CPCI.

Por último, señalar la falta de correlaciones significativas entre el cambio positivo tanto en la medida de las expectativas de autoeficacia para el manejo de los síntomas (CPSS) y la estrategia de la relajación (CPCI) con respecto al resto de medidas que cambiaron significativamente en la condición TCC después del tratamiento.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

6.1. Presentación

Los resultados obtenidos en este estudio experimental ponen de manifiesto que el programa multicomponente de TCC ha sido eficaz para mejorar la sintomatología emocional asociada al SFM, disminuir la orientación negativa y exagerada hacia la presencia real o anticipada del dolor, aumentar la autoeficacia percibida en el afrontamiento de los síntomas y, en general, para mejorar la salud percibida, al reducirse el impacto del SFM.

A pesar de que la conclusión global del estudio muestra que el objetivo general del mismo se cumplió, es preciso hacer algunas matizaciones, en relación con las limitaciones del trabajo.

La primera limitación versa sobre el tamaño, relativamente pequeño, de la muestra, hecho que afecta a la magnitud estadística de los efectos obtenidos, no obstante, la ausencia de una tendencia positiva en la condición de control es un índice de la relevancia de los efectos del tratamiento estudiado.

Otra limitación tienen que ver con el uso exclusivo de procedimientos de autoinforme. Todos los cuestionarios utilizados en este trabajo han sido empleados ampliamente en los estudios experimentales que, como éste, han evaluado la efectividad de propuestas terapéuticas similares a la aquí aplicada (véase la Tabla 2). Además, sólo utilizando las mismas medidas que en las aplicaciones previas de la intervención (véase la Tabla 4), es posible comparar el efecto encontrado en este estudio con los resultados de otros (Comeche y cols., 2010; Redondo y cols., 2004).

Una tercera limitación hace referencia a la ausencia de medidas sobre la severidad del dolor entre los cuestionarios autoinformados, más allá de las recogidas en algún cuestionario, como el FIQ. Una más completa evaluación del dolor hubiera sido útil.

Una última limitación resulta de la ausencia de evaluación de las expectativas sobre los resultados del tratamiento en el grupo TCC. En este sentido, dada la asociación que con los efectos de las intervenciones psicológicas parece establecer las expectativas sobre el tratamiento (Smeets y cols., 2008) y la escasa experiencia y conocimiento en la población con SFM sobre las intervenciones cognitivo-conductuales (Bennett, Jones, Turk, Russell y Matallana, 2007), hubiese sido positivo conocer las expectativas del grupo antes de comenzar la intervención para estudiar su efecto sobre los resultados.

6.2. Variables emocionales

6.2.1. Sintomatología depresiva

El cambio en las dos medidas de la variable sintomatología depresiva, en cada una de las dos condiciones experimentales y después de su correspondiente intervención, indica un efecto positivo del programa sobre la depresión sintomática. Por el contrario, en la condición de control la puntuación en las dos medidas de la dimensión de sintomatología depresiva no mostró una disminución (mejoría), al final del período de tiempo de espera.

A pesar de que la satisfacción de la 7ª hipótesis, ausencia de cambio positivo significativo en el grupo control, apoya el cumplimiento del supuesto acerca de la eficacia del tratamiento psicológico sobre la variable de la sintomatología depresiva, 1ª hipótesis, el cumplimiento de esta hipótesis es limitado al considerar las subhipótesis formuladas. En efecto, se incumplieron los supuestos 1.1 y 1.2 para la variable HADS-D. Por el contrario, cuando la sintomatología deprimida se estimó mediante el BDI, sí se cumplieron las dos subhipótesis. Aún así, se incumplió en parte el supuesto 1.2, referido al mantenimiento temporal de las ganancias clínicas, ya que a los 12 meses de

haber finalizado la intervención la mejoría no resultó significativa con respecto a su valor pretratamiento.

La distribución de los rangos de gravedad de la sintomatología depresiva obtenida en el total de la muestra (N=44) en nuestro estudio es similar a la informada por otros trabajos (Kato, Sullivan, Evengård y Pedersen, 2006; Rehm y cols., 2010). En efecto, la presencia de síntomas depresivos, medida por el BDI, con cierto nivel de gravedad en más de la mitad del grupo inicial fue similar al porcentaje encontrado en otros trabajos (Jensen y cols, 2010; Wilke y cols., 2010). Esa semejanza se mantiene también cuando se mide la depresión a través del HADS-D (Perrott y cols., 2010; Vallejo y cols., 2009).

Considerando la medida HADS-D, aunque se incumple el supuesto 1.1, al no resultar estadísticamente significativa la reducción observada después del tratamiento, esta disminución puede valorarse más positivamente si se tiene en cuenta la significación clínica de la diferencia entre las condiciones experimentales (TCC y Control) antes de la intervención. La mayor gravedad de la depresión en TCC, y la reducción de su gravedad después del programa de tratamiento, supondría un elemento adicional para valorar los resultados.

La mejora en la depresión, medida por el BDI y el HADS, es congruente con los resultados obtenidos por otros trabajos (Bernardy y cols., 2010; Glombiowski y cols., 2010; van Koulil y cols., 2007) y, en especial, aquellos que aplican un programa multicomponente de TCC (Fálcao y cols., 2008; Vázquez-Rivera y cols., 2009; Wells-Federman y cols., 2003).

Con respecto a la comparación con el resultado obtenido en la variable de la sintomatología depresiva por las aplicaciones previas del mismo programa multicomponente de TCC (Comeche y cols., 2010; Redondo y cols., 2004), los datos de este estudio confirman el efecto positivo encontrado sobre dicha variable por el trabajo de Comeche y cols. (2010).

La prolongación del efecto positivo sobre la depresión ha sido constatada por este trabajo para un periodo de 6 meses, lo que mejora la informada por otros trabajos en los que este efecto se extendió hasta los 3 meses (Comeche y cols., 2010; Fálcao y cols., 2008).

Aunque el tratamiento de la sintomatología depresiva en el SFM no parece ser relevante para las personas clasificadas con SFM (Bennett y cols., 2010), sí tiene un impacto evidente en la adaptación física y psicosocial (Lledó-Boyer y cols., 2010; Philips y Stuifbergen, 2010), de modo que esta reacción emocional debe ser objeto de intervención psicológica. Por tanto, la mejoría significativa conseguida por el programa multicomponente de TCC, tanto a corto como a medio plazo, es de indudable valor, por su influencia en la percepción del estado de salud, el dolor y, sobre todo, en el afrontamiento positivo y adaptativo del SFM (de Souza y cols., 2009; Jensen y cols., 2010; Vallejo y cols., 2010).

6.2.2. Sintomatología ansiosa

Los efectos obtenidos sobre la sintomatología ansiosa, reducida en el grupo TCC confirmó la 2ª hipótesis del trabajo, supuesto 2.1. La efectividad del tratamiento, a su vez, fue confirmada por el hecho de que la 7ª hipótesis no se cumpliera, al no observarse mejoría significativa en la ansiedad en el grupo de control, después del período de tiempo de espera. El supuesto 2.2 se incumplió al no replicarse en ninguno de los seguimientos programados la disminución significativa de la sintomatología ansiosa.

Las puntuaciones en ansiedad sintomática en este trabajo fue similar a obtenida por otros autores (Vallejo y cols., 2009). En efecto, tres cuartas partes del grupo seleccionado (75%) experimentaron, antes de la intervención, la sintomatología ansiosa como problema clínico o, como mínimo, con un nivel dudoso de gravedad.

A pesar de la importancia reconocida de la sintomatología ansiosa para la descripción y comprensión del SFM, la evidencia clínica sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas al respecto es escasa, de ahí que, el efecto encontrado en este estudio experimental no encuentre réplica en las revisiones realizadas sobre el tema (Bernardy y cols., 2010; Glombiewski y cols., 2010). No obstante, sí hay datos sobre aplicaciones de TCC en el SFM, que ha obtenido una reducción de la ansiedad al final de la intervención (Comeche y cols., 2010; Vázquez-Rivera y cols., 2009), aunque en algunos casos la mejoría

no haya sido inmediata o se haya prolongado un poco en el tiempo (Fálcao y cols., 2008; Comeche y cols., 2010) y en otros no se han observado cambios estadísticamente significativos (Redondo y cols., 2004).

No está claro por qué el efecto positivo obtenido tras el tratamiento no se mantuvo en el seguimiento. Una explicación al respecto tiene que ver con las dos técnicas de control de la activación (relajación muscular progresiva y respiración tranquilizadora) utilizadas durante la intervención. Aunque dichas técnicas se demuestran varias veces durante el programa de tratamiento, el seguimiento de la relajación es mayor que el de la respiración. Además de las prácticas realizadas en las sesiones iniciales, a lo largo de todo el programa se valora (a través de los autorregistros de actividad) cuántas veces se realiza la relajación durante el día y el grado de relajación alcanzado cada vez que se practicaba.

En el caso de la respiración, al igual que con la relajación, se practica en las sesiones iniciales, pero, a diferencia de ella, por tratarse de una alternativa para usar cuando la relajación no pudiese ser utilizada (situaciones estresantes), no se considera ni el número de veces que se practicó fuera de sesión ni, sobre todo, el grado de relajación conseguido en cada una de sus prácticas. Sin embargo, la ansiedad en el SFM se ha destacado por tener un fuerte componente social (Lledó-Boyer y cols., 2010), siendo las situaciones de ansiedad social muy frecuentes en el SFM (Anderberg, Marteinsdottir, Theorell y von Knorring, 2000). Por ello, pudiera ser que una práctica de la respiración, semejante a la de la relajación, hubiera potenciado y extendido los efectos obtenidos.

6.3. Variables cognitivas

6.3.1. Catastrofismo

Tres de las cuatro medidas de esta variable: catastrofismo general, desesperanza y rumiación registraron una mejoría (reducción) al final del tratamiento en el grupo TCC, cumpliéndose, por tanto, el primer supuesto de la 3ª hipótesis, supuesto 3.1, para estas 3 medidas de la variable del

catastrofismo. Esta mejora no se dio para la variable exageración, ni tampoco se mantuvieron en el tiempo los efectos de las variables señaladas inicialmente, produciéndose un empeoramiento, rechazándose el supuesto 3.2 en las 3 medidas que mejoraron al final del tratamiento.

Si bien la mejoría obtenida es congruente con las revisiones sobre el efecto de la TCC (Bennett y Nelson, 2006; Glombiewski y cols., 2010), y su capacidad para cambiar el afrontamiento catastrofista del dolor (Turk, Swanson, y Tunks, 2008), la falta de efectos y su consistencia en el tiempo cuestiona la eficacia del tratamiento.

Una explicación alternativa, con respecto a la ausencia de efecto de la TCC sobre la dimensión de la exageración, puede tener que ver con la cronicidad o el tiempo transcurrido desde la calificación del trastorno. En efecto, Rodero y cols. (2010) señalan que, cuando la cronicidad esta comprendida entre 2 y 4 años, la exageración es mayor, y mayor su capacidad predictiva sobre el impacto del SFM. Dado que el 27,3% de la condición TCC informó de una cronicidad entre 2 y 4 años, frente a un 54,4% del grupo con más de 4 años de cronicidad, período de cronicidad donde la dimensión catastrofista con mayor impacto sobre el SFM es la desesperanza, es comprensible que tuviera un menor efecto la exageración en el grupo.

Hay que reseñar que efectos similares a los obtenidos en este trabajo, con una permanencia diversa, han sido informados en otros trabajos (Comeche y cols., 2010; Castel y cols., 2012; Thieme y cols., 2006). Es preciso mejorar el tratamiento para obtener un efecto más completo y duradero sobre el catastrofismo. Una posibilidad, a este respecto, sea tal vez, potenciar la reestructuración cognitiva.

6.3.2. Autoeficacia

El tratamiento aplicado no produjo un incremento (significativo) de la percepción de autoeficacia de los participantes. Sólo se produjo una mejora de

las expectativas de autoeficacia en el afrontamiento de los síntomas y sólo tras el tratamiento. En suma, la 4ª hipótesis se cumplió parcialmente.

A pesar de que al finalizar la intervención los participantes de la condición experimental de TCC se sintieron más eficaces en el afrontamiento y manejo de los síntomas asociados al SFM que antes de ésta, el hecho de que el aumento en la autoeficacia percibida total, así como en la referida a la realización de actividades físicas, no resultasen significativos y, sobre todo, que las expectativas de autoeficacia para el manejo del dolor no mejorasen después del tratamiento, permitiría concluir que uno de los principales objetivos de la TCC en el contexto del dolor crónico no se ha cumplido en la intervención aplicada en este trabajo. Por otro lado, sí se han encontrado resultados positivos en esta variable por otros autores (Bernardy y cols., 2010). En efecto, Wells-Federman y cols. (2003) encontraron una mejora en la autoeficacia en el tratamiento con TCC, al finalizar dicho tratamiento. También Comeche y cols. (2010) obtuvieron un efecto positivo tras el tratamiento y el seguimiento de 3 meses, si bien ese efecto no pudo ser contrastado con un grupo de control.

El aumento de la autoeficacia se ha considerado relevante en el tratamiento del SFM, pues contribuye a reducir el sentimiento de indefensión, asociado a la incertidumbre que rodea la enfermedad (van Houdenhove y Luyten, 2008). Además, ejerce efectos positivos en el impacto físico y psicosocial del SFM (Vallejo y cols., 2009). Como referencia indirecta, la ansiedad y la depresión correlacionan negativamente con la autoeficacia percibida, mientras que esta variable, a su vez, se ha asociado positivamente con un afrontamiento adaptativo del síndrome (Vallejo y cols., 2009).

De acuerdo con el carácter central que el sentido de control manifestado a través de las expectativas de autoeficacia parece ejercer en el afrontamiento y manejo del SFM (Lledó-Boyer y cols., 2010), la efectividad limitada alcanzada por el programa aquí aplicado sobre las expectativas de autoeficacia, además de volver a señalar, como se hiciera en aplicaciones previas del mismo tratamiento, la idoneidad de realizar sesiones de mantenimiento más próximas con el fin de fortalecer la autoeficacia percibida conseguida durante el tratamiento (Comeche y cols., 2010), dado su contexto de aplicación, incluiría

otro aspecto adicional que se podría haber tenido en cuenta, y evaluado, al inicio de la intervención en los integrantes de la condición experimental de TCC.

No resulta fácil determinar por qué el efecto del tratamiento ha sido escaso sobre la autoeficacia. Cabe aventurar que el que se haya aplicado en un contexto hospitalario, haya podido reforzar el carácter pasivo de los pacientes, frente a la enfermedad. También una baja motivación puede dificultar la eficacia del tratamiento. En este sentido, Merayo, Cano y Rodríguez (2008) evaluaron, mediante el Cuestionario de Estadios de Cambio en el Dolor (PSOQ; Rosenberg, Jamison, Caudill y Haythornwaite, 1997) el grado de motivación para adoptar la autogestión del manejo y afrontamiento del SFM, encontrando que el nivel de motivación hacia el tratamiento fue desigual en el grupo tratado e identificando un conjunto de participantes con baja motivación en el que no se adquirieron las habilidades de autogestión (Merayo y cols., 2008). Este hallazgo llevó a los autores a contemplar la posibilidad de que ese grupo continuara creyendo que su problema, el SFM, era estrictamente médico.

El tratamiento fue elaborado con la intención de promover el papel activo de las pacientes, lo que debería haber producido un mayor efecto sobre la autoeficacia. Tal vez una mayor atención a los cambios percibidos, y su atribución a la actividad de las pacientes, podría contribuir a la potenciación y prolongación de los efectos en el tiempo.

6.4. Variables conductuales

La mejoría sólo resultó significativa en el caso de la estrategias de afrontamiento de protegerse y relajación. Por ello, únicamente para ellas dos, habilidad pasiva la primera y activa o adaptativa la segunda, se cumplió el supuesto 5.1 de la 5ª hipótesis. A diferencia de lo ocurrido en todas las variables discutidas hasta ahora respecto del incumplimiento en todas ellas de la 7ª hipótesis, al no registrarse mejoría significativa en el grupo de control después del período de tiempo de espera, en el caso de la variable del afrontamiento la hipótesis se cumplió en todas las medidas o habilidades

excepto en la de la estrategia de protegerse. El incremento en la frecuencia de uso de la relajación también ocurrió a medio y largo plazo, de tal forma que fue sólo en esta estrategia de afrontamiento en la que se cumplió el segundo supuesto de la 5ª hipótesis.

El descenso producido en la frecuencia de uso de la estrategia de afrontamiento de protegerse es útil porque ésta estrategia es, junto al descanso, una de las más utilizadas en el afrontamiento del SFM (Vallejo y cols., 2009) y, sobre todo, porque al igual que aquella, suele asociarse significativamente con una mayor desajuste e impacto físico y psicosocial (Rodero y cols., 2011). Con respecto a la relajación, como estrategias de afrontamiento, es indudable su utilidad, pues puede actuar sobre la tensión muscular, ansiedad, etc., procurando una mejor calidad de vida en el afrontamiento de la enfermedad (Persson, Veenhuizen, Zachrisson, y Gard, 2008).

Resulta previsible que las personas que recibieron el tratamiento de TCC mejoraran sus estrategias de afrontamiento de la enfermedad, pero no que también lo hiciera el grupo de control. Esto supone constatar que el mero paso del tiempo puede contribuir a mejorar las estrategias de afrontamiento. Tal vez el estar en un grupo de espera para recibir tratamiento psicológico ha podido contribuir a ello. Es preciso investigar este aspecto para conocer cómo se ponen en marcha, de forma natural, estas estrategias de afrontamiento.

6.5. Impacto del SFM sobre la CVRS

La significatividad de la disminución del impacto, después de la intervención psicológica, supone el cumplimiento del primer supuesto de la 6ª hipótesis, supuesto 6.1, y, por tanto, la demostración de la eficacia del programa de tratamiento sobre la CVRS, efectividad que se reafirma por la ausencia en el grupo de control de cambio significativo (7ª hipótesis). Concluida la intervención en el grupo de TCC, la reducción del impacto no se mantuvo ni aumentó con el paso del tiempo, incumpléndose la subhipótesis 6.2, llegando a

alcanzar en el último seguimiento programado, 12 meses, valores próximos a los obtenidos en línea base.

El impacto medio del SFM sobre la CVRS fue superior al obtenido en otros estudios (Bennett, 2005), posiblemente debido a aspectos sociodemográficos (Campos y Vázquez, 2012), sin embargo es similar a otros estudios con muestras españolas (Ubago y cols., 2008). En el estudio de Ubago y cols. (2008) y en este trabajo, el FIQ-total estuvo próximo al umbral de impacto alto (mayor o igual que 70), 64,5 en este trabajo y a 63,6 en el estudio de Ubago y cols. (2008). Asimismo, el porcentaje con un impacto alto fue similar: 41,6% en el estudio de Ubago y cols. (2008) y 48% en el trabajo experimental aquí descrito.

La eficacia del programa de tratamiento sobre la variable del impacto del SFM en la CVRS es congruente con la obtenida en otros trabajos (Castel y cols., 2009 y 2012; Fálcao y cols., 2008; Redondo y cols., 2004), aunque no ha sido constada en alguna revisión reciente (Bernardy y cols., 2010). Lo cierto es que la influencia de variables ya estudiadas, como la autoeficacia y el catastrofismo, ejercen un efecto sobre el impacto del SFM y la percepción de la calidad de vida (Lledó-Boyer y cols., 2010; Rodero y cols., 2010). No obstante, y a pesar de la influencia de las variables cognitivas, los logros han sido pobres. No se han podido mantener a medio y largo plazo, lo que requiere una mejora del programa utilizado, tal vez incrementando el número de sesiones de seguimiento.

6.6. Correlaciones entre los porcentajes de cambio

Llama la atención la diferencia en el número de relaciones que la disminución tanto de la sintomatología depresiva como ansiosa establece cada una de ellas con el cambio positivo de otras variables. La disminución del impacto general del SFM, rumiaciones, fatiga y cansancio matutino se relacionó positivamente con la mejoría de la ansiedad. Esto podría ser debido a la asociación de la ansiedad con el grado de incertidumbre e incompreensión sobre el SFM (Jensen y cols., 2010; Reich y cols., 2006). En este sentido, aunque un

mejor afrontamiento del SFM puede resultar de una disminución de la depresión, el efecto que sobre la incertidumbre e incompreensión ejercería el programa de tratamiento, disminuiría la sintomatología ansiosa, cambio del que a su vez se derivaría una mejoría general.

Además de la diferencia de asociaciones significativas entre las reacciones emocionales, dos merecen ser también discutidas: en primer lugar, la ausencia de significatividad de la relación entre el uso incrementado de la relajación con el resto de mejorías y, en segundo lugar, la significatividad de la asociación entre la disminución de los pensamientos de rumiación y el cambio positivo tanto a nivel general como en la esfera emocional.

a) Ausencia de asociación significativa entre la práctica de la relajación y las mejorías físicas y psicológicas después de la intervención

Uno de los objetivos del programa multicomponente de TCC fue promover el uso de la relajación como estrategia básica de afrontamiento. Finalizada la intervención, y según el CPCI, el aumento del uso de dicha estrategia resultó estadísticamente significativo. Sin embargo, el que ese aumento del uso de la relajación no se relacione significativamente con las mejoras en ansiedad, depresión, impacto, fatiga o cansancio matutino, plantea la cuestión sobre la utilidad de la relajación.

El primer motivo a considerar es que el entrenamiento en relajación no haya sido adecuado. El hecho de incorporar a las instrucciones de relajación la visualización o relajación en imaginación puede haber supuesto un problema, debido a problemas cognitivos o atencionales de las pacientes (Grace, Nielson, Hopkins y Berg, 1999). En segundo lugar, la sensación de relajación pudo no ser completa debido a que sólo se incluyó en la relajación pasiva a los músculos del cuello, hombros y brazos (véase el Anexo 2).

Un segundo aspecto, ya señalado anteriormente, puede ser la necesidad de integrar los ejercicios de respiración, junto con la relajación, favoreciendo la práctica de ambas técnicas.

En suma, junto a la resolución de las carencias o limitaciones prácticas señaladas, las mejoras formales pasarían, inicialmente, por excluir el componente de la visualización o relajación imaginada e incorporar al resto de los grupos musculares en la relajación pasiva. Con estas modificaciones se buscaría incrementar el grado de relajación, promoviendo su asociación significativa con las mejoras clínicas en otras variables y participando, a su vez, en el incremento inmediato de las mismas y de otras que no mejoraron, además de hacerlo en el mantenimiento de las ganancias a medio y largo plazo.

b) Asociación significativa entre el descenso de la rumiación y la mejora en el impacto emocional y general del SFM

La asociación entre la reducción de las rumiaciones, la mejora de la salud percibida, ansiedad, fatiga y cansancio matutino, supone una constatación de la relación entre el catastrofismo y la evolución negativa del SFM (Rodero y cols., 2010; van Wilgen y cols., 2008), con evidentes implicaciones clínicas.

Aunque no se puedan establecer relaciones causales, se podría hipotetizar que la reducción de la orientación negativa y exagerada hacia el dolor, que suponen las rumiaciones, habrían podido producir un beneficio tanto general como, sobre todo, emocional y físico. Las asociaciones establecidas con la dimensión catastrofista de la rumiación justificarían tanto la inclusión de la reestructuración cognitiva como un componente básico de los programas multicomponente de TCC, así como la incorporación del catastrofismo entre las variables de resultado para evaluar la efectividad de la intervención. Por último, el empeoramiento, a medio y largo plazo, del catastrofismo, requeriría reforzar el programa de tratamiento.

CAPÍTULO 7

Conclusiones y consideraciones críticas

7.1. Conclusiones

Revisados y discutidos los resultados de la presente investigación, la exposición del trabajo experimental finaliza señalando las principales conclusiones a las que se han llegado en relación al tratamiento psicológico del SFM.

La principal conclusión a la que se llega, según los resultados obtenidos, es que el programa multicomponente de TCC, aquí utilizado, ha resultado eficaz para producir una mejoría clínica, estadísticamente significativa, de su calidad de vida. Este hecho supone los siguientes cambios: disminución de la sintomatología ansioso-depresiva, descenso de la presencia de pensamientos catastrofistas sobre el dolor, incremento de la expectativas de autoeficacia sobre el manejo de los síntomas, reducción de los síntomas de fatiga y cansancio matutino, descenso del uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como protegerse, y aumento del uso de habilidades más efectivas al afrontar el dolor, como la relajación.

Los cambios en algunas variables (depresión y relajación), se mantienen a lo largo del tiempo, sin embargo, se observa una tendencia general de disminución, e incluso empeoramiento, de las ganancias clínicas con el paso del tiempo, por lo que resultaría recomendable la programación de sesiones de recuerdo o de mantenimiento una vez que haya finalizado la intervención.

Aunque sería necesaria la realización de un análisis de coste-beneficio, se podría señalar que, dada la facilidad en la aplicación del programa de

tratamiento y sus resultados positivos, parece posible aplicar una intervención psicológica efectiva en el contexto hospitalario, aplicación que podría redundar en una reducción de costes tanto para la Sistema Nacional de Salud como, y sobre todo, para las propias pacientes.

7.2. Consideraciones críticas

Atendiendo a la propuesta inicial de este trabajo, sus resultados, conclusiones y limitaciones, existen una serie de comentarios útiles para futuras investigaciones.

Hay un escaso número de estudios publicados, durante la década pasada y el principio de ésta, sobre la eficacia de este tipo de intervención psicológica en el SFM. Además de la escasa evidencia sobre el efecto de los programas multicomponente de TCC, cabe destacar el trabajo de Castel y cols. (2009) y (2012). Resulta necesario llevar a cabo más estudios controlados sobre la aplicación de la TCC al SFM.

En la misma línea que los trabajos de Castel y cols. (2009) y (2012), este trabajo plantea como parte original o novedosa la contrastación de la eficacia de un programa multicomponente de TCC comparándola con un grupo control sin tratamiento añadido al farmacológico habitual, aspecto que no fue incorporado en los dos estudios anteriores en que se evaluó la efectividad de la misma intervención psicológica aquí aplicada (Comeche y cols., 2010; Redondo y cols., 2004). Asimismo, esta investigación se ha realizado en un contexto hospitalario, estando los pacientes sometidos a un riguroso control reumatológico sobre la existencia o no de SFM, al igual que en el estudio de Redondo y cols. (2004) y a diferencia del de Comeche y cols. (2010), que había sido realizado en el ámbito de una asociación de afectados sin que, en algunos casos, se tuviera información suficiente sobre el citado diagnóstico. Además de estas novedades o cambios respecto a los estudios previos, este trabajo experimental evalúa la eficacia de la intervención psicológica no sólo a corto y medio plazo sino también a largo plazo.

El programa de tratamiento cognitivo-conductual ha resultado eficaz, pues ha mejorado la condición de las pacientes, no obstante, es necesario valorar la eficacia diferencial de los componentes del programa de tratamiento en futuras investigaciones. Uno de estos elementos es la relajación. A pesar de que muchos estudios, como éste, han introducido este componente, no ha sido valorado específicamente. En este sentido, la falta de asociación entre la práctica de la relajación y las mejorías físicas y psicológicas, cuestiona la eficacia de esta técnica, efectividad que es dada por supuesta a falta de datos concretos (Hassett y Gevirtz, 2009; Thieme y Gracely, 2009). Por ello, un paso necesario sería la planificación y aplicación de ensayos controlados que determinen tanto la eficacia general de la relajación como los procedimientos y/o combinaciones más efectivas en el SFM.

El éxito terapéutico que se derivaría de la determinación del efecto diferencial de cada uno de los componentes de la intervención se optimizaría incluyendo, a la hora de planificar la aplicación del programa de tratamiento, el carácter heterogéneo de la enfermedad. El SFM se ha caracterizado y reconocido por el pleomorfismo de su sintomatología, hasta llegar a plantearse y, sobre todo, evidenciarse propuestas de clasificación del SFM (Belenguer, Ramos-Casals, Siso y Rivera, 2009). En este sentido, aplicar y adaptar las estrategias más eficaces de la intervención a las características específicas de cada subgrupo de personas clasificadas con SFM, debería ser el planteamiento más adecuado de toda propuesta terapéutica en el ámbito de la TCC multicomponente.

Por último, y desde una perspectiva puramente práctica, resultaría adecuado mencionar dos consideraciones críticas que mejorarían notablemente tanto la práctica clínica, la primera, como la validez interna, la segunda, de futuras aplicaciones experimentales del programa de tratamiento evaluado en este estudio. En primer lugar, y aunque se ha señalado en varios momentos de la discusión, resultaría necesaria la inclusión de sesiones formales y protocolizadas de seguimiento, en las que se realicen repases de lo aprendido a lo largo del programa y se analicen las dificultades o problemas encontrados al aplicar la estrategias, técnicas y habilidades aprendidas durante el tratamiento. Por otro lado, la incorporación de un grupo placebo que permita

analizar y controlar los efectos inespecíficos del tratamiento, como por ejemplo, el efecto del terapeuta o del grupo, sería un aspecto metodológico a mejorar en futuras investigaciones y que aumentaría el rigor científico de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 607-611.
- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I. y Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 262-266.
- Albornoz, J., Povedano, J., Quijada, J., De la Iglesia, J.L., Fernández, A., Pérez-Vílchez, D. y García-López, A. (1997). Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología*, 24(2), 38-44.
- Alda, M., Luciano, J., Andrés, E., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., Hoyo, Y., Roca, M., Moreno, S., Magallón, R., García-Campayo, J. (2011). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *Arthritis Research and Therapy*, 13(5), R173.
- Anderberg, U., Marteinsdottir, I., Theorell, T. y von Knorring, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry: The Journal of The Association of European Psychiatrists*, 15(5), 295-301.
- Anderson, K.O., Dowds, B.N., Pelletz, R.E., Edwards, W.T. y Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patient with chronic pain. *Pain*, 63, 77-84.
- Assumpção, A., Pagano, T., Matsutani, L., Ferreira, E., Pereira, C. y Marques, A. (2010). Quality of life and discriminating power of two questionnaires in fibromyalgia patients: Fibromyalgia Impact Questionnaire and Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey. *Revista Brasileira De Fisioterapia*, 14(4), 284-289.

- Bandura, A. (1987). Autoeficacia. En A. Bandura (Ed.), *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales* (pp. 415-478). España: Martínez Roca.
- Baumgartner, E., Finckh, A., Cedraschi, C. y Vischer, T. (2002). A six year prospective study of a cohort of patients with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(7), 644-645.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A. y Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5(2), 55-62.
- Bellamy, N., Sothorn, R. y Campbell, J. (2004). Aspects of diurnal rhythmicity in pain, stiffness, and fatigue in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 31(2), 379-389.
- Benjamini, Y. y Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society*, 57, 289-300.
- Bennett, R. (1981). Fibrositis: misnomer for a common rheumatic disorder. *The Western Journal of Medicine*, 134(5), 405-413.
- Bennett, R. (2002). The rational management of fibromyalgia patients. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 28(2), 181-199.
- Bennett R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(5 Suppl.39), S154-162.
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. y Matallana, L. (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 27-11.

- Bennett, R. y Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(8), 416-424.
- Bennett, R. M., Russell, J., Cappelleri, J. C., Bushmakina, A. G., Zlateva, G., y Sadosky, A. (2010). Identification of symptom and functional domains that fibromyalgia patients would like to see improved: a cluster analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11134-143.
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V. y Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005.
- Bidari, A., Ghavidel-Parsa, B. y Ghalehbaghi, B. (2009). Reliability of ACR criteria over time to differentiate classic fibromyalgia from nonspecific widespread pain syndrome: a 6-month prospective cohort study. *Modern Rheumatology*, 19(6), 663-669.
- 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.
- Björkegren, K., Wallander, M., Johansson, S. y Svärdsudd, K. (2009). General symptom reporting in female fibromyalgia patients and referents: a population-based case-referent study. *BMC Public Health*, 9(1), 402-409.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D., Schulz, K. y Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295-309.
- Boyer, A., Mira, M., Calatayud, N., Lopez-Roig, S. y Cantero, M. (2009). Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatology International*, 29(10), 1151-1160.
- Bradley, L. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, 122(12 Suppl.), S22-S30.

- Branco, J., Bannwarth, B., Failde, I., Abello Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J.P., Le Lay, K., Taieb, C. y Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448-453.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Buckelew, S. P., Murray, S. E., Hewett, J. E. y Johnson, J. (1995). Self-efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*, 8(1), 43-50.
- Buckelew, S., Parker, J., Keefe, F., Deuser, W., Crews, T., Conway, R., Kay, D.R., Hewett, J.E., y Hewett, J. (1994). Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*, 59(3), 377-384.
- Burckhardt, C. y Bjelle, A. (1996). Perceived control: a comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using a Swedish version of the Rheumatology Attitudes Index. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25(5), 300-306.
- Burckhardt, C., Clark, S. y Bennett, R. (1991). The Fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Burckhardt, C., Clark, S., y Bennett, R. (1992). A comparison of pain perceptions in women with fibromyalgia and rheumatoid arthritis: relationship to depression and pain extent. *Arthritis Care And Research: The Official Journal of the Arthritis Health Professions Association*, 5(4), 216-222.
- Burckhardt, C.S., Goldenberg. D., Crofford, L., Gerwin, R., Gowens, S., Jackson. K., Kugel, P., McCarberg, W., Rudin, N., Schanberg, L., Taylor, A.G., Taylor, J. y Turk, D. (2005). *Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children*. Glenview: American Pain Society (APS).

- Buskila, D. (2009). Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy*, 11(5), 242-250.
- Campbell S. M., Clark S., Tindall E.A., Forehand M.E. y Bennett R.M. (1983). Clinical characteristics of fibrositis. I. A “blinded” controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis and Rheumatism*, 26(7), 817-824.
- Campos, R. y Vázquez, M. (2012). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*, 31(2), 347-355.
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilización en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Carville, S., Arendt-Nielsen, S., Bliddal, H., Blotman, F., Branco, J., Buskila, D., Da Silva. J.A., Danneskiold-Samsøe, B., Dincer, F., Henriksson, C., Henriksson, K.G., Kosek, E., Longley, K., McCarthy, G.M., Perrot, S., Puszczewicz, M., Sarzi-Puttini, P., Silman, A., Späth, M. y Choy, E. (2008). EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 67(4), 536-541.
- Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia*. Santander: Cantabria en imagen.
- Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J. y Rull, M. (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-term outcome. *The Journal of Pain*, 13(3), 255-265.
- Castel, A., Salvat, M., Sala, J. y Rull, M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 48-59.
- Çeliker, R. y Borman, P. (2001). fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A comparison of psychological disturbance and life satisfaction. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(1), 35-45.

- 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.
- Clauw, D.J. (2009). Fibromyalgia: An Overview. *The American Journal of Medicine*, 122 (12A), 4-13.
- Clauw, D. y Crofford, L. (2003). Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 685-701.
- Cohen, M.L. (1999). Is fibromyalgia a distinct clinical entity?. The disapproving rheumatologist's evidence. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 13, 421– 425.
- Cohen, M. y Quintner, J. (1993). Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet*, 342(8876), 906-908.
- Comeche, M. I., Fernández, A., Rodríguez, M. F., Ortega, J., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21(2), 107-121.
- Comeche, M. I., Ortega, J., Rodríguez, M. F., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (en prensa). Estructura y adecuación del Inventario de depresión de Beck en pacientes de fibromialgia. *Psicothema*.
- Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (1998). Dolor crónico. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta (vol. 2)*. Madrid: Dykinson.
- Cöster, L., Kendall, S., Gerdle, B., Henriksson, C., Henriksson, K. G. y Bengtsson, A. (2008). Chronic widespread musculoskeletal pain – A comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *European Journal of Pain*, 12(5), 600-610.
- Crofford, L. y Clauw, D. (2002). Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed?. *Arthritis and Rheumatism*, 46(5), 1136-1138.

- Croft, P., Schollum, J. y Silman, A. (1994). Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *British Medical Journal*, 309(6956), 696-699.
- Crombez, G., Eccleston, C., van den Broeck, A., Goubert, L. y van Houdenhove, B. (2004). Hypervigilance to pain in fibromyalgia: the mediating role of pain intensity and catastrophic thinking about pain. *The Clinical Journal of Pain*, 20(2), 98-102.
- Csillag, C. (1992). Fibromyalgia: The Copenhagen declaration. *Lancet*, 340(8820), 663-664.
- de Felipe García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(suppl.1), S38-S43.
- de Gracia, M., Marcó, M., Ruiz, J. y Garabieta, F. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27,959-80.
- de Souza, J., Potvin, S., Goffaux, P., Charest, J. y Marchand, S. (2009). The deficit of pain inhibition in fibromyalgia is more pronounced in patients with comorbid depressive symptoms. *The Clinical Journal of Pain*, 25(2), 123-127.
- de Tommaso, M. M., Sardaro, M. M., Serpino, C. C., Costantini, F. F., Vecchio, E. E., Pia Prudeniano, M. M., Lamberti, P. y Livrea, P. P. (2009). Fibromyalgia comorbidity in primary headaches. *Cephalalgia*, 29(4), 453-464.
- Díaz, M. I., Comeche, M.I. y Vallejo, M. A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En M. Perez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp.124-140). Madrid: Pirámide.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Krystal, A. D. y Rice, J. R. (2005). Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 165(21), 2527-2535.

- Edwards, R., Bingham, C., Bathon, J. y Haythornthwaite, J. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis and Rheumatism*, 55(2), 325-332.
- Ekici, G., Cavlak, U., Yağci, N., Baş Aslan, U., Can, T. y Cobankara, V. (2010). Comparison of emotional status and physical activity between women with chronic widespread pain and fibromyalgia. *The Journal of the Turkish Society of Algology*, 22(2), 61-67.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Esteve, J.J y Batlle, E. (2006). Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de cuatro versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Reumatología Clínica*, 2,283-8.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, M. I., de Gracia, M. y Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3(1), 21-24.
- Falcão, D. M., Sales, L., Leite, J. R., Feldman, D., Valim, V. y Natour, J. (2008). Cognitive behavioral therapy for the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 16(3), 133-140.
- Ferrari, R. (2000). The biopsychosocial model--a tool for rheumatologists. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 14(4), 787-795.
- Fishbain, D. A., Cole, B., Cutler, R. B., Lewis, J., Rosomoff, H. L. y Rosomoff, R. (2003). a structured evidence-based review on the meaning of nonorganic physical signs: waddell signs. *Pain Medicine*, 4(2), 141-181.
- Fitzcharles, M. A. (1999). Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The approving rheumatologist's evidence. *Best practice and research Clinical Rheumatology*, 13(3), 437-443.

- Fitzcharles, M. y Boulos, P. (2003). Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology*, 42(2), 263-267.
- Forseth, K. Ø. y Gran, J. T. (2002). Management of fibromyalgia: what are the best treatment choices?. *Drugs*, 62(4), 577-592.
- 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-Abello, J., Tornero-Molina, J. y Sánchez-Magro, I. (2005). El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Revista Clínica Española*, 205(4), 157-163.
- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. y Gonzalez-Ramirez, M. (2007). Coping with fibromialgia: usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132 (Suppl.1), S68-S76.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487-492.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 795-805.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P. y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- 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. (2008). Fibromyalgia and cognition. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, (Suppl.), 220-24.

- 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.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151(2), 280-295.
- Goldenberg, D. (1987). Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *The Journal of the American Medical Association*, 257(20), 2782-2787.
- Goldenberg, D. L. (1995). Fibromyalgia: why such controversy?. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 54, 3-5.
- Goldenberg, D. y Smith, N. (2003). Fibromyalgia, rheumatologists, and the medical literature: a shaky alliance. *The Journal of Rheumatology*, 30(1), 151-153.
- Gómez-Arguelles, J.M. y Anciones, B. (2009). Prevalencia de síntomas neurológicos asociados a la fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 16(4), 222-229.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. y Jensen, T. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127.e1-8.
- Gowers, W. (1904). A Lecture on Lumbago: Its Lessons and Analogues: Delivered at the National Hospital for the Paralyzed and Epileptic. *British Medical Journal*, 1(2246), 117-121.
- Grace, G. M., Nielson, W. R., Hopkins, M. y Berg, M. A. (1999). Concentration and memory deficits in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21(4), 477-487.
- Guermazi, M., Ghroubi, S., Sellami, M., Elleuch, M., Feki, H., André, E., Schmitt, C., Taieb, C., Damak, J., Baklouti, S. y Elleuch, M. (2008). Fibromyalgia prevalence in Tunisia. *La Tunisie Médicale*, 86(9), 806-811.

- Gur, A. y Oktayoglu, P. (2009). Advances in diagnostic and treatment options in patients with fibromyalgia syndrome. *Open Access Rheumatology Research and Reviews*, 1, 193–209.
- Gureje, O. (2008). Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 318-322.
- Gutiérrez, J., Puente, C., Furlong, L., López-López, A., Romero, F., y Valero, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*, 21(3), 359-368.
- Hamilton, N. A., Affleck, G., Tennen, H., Karlson, C., Luxton, D., Preacher, K. J. y Templin, J. L. (2008). Fibromyalgia: The role of sleep in affect and in negative event reactivity and recovery. *Health Psychology*, 27(4), 490-497.
- Harding, S. (1998). Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *The American Journal of the Medical Sciences*, 315(6), 367-376.
- Hardt, J., Jacobsen, C., Goldberg, J., Nickel, R. y Buchwald, D. (2008). Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. *Pain Medicine*, 9(7), 803-812.
- Harris, R., Williams, D., McLean, S., Sen, A., Hufford, M., Gendreau, R., Gracely, R.H. y Clauw, D.J. (2005). Characterization and consequences of pain variability in individuals with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 52(11), 3670-3674.
- Harth, M. y Nielson, W. (2007). The fibromyalgia tender points: use them or lose them?. A brief review of the controversy. *The Journal of Rheumatology*, 34(5), 914-922.
- Hassett, A., Cone, J., Patella, S. y Sigal, L. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 43(11), 2493-2500.
- Hassett, A. y Gevirtz, R. (2009). Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and

complementary and alternative medicine. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 35(2), 393-407.

Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M. y Schiltenswolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis and Rheumatism*, 61(2), 216-224.

Häuser, W., Thieme, K., y Turk, D. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review. *European Journal of Pain*, 14(1), 5-10.

Hench, P.K. (1976). Nonarticular rheumatism: 22 rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis and Rheumatism*, 19-23.

Hench, P. (1989). Evaluation and differential diagnosis of fibromyalgia. Approach to diagnosis and management. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 15(1), 19-29.

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.

Henriksson, C., Gundmark, I., Bengtsson, A. y Ek, A.C. (1992). Living with fibromyalgia. Consequences for every life. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 138-144.

Hoffman, D. y Dukes, E. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 115-126.

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.

Inanici, F. y Yunus, M. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8(5), 369-378.

- Instituto Nacional de Estadística (2009). Encuesta sobre equipamiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares (TIC=H). Obtenido online el 28 de febrero de 2010 en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- International Association for the Study of Pain (1994). Part III: pain terms, A current list with definitions and notes on usage. En H. Merskey y N. Bogdounk (Ed.), *Classification of chronic pain* (pp.209-214). Seattle: IASP Press.
- Jain, A. K., Carruther., B. M., van de Sande, M. I. y Barron, S. R. (2003). Fibromyalgia syndrome: Canadian clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols—A consensus document. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(4), 3-107.
- Jensen, K.B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S., Choy, E., Mainguy, Y., Gracely, R., Ingvar, M. y 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 and Rheumatism*, 62(11), 3488-3495.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. y Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203-216.
- Kato, K., Sullivan, P., Evengård, B. y Pedersen, N. (2006). Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1649-1654.
- 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.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., Jamison, R. N., Caudill, M. A. y Haythornwaite, J. (1997). Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain:

- The Pain Stages of Chance Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72(1-2), 227-234.
- Kratz, A., Davis, M. y Zautra, A. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 33(3), 291-301.
- Kurtze, N. y Svebak, S. (2001). Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. *The British Journal of Medical Psychology*, 74(Pte. 4), 523-537.
- Lazarus, R S y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lemstra, M. y Olszynski, W. (2005). The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 21(2), 166-174.
- Lenaerts, M. y Gill, P. (2006). At the crossroads between tension-type headache and fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 10(6), 463-466.
- 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.
- 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*, 10(3), 459-476.
- Lorig, K., Chastain, R., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32(1), 37-44.

- Macfarlane, G. (1999). Generalized pain, fibromyalgia and regional pain: an epidemiological view. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 13(3), 403-414.
- MacFarlane, G.J., Croft, P.R., Schollum, J. y Silman, A.J. (1996). Widespread pain: is an improved classification possible?. *The Journal of Rheumatology*, 23(9), 1628-1632.
- Mäkelä, M. (1999). Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The epidemiologist's evidence. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 13(3), 415-419.
- Marcus, D. A., Bernstein, C. y Rudy, T. E. (2005). Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 24(6), 595-601.
- Martinez, J. (2004). The question of quality of life in fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 501-502.
- Mas, A., Carmona, L., Valverde, M. y Ribas, B. (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(4), 519-526.
- Masi, A. (1998). Concepts of illness in populations as applied to fibromyalgia syndrome: a biopsychosocial perspective. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 57 (Suppl.) 231-35.
- 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.
- McBeth, J. y Jones, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 21(3), 403-425.

- Mellegard, M., Grossi, G. y Soares, J. F. (2001). A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 103-115.
- Melzack, R. y Casey, K.L (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.) *The skin senses* (pp. 423-443). Springfield: Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699), 971-978.
- Mengshoel, A. y Haugen, M. (2001). Health status in fibromyalgia--a followup study. *The Journal of Rheumatology*, 28(9), 2085-2089.
- Merayo, L. A., Cano, F. J., Rodríguez, L., Ariza, R. y Navarro, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatología clínica*, 3(2), 55-62.
- Merayo, L. A., Cano, F. J. y Rodríguez, L. (2008). Motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 331-339.
- Merskey, H. y Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- 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.
- Millard, R. W. y Fintak, P. A. (2002). Use of the Internet by patients with chronic illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 10(3), 187-194.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). *Fibromialgia*. Madrid: Centro de publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Miró, J. (2003). El dolor: aspectos conceptuales. En J. Miró (Ed.), *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica* (pp. 19-82). Bilbao: Desclée de Brower.
- Moldofsky, H. y Scarisbrick, P. (1976). Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medicine*, 38(1), 35-44.
- Montori, V.M. y Guyatt, G.H. (2001). Intention to Treat Principle. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 1339-41.
- Murray, C.E. y Murray, T.L. (2006). Analysis of variance fibromyalgia symptom severity related to demographic variable. *Journal of Musculoskeletal Pain* 14, 15-20.
- Neumann, L. y Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 7(5), 362-368.
- Nicassio, P., Moxham, E., Schuman, C. y Gevirtz, R. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 100(3), 271-279.
- Nicassio, P., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V. y Schuman, C. (1995). Pain coping mechanisms in fibromyalgia: relationship to pain and functional outcomes. *The Journal of Rheumatology*, 22(8), 1552-1558.
- 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.
- Nielson, W.R. y Harth, M. (2004). Fibromyalgia: beyond the rhetoric. *The Journal of Rheumatology*, 31(4), 631.
- Nielson, W. y Jensen, M. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 109(3), 233-241.
- Nielson, W. y Merskey, H. (2001). Psychosocial aspects of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 5(4), 330-337.

- Novy, D., Nelson, D., Berry, L. y Averill, P. (1995). What does the Beck Depression Inventory measure in chronic pain?: a reappraisal. *Pain*, 61(2), 261-270.
- O'Connor, A.B. y Dworkin, R.H. (2010). Clinical trial design for chronic pain treatments. En Stannard, C. (Ed.), Kalso, E. (Ed.), y Ballantyne, J. (Ed.). *Evidence-based chronic pain management* (pp. 14-30). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Ofluoglu, D., Berker, N., Güven, Z., Canbulat, N., Yilmaz, I. y Kayhan, O. (2005). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 24(5), 490-492.
- Okifuji, A. y Turk, D. (2003). Fibromyalgia syndrome: prevalent and perplexing. *Pain Clinical Update, IASP*, 11(3), 1-4.
- Okifuji, A., Turk, D. y Sherman, J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed?. *The Journal of Rheumatology*, 27(1), 212-219.
- Oliver, K., Cronan, T.A. y Walen, H.R. (2001). A review of multidisciplinary interventions for fibromyalgia patients: where do we go from here?. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(4), 63-80.
- Ovayolu, N., Ovayolu, O. y Karadag, G. (2011). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clinical Rheumatology*, 30(5), 655-664.
- Ozcetin, A., Ataoglu, S., Kocer, E., Yazici, S., Yildiz, O., Ataoglu, A. y Icmeli, C. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *The West Indian Medical Journal*, 56(2), 122-129.
- Pagano, T., Matsutani, L., Ferreira, E., Marques, A. y Pereira, C. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal*, 122(6), 252-258.

- Palomino, R. A., Nicassio, P. M., Greenberg, M. A. y Medina, E. P. (2007). Helplessness and loss as mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia. *Pain*, 129(1/2), 185-194.
- Papageorgiou, A., Silman, A. y Macfarlane, G. (2002). Chronic widespread pain in the population: a seven year follow up study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(12), 1071-1074.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). Análisis de Varianza con medidas repetidas. En A. Pardo y M. A. Ruíz (Eds.), *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. (pp. 309-340). Madrid: McGraw-Hill.
- 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.
- 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., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López, S., Terol, M.C. y Rodríguez, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En M. Perez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp.157-168). Madrid: Pirámide.
- Payne, T., Leavitt, F., Garron, D., Katz, R., Golden, H., Glickman, P. y Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, 25(2), 213-217.
- Peres, M. y Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(5), 331-338.
- Perrot, S., Bouhassira, D. y Fermanian, J. (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST). *Pain*, 150(2), 250-256.

- Perrot, S., Winkelmann, A., Dukes, E., Xu, X., Schaefer, C., Ryan, K., Chandran A, Sadosky, A. y Zlateva, G. (2010). Characteristics of patients with fibromyalgia in France and Germany. *International Journal of Clinical Practice*, 64(8), 1100-1108.
- Persson, A. L., Veenhuizen, H., Zachrisson, L. y Gard, G. (2008). Relaxation as treatment for chronic musculoskeletal pain – a systematic review of randomised controlled studies. *Physical Therapy Reviews*, 13(5), 355-365.
- Petzke, F., Gracely, R., Park, K., Ambrose, K. y Clauw, D. (2003). What do tender points measure? Influence of distress on 4 measures of tenderness. *The Journal of Rheumatology*, 30(3), 567-574.
- Philips, H.C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.
- Phillips, L. y Stuifbergen, A. (2010). The relevance of depressive symptoms and social support to disability in women with multiple sclerosis or fibromyalgia. *International Journal of Rehabilitation Research*, 33(2), 142-150.
- Pincus, T. y Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: a review and integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599-617.
- Pincus, T. y Williams, A. (1999). Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3), 211-219.
- Powel, J.A., Lowe, P., Griffiths, M.E. y Thorogood, M. (2005). A critical analysis of the literature on the Internet and consumer health information. *Journal of telemedicine and telecare*, 11, 41-43.
- Quintner, J. (1992). Fibromyalgia: The Copenhagen declaration. *Lancet*, 340 (8827), 1103.
- Raspe, H. y Croft, P. (1995). Fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 9(3), 599-614.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22^a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>.

- Redondo, J., Justo, C., Moraleda, F., Velayos, Y., Puche, J., Zubero, J., Hernández, T.G., Ortells, L.C. y Pareja, M. (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis and Rheumatism*, 51(2), 184-192.
- Rehm, S., Koroschetz, J., Gockel, U., Brosz, M., Freynhagen, R., Tölle, T. y Baron, R. (2010). A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. *Rheumatology*, 49(6), 1146-1152.
- Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J. y Davis, M. C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 307-316.
- 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.
- Reilly, P. y Littlejohn, G. (1992). Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 19(2), 281-283.
- Reisine, S., Fifield, J., Walsh, S. y Forrest, D. (2008). Employment and health status changes among women with fibromyalgia: a five-year study. *Arthritis and Rheumatism*, 59(12), 1735-1741.
- Restrepo-Medrano, J.C., Ronda-Perez, E., Vives-Cases, C. y Gil-González, D. (2009). ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia?, *Revista de Salud Pública*, 11(4), 662-674.
- Reyes-Llerena, G., Guibert-Toledano, M., Penedo-Coello, A., Pérez-Rodríguez, A., Baez-Deñás, R., Charnicharo-Vidal, R. y Cardiel, M. (2009). Community-based study to estimate prevalence and burden of illness of rheumatic diseases in Cuba: a COPCORD study. *Journal of Clinical*

Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases, 15(2), 51-55.

Rivera, J. (2004). Controversias en el diagnóstico de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 501-506.

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, B.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A. y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología clínica*, 2(1), 55-66.

Rivera, J., Alegre, C., Nishishinya, M.B. y Pereda, C.A. (2006). Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 (Suppl. 1), 34-37.

Rivera, J. y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22(5), 554-560.

Robinson, J.P., Wilson, H., Swanson, K.S. y Turk D.C. (2008). Symptom reporting in people with fibromyalgia: high and low endorsers. *Journal of Pain*, 9 (Suppl 2), 17.

Rodero, B. B., Campayo, J., Fernández, B. y Sobradie, N. N. (2008). Imagined exposure as treatment of catastrophizing in fibromyalgia: A pilot study. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 36(4), 223-226.

Rodero, B., Casanueva, B., García-Campayo, J., Roca, M., Magallón, R. y del Hoyo, Y. (2010). Stages of chronicity in fibromyalgia and pain catastrophizing: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 251-256.

Rodero, B., Casanueva, B., Luciano, J. V., Gili, M., Serrano-Blanco, A., y García-Campayo, J. (2011). Relationship between behavioural coping strategies and acceptance in patients with fibromyalgia syndrome: Elucidating targets of interventions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 143-151.

- 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.
- Sala, I., Roig, C., Amador-Campos, J., García-Sánchez, C., Rodríguez, A., Díaz, C. y Gich, I. (2009). Síntomas psicopatológicos en pacientes afectos de cefalea crónica con o sin fibromialgia. *Revista de Neurología*, 49(6), 281-287.
- Sansone, R. A., Levenson, J. V. y Sellbom, M. (2004). Psychological aspects of fibromyalgia: Research vs. clinician impressions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(2), 185-188.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- 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.
- Sayar, K., Gulec, H., Topbas, M. y Kalyoncu, A. (2004). Affective distress and fibromyalgia. *Swiss Medical Weekly*, 134(17-18), 248-253.
- Schochat, T., Croft, P. y Raspe, H. (1994). The epidemiology of fibromyalgia. Workshop of the Standing Committee on Epidemiology European League Against Rheumatism (EULAR), Bad Säckingen, 19-21 November 1992. *British Journal of Rheumatology*, 33(8), 783-786.
- Schochat, T. y Raspe, H. (2003). Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology*, 42(7), 829-835.
- Shleyfer, E., Jotkowitz, A., Karmon, A., Nevzorov, R., Cohen, H. y Buskila, D. (2009). Accuracy of the diagnosis of fibromyalgia by family physicians: is the pendulum shifting?. *The Journal of Rheumatology*, 36(1), 170-173.
- Smeets, R., Beelen, S., Goossens, M., Schouten, E., Knottnerus, J. y Vlaeyen, J. (2008). Treatment expectancy and credibility are associated with the

- outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 24(4), 305-315.
- Smythe, H. (1972). Nonarticular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes. En D.J. McCarty (Ed.), *Arthritis and Allied Conditions*. (pp.881-891). Philadelphia: Leo and Febiger.
- Smythe, H. A. (1979). "Fibrositis" as a disorder of pain modulation. *Clinics in Rheumatic Diseases*, 5, 823-832.
- Smythe, H. A. y Moldofsky, H. (1977). Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*, 28(1), 928-931.
- Solberg Nes, L., Roach, A. y Segerstrom, S. (2009). Executive functions, self-regulation, and chronic pain: a review. *Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(2), 173-183.
- Stehlik, R., Arvidsson, L. y Ulfberg, J. (2009). Restless legs syndrome is common among female patients with fibromyalgia. *European Neurology*, 61(2), 107-111.
- Strusberg, I., Mendelberg, R., Serra, H. y Strusberg, A. (2002). Influence of weather conditions on rheumatic pain. *The Journal of Rheumatology*, 29(2), 335-338.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. y Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Sullivan, M. L., Sullivan, M. E. y Adams, H. M. (2002). Stage of chronicity and cognitive correlates of pain-related disability. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(3), 111-118.
- Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. y Lefebvre, J. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Suls, J. y Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 119-125.

- 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., Nguyen, Q., Anderson, K., Jensen, M. y Thornby, J. (2005). Further validation of the chronic pain coping inventory. *The Journal of Pain*, 6(1), 29-40.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., İlhanlı, İ., Canbaz, S. y Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 28(9), 859-865.
- Tastekin, N., Birtane, M. y Uzunca, K. (2007). Which of the three different tender points assessment methods is more useful for predicting the severity of fibromyalgia syndrome?. *Rheumatology International*, 27(5), 447-451.
- Tastekin, N., Uzunca, K., Sut, N., Birtane, M. y Mercimek, O. (2010). Discriminative value of tender points in fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine*, 11(3), 466-471.
- Taylor, R., Lovibond, P., Nicholas, M., Cayley, C. y Wilson, P. (2005). The utility of somatic items in the assessment of depression in patients with chronic pain: a comparison of the Zung Self-Rating Depression Scale and the Depression Anxiety Stress Scales in chronic pain and clinical and community samples. *The Clinical Journal of Pain*, 21(1), 91-100.
- 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.
- Thieme, K., Flor, H. y Turk, D. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research and Therapy*, 8(4), 121-133.
- Thieme, K., y Gracely, R. (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain?. *Current Rheumatology Reports*, 11(6), 443-450.

- Thissen, D., Steinberg, L. y Kuang, D. (2002). Quick and easy implementation of the Benjamini-Hochberg procedure for controlling the false positive rate in multiple comparisons. Teacher's corner. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 27(1), 77-83.
- Thorn, B. E. y Kuhajda, M. C. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1355-1366.
- Traut, E. (1968). Fibrositis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 531-538.
- Turk, D. C., Swanson, K. S. y Tunks, E. R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients--when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 213-223.
- Turk, D. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Ubago, M., Ruiz-Pérez, I., Bermejo, M., Labry-Lima, A., Hernández-Torres, E. y Plazaola-Castaño, J. (2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27(5), 613-619.
- Vallejo M. A., Comeche, M.I., Ortega, J., Rodríguez, M.F. y Díaz, M.I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2(2), 28-34.
- van Damme, S., Crombez, G., Bijttebier, P., Goubert, L. y van Houdenhove, B. (2002). A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*, 96(3), 319-324.
- 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.
- van Houdenhove, B. y Luyten, P. (2009). Central sensitivity syndromes: stress system failure may explain the whole picture. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 218-219.

- van Koulil, S., Effting, M., Kraaimaat, F., van Lankveld, W., van Helmond, T., Cats, H., van Riel, P.L., de Jong, A.J., Haverman, J.F. y Evers, A. (2007). Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(5), 571-581.
- van Wilgen, C., van Ittersum, M., Kaptein, A. y van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis and Rheumatism*, 58(11), 3618-3626.
- Vázquez-Rivera, S., González-Blanch, C., Rodríguez-Moya, L., Morón, D., González-Vives, S. y Carrasco, J. (2009). Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 517-525.
- Watson, N., Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C. y Ellenbogen, R. (2009). Neurologic signs and symptoms in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 60(9), 2839-2844.
- Wells-Federman, C., Arnstein, P. y 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
- Wessely, S. y Hotopf, M. (1999). Is fibromyalgia a distinct clinical entity?. Historical and epidemiological evidence. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 13(3), 427-436.
- White, K., Harth, M., Speechley, M. y Ostbye, T. (1999). Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *The Journal of Rheumatology*, 26(4), 880-884.
- White, K., Nielson, W., Harth, M., Ostbye, T. y Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of Rheumatology*, 29(3), 588-594.

- White, K., Speechley, M., Harth, M. y Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *The Journal of Rheumatology*, 26(7), 1570-1576.
- White, K. y Thompson, J. (2003). Fibromyalgia syndrome in an Amish community: a controlled study to determine disease and symptom prevalence. *The Journal of Rheumatology*, 30(8), 1835-1840.
- WHOQOL group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- 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, D.A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 4, 649-665.
- Williams, D., Cary, M., Groner, K., Chaplin, W., Glazer, L., Rodriguez, A. y Clauw, D. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *The Journal of Rheumatology*, 29(6), 1280-1286.
- Williams, D. A. y Claw, D. J. (2009). Understanding fibromyalgia: lessons from the broader pain research community. *Journal of Pain*, 10(8), 777-791.
- Wilson, H., Robinson, J. y Turk, D. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis Care and Research*, 61(4), 527-534.
- Winfield, J. (1999). Pain in fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 25(1), 55-79.
- Winfield, J. (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Current Review of Pain*, 4(4), 276-286.

- Winfield, J. B. (2007). Fibromyalgia and related Central Sensitivity Syndromes: twenty-five years of progress. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 335-338.
- Wolfe, F. (1986). The clinical syndrome of fibrositis. *The American Journal of Medicine*, 81(3A), 7-14.
- Wolfe, F. (1997). The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 56(4), 268-271.
- Wolfe, F. (2003). Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *The Journal of Rheumatology*, 30(8), 1671-1672.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R., Caro, X., Goldenberg, D., Russell I. J. y Yunus, M. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1560-1570.
- Wolfe, F. y Cathey, M. A. (1983). Prevalence of primary and secondary Fibrositis. *The Journal of Rheumatology*, 10(6), 965-968.
- Wolfe, F., Hawley, D. y Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 23(8), 1407-1417.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M. y Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- World Health Organization (1994). International Classification of Disease (ICD-10). Obtenido online el 25 de Julio de 2011 en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- World Health Organization International Classification of Diseases. (2007). *Manual of International Statistical Classification of Disease, injuries, and*

causes of Death, Vol. 1: Numerical Index. Geneva: World Health Organization.

Yunus, M. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339-356.

Yunus, M. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339-352.

Yunus, M.B., Masi, A.T. y Aldag, J. C. (1989). A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. *The Journal of Rheumatology*, 19, (suppl.), 62-71.

Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A. y Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 11(1), 151-171.

Zautra, A., Fasman, R., Parish, B. y Davis, M. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128(1-2), 128-135.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

Anexo 1: Programa de tratamiento

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 1ª SESIÓN - INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO

El objetivo de esta primera sesión del tratamiento que acaba usted de comenzar es que conozca algunos aspectos de su enfermedad, la fibromialgia, y sobre todo, que aprenda cómo un tratamiento psicológico puede ayudarle a convivir con dicha enfermedad y a vivir mejor a pesar de ella. Para ello, el primer paso que vamos a dar es conocer en qué consiste este trastorno.

¿Qué es la fibromialgia?

La fibromialgia es un síndrome, esto es, un conjunto de síntomas o problemas. De todos ellos, el más característico y preocupante es el dolor; ya que se trata de un dolor generalizado (en palabras de la mayoría de pacientes: *“me duele todo el cuerpo”*) y continuo (*“me duele en todo momento”*). Este dolor se presenta sobre todo en los músculos, aunque también puede estarlo en las articulaciones, por ejemplo, en las rodillas.

La fibromialgia la diagnostica el médico, normalmente el reumatólogo, teniendo en cuenta dos criterios, es decir dos aspectos muy concretos:

1. Que el dolor sea generalizado y lleve presente más de 3 meses.
2. Que el paciente sienta un dolor excesivo cuando el médico le presiona con sus dedos en una serie de puntos de su cuerpo (puntos sensibles).

Junto al dolor, los pacientes de fibromialgia suelen presentar o padecer otros síntomas o problemas que aparecen, en mayor o menor medida, en la mayoría de los casos. De todos los problemas que pueden aparecer en la fibromialgia, los siguientes son los síntomas más característicos:

- **Fatiga**: Sensación de falta de energía, de continuo cansancio o de agotamiento (*“Siempre estoy cansado, agotado”*).
- **Rigidez matutina**: Bloqueo de las articulaciones (rodillas, por ejemplo), que conlleva una disminución del movimiento y a veces un crujido según se intentan mover. Suele ocurrir al despertar. Su duración es variable, aproximadamente 30 minutos a 1 hora, y va desapareciendo a medida que se van haciendo movimientos (*“Me cuesta mucho levantarme y empezar a moverme”*).
- **Problemas de sueño**: La continua presencia del dolor y el hecho de que durante la noche se haga más presente, intenso e incontrolable puede dificultar conciliar el sueño, o bien provocar episodios de vigilia (despertares durante la noche), o despertarse muy temprano por la mañana (*“El dolor me despierta y no me deja descansar bien”*).

Además, hay una serie de trastornos y problemas que, aunque en menor medida, se dan en algunos pacientes de fibromialgia, como son el dolor de

cabeza, los problemas intestinales (estreñimiento o colitis), o ciertos problemas psicológicos, sobre todo ansiedad y depresión.

¿Cuál es la causa de la fibromialgia?

La causa de la fibromialgia sigue siendo desconocida. Aunque se han realizado muchas investigaciones buscando los posibles factores que pudieran explicar el origen de este trastorno, en el momento actual sigue sin conocerse ningún aspecto (causa) que sea responsable de esta enfermedad. Por eso, la explicación más aceptada, y la más probable, es que la fibromialgia sea causada simultáneamente por múltiples factores. Entre los factores causales más investigados se encuentran, entre otros, los trastornos del sueño, ciertas anomalías musculares, algunas disfunciones en el sistema inmunitario o posibles alteraciones en el sistema hormonal y en los neurotransmisores.

La relación entre factores psicológicos y fibromialgia tampoco está claramente establecida. Es decir, tampoco existe ningún factor psicológico que pueda considerarse como causa responsable de la aparición del trastorno, sin embargo, como a continuación se comentará, sí existen una serie de aspectos psicológicos que influyen en que los pacientes de fibromialgia se adapten, y vivan mejor, con esta enfermedad.

¿Por qué un programa psicológico para el tratamiento de la fibromialgia?

En el momento actual no se conoce ningún tratamiento que resulte definitivamente eficaz en el tratamiento de la fibromialgia. Lo que sí se conoce, y se ha comprobado, es cómo una serie de aspectos psicológicos influyen negativamente en esta enfermedad, y cómo ciertas estrategias (técnicas psicológicas), pueden ayudar a mejorar dichos problemas, y con ello el padecimiento de la fibromialgia. Éste es el principal objetivo que se plantea este programa de tratamiento.

Por tanto, a lo largo de las diferentes sesiones que componen este programa de tratamiento se van a ir abordando cada uno de los aspectos psicológicos que pueden influir negativamente en el padecimiento de la fibromialgia. Es decir, cómo lo que una persona hace, siente o piensa puede influir en su mejor, o peor, adaptación a esta enfermedad. Una vez identificadas las relaciones entre aspectos psicológicos y fibromialgia, se irán planteando las estrategias que la investigación psicológica ha demostrado pueden ayudarle a romper cada relación y, en definitiva, a vivir mejor con, y a pesar, de la fibromialgia.

Un aspecto importante a considerar, y que se irá viendo con más detalle en cada sesión de tratamiento, es cómo los aspectos psicológicos pueden ser, en unos casos antecedentes del dolor y demás síntomas de la fibromialgia, mientras que en otros serán precisamente la consecuencia de padecer esta enfermedad.

Resumiendo:

- **Como antecedentes del trastorno:** los factores psicológicos, es decir lo que la persona piensa, hace o siente, pueden contribuir al agravamiento de la fibromialgia incrementando tanto el dolor que se siente como los

síntomas o problemas asociados.

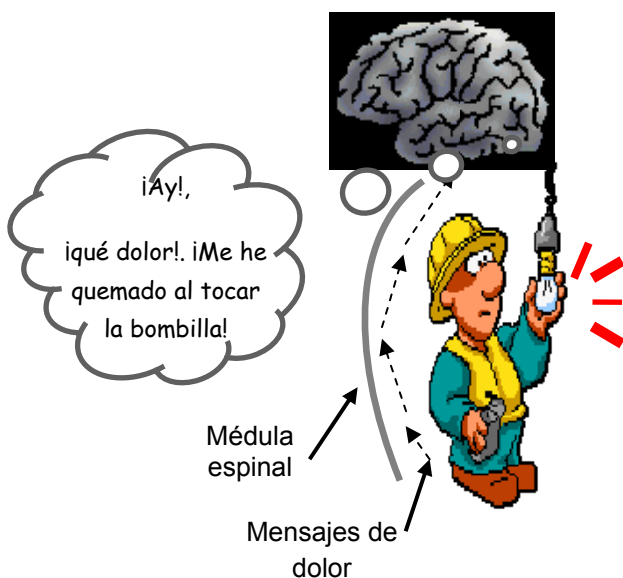
- **Como consecuencia de la fibromialgia:** el padecimiento de este trastorno de forma continuada produce una serie de cambios y limitaciones en la vida del paciente que, a su vez, pueden ser la causa de algunos problemas psicológicos (como ansiedad o depresión), o bien agravar aquellos problemas o trastornos psicológicos que la persona pudiese tener.

El tratamiento psicológico de la fibromialgia

El programa de tratamiento que acabamos de comenzar supone la adaptación de aquellas estrategias que la investigación psicológica ha demostrado son eficaces en múltiples trastornos de dolor crónico, al ámbito de la fibromialgia. A través de las diferentes sesiones de tratamiento usted conseguirá de forma paulatina ir mejorando su calidad de vida, aprendiendo a sentirse capaz de dominar su dolor y demás síntomas de la fibromialgia y que no sean éstos los que dominen su vida.

Como ya se le ha indicado, la fibromialgia es un trastorno de dolor crónico. Por este motivo vamos a empezar por distinguir entre los dos tipos de dolor que pueden darse:

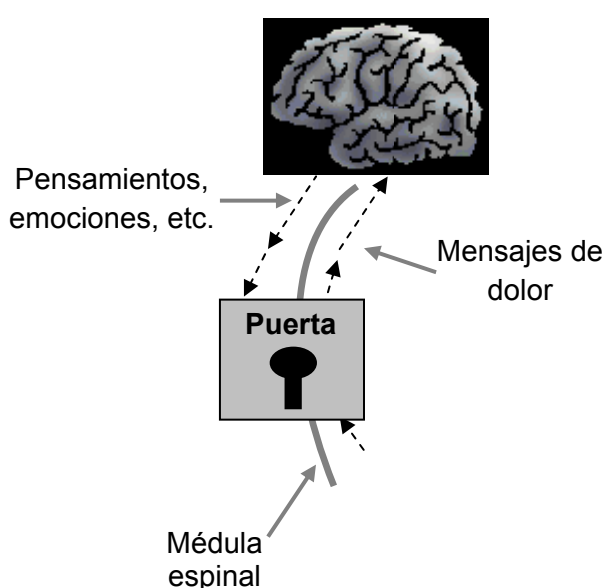
- **dolor agudo**, es aquel que se debe a una causa específica y localizable (por ejemplo cuando nos quemamos o torcemos un tobillo), y desaparece cuando se cura la lesión.
- **dolor crónico**, el que permanece durante meses una vez se ha curado la causa que lo provocó, o el que aparece y persiste sin causa conocida, como es el caso de la fibromialgia.



Tradicionalmente el dolor se ha entendido como consecuencia directa de una herida, enfermedad o del mal funcionamiento de alguna parte de nuestro cuerpo. Ésta explicación coincide con la forma en que la mayoría de las personas interpretamos nuestro dolor: cuando sufrimos un daño, la zona lesionada envía rápidamente mensajes al cerebro, a través de la médula espinal, como puede verse en el dibujo de la izquierda. Cuando los mensajes de dolor llegan al cerebro es cuando nos empezamos a dar cuenta del daño sufrido y comenzamos a sentir dolor.

Sin embargo, esta forma tradicional de entender el dolor no sirve para explicar todas las experiencias dolorosas. Por ejemplo, no explica por qué dos personas con la misma lesión pueden sentir intensidades de dolor muy diferentes, y sobre todo, no sirve para explicar aquellos casos, como sucede en la fibromialgia, en los que el dolor está continuamente presente, sin que exista ninguna lesión o daño que lo justifique. Para explicar estos hechos contradictorios existe otra forma diferente de entender el dolor, basada en una serie de investigaciones más recientes.

En el año 1965 un grupo de investigadores descubrieron una zona en la médula espinal (en el interior de la columna vertebral), que funciona como una "puerta" que deja pasar hasta el cerebro una mayor o menor cantidad de mensajes de dolor, en función de que esté más o menos abierta.



Las investigaciones que han seguido a este descubrimiento se han centrado en averiguar qué factores, hechos o situaciones pueden hacer que la puerta se abra (y dejar el paso abierto al dolor), o que la puerta se cierre (y conseguir que duela menos). En esta figura de la izquierda se representa esta nueva forma de entender el dolor, que recibe el nombre de "Teoría de la Puerta".

A continuación se resumen los principales factores que, según se ha comprobado, afectan al dolor que se percibe, es decir abren o cierran la puerta al paso del dolor:

- **Factores que abren la puerta:** entre los factores que pueden hacer que la "puerta" se abra más o menos, es decir factores que aumentan el dolor, encontramos **factores físicos** como la gravedad y extensión del daño producido o la tensión muscular; **factores conductuales o actividades** (lo que hacemos), como la inactividad excesiva o la sobrecarga de actividad; **factores mentales** (lo que pensamos), como la cantidad de atención que se presta al dolor, el aburrimiento, los pensamientos, la creencia en que no somos capaces de controlarlo; y **factores emocionales** (lo que sentimos), como la ansiedad, el nerviosismo, la ira, la depresión, las preocupaciones, etc.

- **Factores que cierran la puerta:** del mismo modo, existen factores que pueden cerrar la "puerta" al paso del dolor, entre los que se encuentran también **factores físicos** como los medicamentos, la cirugía; **actividades**, como la relajación y el descanso adecuado; **factores mentales**, como las

distracciones o prestar menos atención al dolor; y **factores emocionales**, como la calma y la relajación, aumentar el optimismo o reducir la depresión.

Es muy importante que comprenda la forma en que estos factores modulan (es decir, aumentan o disminuyen) el dolor. Esta modulación se produce, básicamente, mediante los mensajes que bajan desde el cerebro a la médula espinal y que en la figura anterior están representados por las flechas que bajan desde el cerebro hasta la puerta. La importancia de estos mensajes viene dada por la influencia de lo que se piensa, se siente o se hace en la cantidad de dolor que se experimenta. Es decir, está comprobado que tanto nuestros pensamientos, como nuestras emociones, o muchas de nuestras actividades influyen de forma decisiva en el dolor que padecemos.

Para que conozca y repase los factores que pueden abrir o cerrar la puerta, a continuación se resumen los más frecuentes en la tabla siguiente.

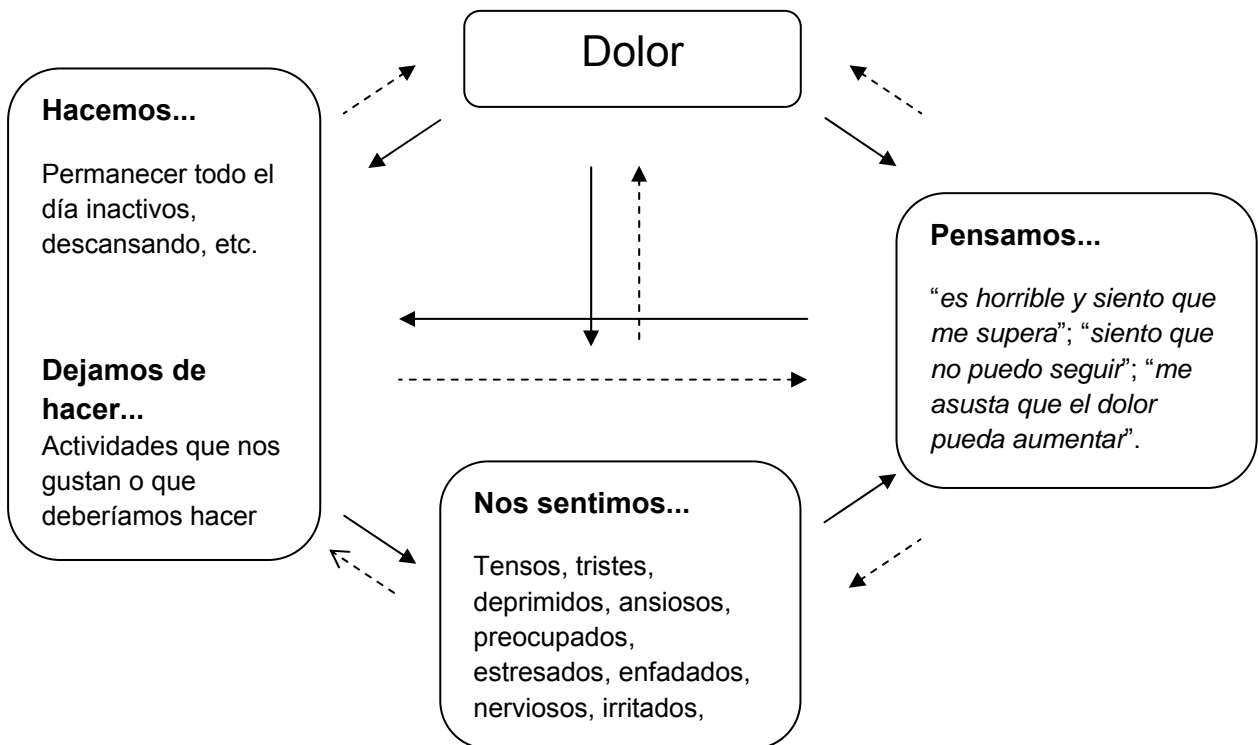
FACTORES QUE ABREN LA PUERTA:	FACTORES QUE CIERRAN LA PUERTA:
FÍSICOS:	FÍSICOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravedad de la herida ▪ Tamaño de la herida ▪ Tensión muscular 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos ▪ Cirugía
ACTIVIDADES (lo que hacemos):	ACTIVIDADES (lo que hacemos):
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inactividad excesiva ▪ Sobrecarga de actividad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relajación ▪ Descanso adecuado
MENTALES (lo que pensamos):	MENTALES (lo que pensamos):
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención hacia el dolor ▪ Creencias sobre el dolor ▪ Pensamientos catastrofistas y de falta de control sobre el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No centrar la atención en el dolor ▪ Distracciones ▪ Pensamientos adecuados sobre el dolor y las estrategias para su control
EMOCIONALES (lo que sentimos):	EMOCIONALES (lo que sentimos):
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad, nerviosismo ▪ Ira, enfado ▪ Aburrimiento ▪ Depresión, tristeza ▪ Preocupaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calma y relajación ▪ Controlar la ansiedad, la ira, los enfados ▪ Aumentar el optimismo ▪ Reducir la depresión

Todos podemos observar las influencias de estos factores en nuestro propio dolor y cómo aunque algunos puedan ser adecuados para un determinado tipo de dolor, no lo son en absoluto para un problema de dolor crónico como es la fibromialgia.

Por ejemplo, cuando nos torcemos un tobillo, un remedio adecuado es dejar las actividades cotidianas, inmovilizar la pierna y descansar hasta que baje la inflamación, se cure el daño y deje de dolernos. Sin embargo, en el caso de la fibromialgia, la inactividad y el descanso continuados no son el remedio adecuado, ya que, además de no “curar” la enfermedad, a la larga terminan por producir aburrimiento, ansiedad o depresión, e incluso pérdida de vigor físico y de fuerza muscular.

Un problema añadido es que estas pérdidas, a su vez, acaban aumentando la fatiga al realizar las mismas actividades que antes se hacían sin cansancio, por lo que será necesario realizar un mayor esfuerzo muscular para llevar a cabo cualquier actividad. Este esfuerzo muscular sostenido (tensión) termina por producir más cansancio y más dolor, con lo que todavía se incrementan más nuestras preocupaciones por el dolor y por el propio cansancio. Además, muchas de esas preocupaciones y pensamientos negativos sobre el dolor (“*Es horrible y siento que me supera*”; “*siento que no puedo seguir*”; “*me asusta que el dolor pueda empeorar*”; etc.) suelen ir acompañadas por la creencia de que necesitamos seguir descansando para remediar o “curar” el dolor por lo que, una vez más, vuelve a empeorar nuestro estado de ánimo, el cansancio y el dolor.

Este sencillo ejemplo sirve para ilustrar cómo el dolor influye en lo que hacemos (o dejamos de hacer), en lo que sentimos y en lo que pensamos como se representa por las flechas continuas en la siguiente figura.



Sin embargo, nuestras actividades, sentimientos y pensamientos, además de influir entre sí, terminan por aumentar y mantener el dolor y los demás síntomas o

problemas de la fibromialgia, como también se ilustra en el ejemplo y se representa por las flechas discontinuas en la figura.

El tratamiento psicológico que estamos empezando se basa en la capacidad de los aspectos psicológicos citados (lo que hacemos, sentimos o pensamos), para influir en el dolor y en otros síntomas o problemas asociados a la fibromialgia. Las técnicas psicológicas que a lo largo de estas semanas se van a ir introduciendo, y practicando, han demostrado ser eficaces para mejorar los trastornos de dolor crónico, como es el caso de la fibromialgia.

Está comprobado que la mejora que se consigue con estas técnicas se va produciendo de forma gradual, pero lo más importante es que una vez se aprenden y practican estas estrategias, sus efectos son duraderos. Es decir, poco a poco usted irá consiguiendo los progresos esperados. Para ello es necesario que se implique activamente a lo largo de toda la intervención, procurando aprender y practicar cada una de las estrategias que se enseñan en las diferentes sesiones. Además, para consolidar lo aprendido, es conveniente practicar dichas estrategias en diferentes momentos y situaciones, motivo por el que se han diseñado una serie de ejercicios para casa, que se indican al final de cada sesión, y que usted debe realizar a lo largo de la semana.

Finalmente, después de acabar las diez sesiones de tratamiento, es conveniente que siga usted practicando las estrategias aprendidas en las situaciones de su propia vida, de modo que, con la práctica, llegue a incorporarlas a su vida cotidiana. Este último punto, la práctica habitual de las estrategias aprendidas, es de vital importancia, puesto que el manejo del dolor y de los demás problemas asociados a la fibromialgia, no finaliza con la última sesión de tratamiento, sino que continúa e incluso progresa después de terminadas las sesiones de tratamiento.

A través de la práctica de las estrategias psicológicas que irá aprendiendo en las próximas semanas, y gracias a la observación de los efectos que tienen sobre su dolor y sobre los demás problemas asociados a su trastorno, usted decidirá cuáles son las más adecuadas para cada momento y situación.

**CON LA PRÁCTICA USTED SE CONVERTIRÁ EN SU PROPIO TERAPEUTA,
CONTROLANDO Y DIRIGIENDO SUS PROPIOS PROGRESOS**

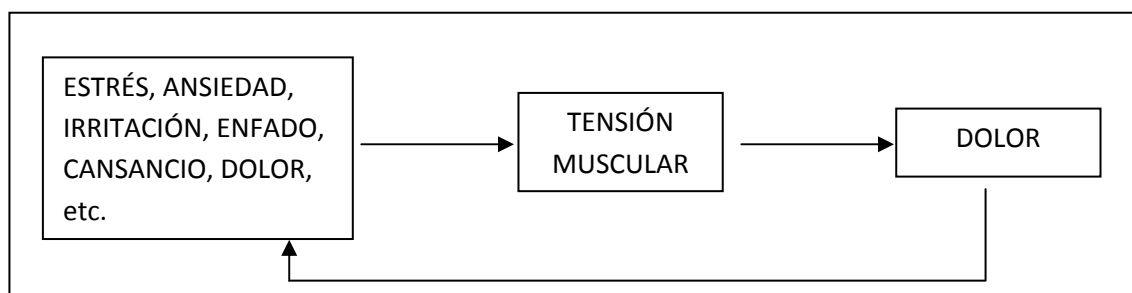
Tareas de la semana:
<ul style="list-style-type: none">▪ Continuar con el registro diario de actividad.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 2ª SESIÓN - LA RELAJACIÓN

Uno de los factores físicos que hemos visto podía abrir la puerta y dejar pasar los mensajes de dolor hasta el cerebro, es la tensión muscular. Las situaciones que pueden aumentar nuestra tensión muscular son muy numerosas y varían de una persona a otra, e incluso en una misma persona de una situación a otra. Por ejemplo, la mayoría de las personas nos ponemos tensas cuando notamos que una situación nos “desborda”, es decir cuando nos sentimos estresados; cuando algo nos “saca de nuestras casillas” y nos sentimos irritados o enfadados; o simplemente cuando nos sentimos nerviosos, con ansiedad.

También el propio dolor puede aumentar nuestro nivel de tensión. Es fácil darse cuenta de que, cuando nos hacemos daño en alguna parte de nuestro organismo, la reacción inmediata y natural es la de tensar el lugar donde nos hemos hecho el daño, para así favorecer su inmovilidad y posterior curación. Piense por ejemplo en cuando usted se hace daño en la espalda al coger un peso excesivo; de forma casi automática lo que hacemos en ese caso es dejar de movernos con soltura, de forma natural, y adoptar la postura en la que, de momento, nos duela menos; aunque esa postura signifique poner más rígidos, tensos, los músculos que rodean la zona dolorida.

Este comportamiento, que suele ser adecuado para un problema de dolor agudo como el que se ha señalado, no resulta igual de beneficioso en un problema de dolor crónico, como es la fibromialgia. En este caso, el aumento de la tensión muscular no sirve para la curación o alivio del daño y muy por el contrario, se convierte en perjudicial. Es decir, cuando la tensión muscular se mantiene elevada de forma permanente en alguna parte del cuerpo, aumenta aún más el dolor que se siente. Esta sencilla relación suele representarse de forma esquemática mediante uno de los “círculos viciosos” que forma parte de la figura de la sesión anterior que representaba cómo el dolor influye en lo que pensamos, sentimos y hacemos y cómo a su vez nuestras actividades, pensamientos y sentimientos terminan aumentando y manteniendo el dolor.



La primera flecha de este esquema señala aquellos factores que suelen provocar un incremento de la tensión muscular: el propio dolor, el estrés, la ansiedad, la irritación o el cansancio. A su vez, padecer una tensión muscular

sostenida produce un incremento del dolor, lo que queda representado por la segunda flecha. Y finalmente, la flecha larga nos señala cómo se cierra este círculo vicioso, ya que el propio dolor contribuye al incremento y cronificación del dolor y a su vez incrementa aún más nuestro estrés, nuestra ansiedad o nuestra irritación.

Para controlar el dolor es necesario aprender a deshacer estas relaciones, es decir romper este círculo vicioso; y una de las formas más sencillas que tenemos de romperlo, es actuando directamente sobre la tensión muscular.

La investigación psicológica ha demostrado que la estrategia más eficaz para disminuir la tensión muscular es la relajación; por este motivo el objetivo de esta segunda sesión del tratamiento psicológico de la fibromialgia es aprender una forma sencilla de relajación que sea útil para controlar la tensión muscular.

LA RELAJACIÓN

La relajación es una de las estrategias que, se ha comprobado, cierra la puerta al paso del dolor; además, permite la distensión de los músculos y proporciona una agradable sensación de descanso y tranquilidad ya que ayuda a reducir las sensaciones de ansiedad o irritación.

Para realizar su entrenamiento diario en relajación debe escuchar la grabación adjunta. En ella se le van a ir dando una serie de instrucciones muy sencillas de seguir que, a través de sensaciones, pensamientos, pequeños estiramientos y respiraciones lentas y profundas, le llevarán a un estado muy confortable de calma y relajación. Es conveniente que comience por situarse en un sitio tranquilo (lo más tranquilo posible), donde sepa que nadie le va a molestar durante los veinte minutos que dura la grabación. Avise a las personas que viven con usted que va a empezar su sesión de relajación y que no quiere que nadie le interrumpa. Siéntese en un sillón cómodo, asegúrese de que nada le aprieta, ponga en marcha la grabación y prepárese para seguir las instrucciones que vaya escuchando.

Aunque es una técnica sencilla, como podrá usted comprobar, tiene que ser practicada con constancia antes de realizarla perfectamente, como sucede en el aprendizaje de cualquier habilidad. Con el tiempo no necesitará la grabación para relajarse y será capaz de hacerlo solo y en mucho menos tiempo. Además, con la práctica usted conseguirá relajarse cada vez más rápida y profundamente y en cualquier lugar y circunstancia. No espere, por tanto, sentirse total y profundamente relajado desde el primer instante de práctica. Aquí es importante que recuerde que:

TIENE QUE PRACTICAR REGULARMENTE

Es decir, además del aprendizaje de la relajación que usted hará en las sesiones, deberá buscar al menos dos momentos cada día, en los que practicar esta estrategia. Si algún día no puede, inténtelo al menos una vez. Cada día, después de practicar, no se olvide de apuntar el grado de relajación conseguido desde 0 (nada relajado) hasta 10 (profundamente relajado) en la parte de la hoja de registro destinada a ello que se le adjunta. Si no practica de forma regular la relajación, es imposible que consiga los beneficiosos resultados que proporciona la práctica habitual de esta técnica.

En un principio debe realizar la relajación en aquellos momentos del día en que no siente dolor o éste sea leve. Se trata de adquirir y afianzar esta habilidad; que sea consciente de la diferencia que existe entre estar relajado y estar en tensión; que aprenda a reconocer y localizar la tensión que se acumula en su cuerpo, de forma que pueda usted controlar la tensión a través de la relajación.

Con la práctica usted mismo experimentará cómo es una manera excelente de prevenir el aumento de la tensión muscular. Además, en próximas sesiones aprenderá a utilizar la relajación en el control de las reacciones emocionales que se producen cuando estamos estresados, y de esta manera dominará mejor su dolor.

Tareas de la semana:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Practicar la relajación escuchando la grabación.
Recuerde:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar registro diario de actividad y relajación.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA

3ª SESIÓN - LAS EMOCIONES EN LA FIBROMIALGIA

En la primera sesión vimos que en los problemas de dolor crónico, como es el caso de la fibromialgia, influían muchos factores. Además de la tensión muscular, sobre la que hablamos en la pasada sesión, vimos que influían entre otros aspectos, los factores emocionales, es decir lo que sentimos. El objetivo de esta sesión es analizar la influencia de algunas emociones negativas en el padecimiento de la fibromialgia y enseñarle aquellas estrategias que le ayuden a controlarlas.

Como vimos en la primera sesión, sabemos que cuando se abre la puerta para dejar paso a los mensajes de dolor, éstos llegan fácilmente hasta el cerebro, por lo que la experiencia de dolor aumenta, es decir se siente más dolor. Entre los factores que en el caso de la fibromialgia, más frecuentemente permiten que la puerta del dolor se abra, están los factores emocionales.

Debido tanto al dolor como al resto de los síntomas asociados, las personas que padecen fibromialgia suelen experimentar frecuentemente reacciones emocionales como ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, tristeza o depresión. Enfrentarse a episodios repetidos de dolor, junto a problemas como cansancio, fatiga, insomnio, etc., evidentemente acaba por interferir en todas las áreas de la vida.

Es frecuente observar cómo, según la fibromialgia se va cronificando, el dolor y las reacciones emocionales se experimentan tan estrechamente unidos que tienden a confundirse resultando, en muchos casos, difícil diferenciar entre el dolor y la reacción emocional que produce ese episodio de dolor. Para aprender de nuestras propias experiencias, lo más adecuado es comenzar por imaginar el último episodio de dolor severo que usted padeció. Una vez bien metido en esa situación, intente separar la sensación de dolor (lo que podríamos llamar dolor "físico") y las emociones que usted experimentó en aquella ocasión (rabia, miedo, irritación, tristeza, angustia, etc.).

Pero además del dolor, existen otras situaciones en nuestra vida en las que se pueden dar las emociones negativas citadas. La semana pasada ya nos referimos a cómo situaciones estresantes, es decir que nos "desbordan" o nos "sacan de nuestras casillas", suelen producirnos tensión y emociones negativas como ansiedad, miedo, irritación, preocupación, etc.

El hecho de experimentar una emoción determinada dependerá no sólo de la situación, sino también de la persona. Todos sabemos que ante el mismo problema dos personas distintas pueden reaccionar de muy diferente manera. Piense, por ejemplo, en situaciones frecuentes como el cuidado y educación de los hijos, las relaciones y compromisos familiares, los períodos de sobrecarga en el trabajo, la soledad o cualquier otra situación que a usted le produzca algún tipo de reacción emocional desagradable.

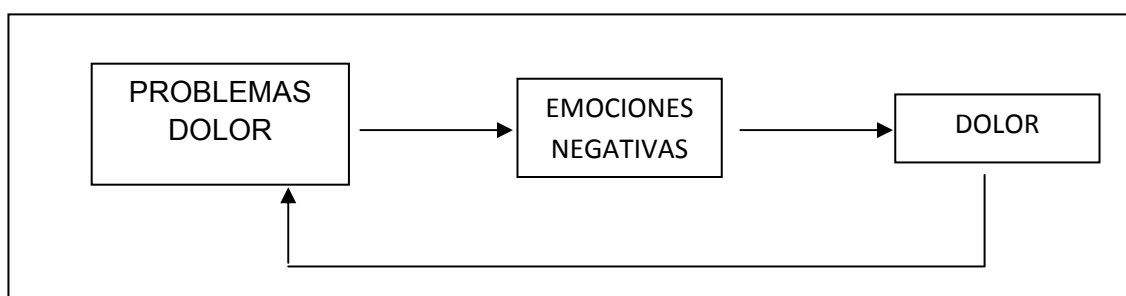
Está claro pues, que tanto las situaciones problemáticas, estresantes, como los episodios de dolor crónico producen reacciones emocionales negativas. En esta sesión vamos a centrarnos en emociones como la ansiedad, el

nerviosismo o la irritación, dejando otras emociones como la tristeza o la depresión para una sesión posterior.

Las emociones citadas (ansiedad, nerviosismo, irritación, etc.) suelen estar acompañadas de algunos síntomas físicos que también son diferentes para cada persona, como por ejemplo: tensión muscular, taquicardia (los latidos del corazón se aceleran), sudor, temblores, la sensación de tener un nudo en el estómago, cansancio, respiración rápida y superficial, etc.

Aunque estas reacciones son normales, es decir en situaciones problemáticas todos las tenemos, el problema es que en los pacientes de fibromialgia suelen contribuir a que el dolor, o ciertos síntomas como la fatiga o el insomnio, se agraven. Si hace memoria, posiblemente recordará situaciones en las que estuvo especialmente tenso, angustiado o irritado y cómo en esa situación su dolor fue más fuerte, duró más tiempo, se encontró más agotado o tuvo más dificultades para conciliar el sueño.

Así, hemos descrito otro “círculo vicioso” en el que se encuentran las personas que padecen dolor crónico y que es preciso romper para poder controlar y mitigar el dolor.



En esta figura usted puede comprobar cómo el dolor, los síntomas asociados a la fibromialgia y otras situaciones problemáticas o estresantes, pueden producir emociones como ansiedad, irritabilidad o nerviosismo, y cómo a su vez, estas emociones aumentan el dolor. Al sentir más dolor, es lógico que esas emociones desagradables se incrementen, lo que hace que el dolor empeore y que, evidentemente usted se sienta menos capaz de afrontar eficazmente su dolor y otros síntomas de la fibromialgia.

Es necesario, por tanto, que conozca cuáles son las situaciones que a usted le producen estas reacciones emocionales negativas y cuáles son los síntomas físicos que las acompañan. Esto es importante por varias razones.

Si somos capaces de reconocer los síntomas físicos que nos anuncian la aparición de las emociones negativas antes de que nuestra reacción se haya manifestado ya completamente, podremos adelantarnos al problema y controlar dichas emociones al inicio o incluso antes de que aparezcan, que es cuando la eficacia de las técnicas de afrontamiento y control es mucho mayor. Por otra parte, si somos capaces de conocer aquellas situaciones o circunstancias que hacen que el dolor sea más insoportable, estaremos en condiciones de poner en marcha alguna estrategia que nos ayuden a mitigarlo o soportarlo mejor, lo

que nos proporcionará una sensación de seguridad y de control sobre nuestro dolor.

Tenga en cuenta que lo más frecuente es que sólo nos demos cuenta de nuestras reacciones emocionales cuando ya están completamente “desatadas”, y está comprobado que cuando las emociones son ya demasiado fuertes, nuestras estrategias de afrontamiento y control son mucho menos eficaces.

Por ello, uno de nuestros primeros objetivos será que usted aprenda a detectar, lo más pronto posible, esos síntomas físicos, esos pequeños cambios que acompañan a sus emociones negativas, y que, como ya se dijo, pueden ser diferentes de los de otras personas, e incluso en usted mismo, dependiendo de la situación. Para detectar tempranamente estos síntomas, lo más adecuado es que en aquellos momentos en los que comience usted a sentirse emocionalmente alterado (nervioso, irritado, etc.), se centre en su propio cuerpo y se fije en los síntomas o cambios que esté experimentando en ese momento.

Recuerde que los síntomas que con mayor frecuencia se dan en estas situaciones son: tensión muscular, taquicardia, sudor, temblores, sentir un nudo en el estómago, cansancio, y respiración rápida y superficial. Recuerde también que no todos estos síntomas físicos se dan en todas las personas, y que incluso en su caso pueden darse otros diferentes.

Síntomas físicos más frecuentes de las emociones negativas
Tensión muscular
Taquicardia
Sudor
Temblores
Sentir un nudo en el estómago
Cansancio
Respiración rápida y superficial

Conocer cuáles son los **síntomas físicos** que suelen darse en su caso le servirá de **señal de alarma** para poner en práctica las estrategias que aprenderá en esta sesión, antes de que el dolor y las reacciones emocionales se incrementen, ya que, como ya sabe, es en los momentos iniciales cuando mejor podemos cortar el círculo vicioso antes señalado.

Una vez que haya identificado cuáles son las circunstancias que a usted suelen producirle ansiedad, ira, frustración, etc., y que además, aprenda a detectar los síntomas que anuncian su aparición, incluso antes de que se manifiesten,

usted podrá romper fácilmente este círculo vicioso que ayuda a mantener el dolor y demás síntomas de la fibromialgia.

Para romper este círculo vicioso se utilizan distintos tipos de técnicas. Algunas de estas estrategias, como las cognitivas (mentales), serán tratadas en una sesión posterior. De momento, en esta sesión vamos a utilizar, para reducir las emociones negativas, una estrategia muy potente que usted ya conoce, puesto que la aprendió la sesión pasada y la lleva practicando una semana: la relajación.

La relajación, como vimos, produce calma física y distensión muscular, y gracias a las relaciones que los factores físicos, emocionales y mentales tienen entre ellos, produce también efectos tranquilizadores del estado de ánimo. Es decir, efectos reductores de la ansiedad, la intranquilidad, etc. Por eso, cuando detecte usted la aparición de los síntomas físicos que le sirven de señal de alarma, o simplemente en aquellos momentos en que se encuentre más nervioso, intranquilo, angustiado, la mejor estrategia es realizar una relajación completa como la que aprendió usted en la pasada sesión. De momento, hasta que aprenda completamente esta técnica, es conveniente que se relaje escuchando la grabación. Con el tiempo y la práctica, usted llegará a relajarse sin necesidad de escucharla, simplemente recordando y reproduciendo las instrucciones que ha aprendido.

Ahora bien, como habrá momentos en los que detecte usted que comienza a ponerse nervioso, pero no pueda acceder a un lugar tranquilo ni tomarse los 20 minutos necesarios para realizar la relajación completa, vamos a enseñarle una estrategia de relajación mediante respiraciones tranquilizadoras que, por su sencillez y rapidez, ha demostrado ser útil en las situaciones problemáticas de la vida cotidiana; por ejemplo, en el trabajo, conduciendo, con los hijos, en la compra, etc.

RESPIRACIÓN TRANQUILIZADORA

Hasta que aprenda esta sencilla técnica, es conveniente que haga las respiraciones sentado o tumbado y en un lugar tranquilo. Las prácticas iniciales le llevarán 15 ó 20 minutos, pero en cuanto aprenda la técnica, con el tiempo y la práctica, verá que esta respiración tranquilizadora puede realizarse en un par de minutos y en cualquier lugar y posición (sentado, de pie, caminando, incluso hablando).

La técnica de la respiración tranquilizadora consiste básicamente en respirar de forma lenta y pausada, haciendo que el aire vaya hinchando gradualmente los pulmones como si se tratara de un globo que quiere usted inflar. Es decir, llenando primero la zona baja, la del vientre; luego la media, la del estómago; y finalmente la zona alta, la del pecho. Para facilitar el aprendizaje de esta técnica, vamos a dividirla en tres pasos que se corresponden con las tres zonas señaladas, aunque, como luego verá, en la práctica esos tres pasos se realizan de forma integrada, es decir sin interrupción entre ellos.

Como ya hemos señalado, para realizar este ejercicio, de momento, es

recomendable que se tumbé boca arriba o se siente cómodamente, pero siempre con los pies apoyados.

Primer paso. Coloque una de sus manos sobre el vientre (justo debajo del ombligo) y la otra en el estómago (un poco más arriba del ombligo). Manteniendo esta postura debe dirigir su atención a su forma de respirar, procurando que la entrada del aire, las inspiraciones, sean lentas y pausadas, como cuando escucha la grabación de la relajación completa. Centre su atención en cómo se mueven sus manos al compás de la respiración y cuando note que su ritmo sea tranquilo y pausado, comience a dirigir su atención al aire que entra fresco por la nariz. Trate de dirigir este aire, como si estuviera inflado un globo, a la zona baja de su vientre, de forma que se mueva la mano que tiene situada sobre él. A continuación debe expulsarlo por la boca, lentamente, notando cómo se va desinflando su vientre mientras el aire va saliendo de sus pulmones, caliente y húmedo. Inicialmente repita 4 ó 5 veces este sencillo ejercicio hasta que lo domine completamente.

Cuando ya haya practicado varias veces este primer paso de la respiración tranquilizadora, puede pasar el segundo paso.

Segundo paso. Vuelva a inflar la parte baja del vientre, como se describió en el primer paso y sin expulsar el aire, siga inspirando más aire y trate de dirigirlo ahora, a la zona media de sus pulmones, de modo que note cómo se hincha la zona del estómago y cómo se mueve la mano que tiene situada justo por encima del ombligo. Seguidamente debe expulsar el aire por la boca, lentamente, notando cómo se va desinflando primero su estómago y después su vientre, y cómo el aire va saliendo por su boca, caliente y húmedo. Este segundo paso, que como verá incluye el primero, debe repetirse otras 4 ó 5 veces hasta que note que lo domina.

Tercer paso. Como se le indicó al principio, comience por volver a realizar seguidos el primero y el segundo paso. Por tanto, debe usted comenzar por dirigir el aire que entra por su nariz, a la parte baja del vientre y a continuación, y sin interrupción, seguir inflando la zona media de sus pulmones. Es decir, notar cómo se hincha primero la zona del vientre y seguidamente la del estómago. En ese momento y sin dejar salir el aire, debe seguir inflando la parte alta de sus pulmones, el pecho, notando cómo éste se eleva, y cómo siente sus pulmones llenos de aire, como si se tratara de un globo completamente inflado. Es conveniente que, cuando note sus pulmones completamente llenos, retenga el aire unos instantes, durante 2 ó 3 segundos, y finalmente lo vuelva a expulsar por la boca, lentamente, fijándose en cómo se van desinflando sus pulmones en el orden contrario en que se hincharon: primero el pecho, a continuación el estómago y por último el vientre. Recuerde que el aire debe expulsarse por la boca y muy lentamente, y mientras nota cómo el aire sale de sus pulmones debe repetirse, mentalmente, una palabra que usted asocie con sus estados de tranquilidad, de relajación. La palabra que normalmente suele utilizarse en estas situaciones, y la que aquí utilizaremos como clave para recordárselo, es "CALMA".

Resumiendo, el ejercicio completo consiste en inflar primero completamente los pulmones, comenzando por la zona del vientre, luego la del estómago y

finalmente el pecho, retener el aire unos segundos y expulsarlo en orden inverso (primero el pecho, luego la zona media y finalmente la zona baja) mientras se repite mentalmente la palabra “CALMA”. Este ejercicio completo debe realizarse al menos 4 ó 5 veces seguidas cada vez, hasta que usted consiga dominarlo.

Una vez aprendida la respiración tranquilizadora completa, es conveniente que la practique varias veces al día, 4 ó 5 veces cada vez. Primero en lugares y situaciones tranquilas, y poco a poco vaya practicándola en las situaciones problemáticas de su vida en las que se sienta nervioso, intranquilo o angustiado.

RECUERDE QUE

Su trabajo durante esta semana va a consistir en **descubrir cuáles son sus señales de alarma**, es decir los síntomas físicos que usted particularmente experimenta y **que le anuncian sus reacciones emocionales negativas**, para así poder localizar estas reacciones desde el primer momento en que se produzcan.

Además, **en el momento que detecte la más mínima señal de alarma**, es decir, esos primeros síntomas físicos que usted ha observado son los que señalan sus aumentos de ansiedad, angustia o nerviosismo, **debe intentar relajarse** de la forma aprendida en la primera sesión, si dispone usted de tiempo y lugar adecuado.

Pero, sobre todo, recuerde que cuando, en su vida cotidiana, se encuentre en una situación problemática que le altere emocionalmente, dispone usted de una forma rápida y sencilla de relajarse como es la **respiración tranquilizadora**, que es el aspecto de la relajación que hemos practicado y en el que hemos insistido en esta segunda sesión.

Si práctica de forma frecuente estas dos estrategias de relajación usted apreciará rápidamente sus beneficios. Por una parte se notará, en general, menos nervioso y alterado. Además, cuando aprenda a utilizar la respiración tranquilizadora como forma de enfrentarse a los problemas cotidianos que le alteran emocionalmente, se notará sentir cada vez más capaz de controlar su ansiedad o cualquier otra emoción negativa desde la primera señal, antes de que se “desate” completamente. Como consecuencia, le resultará más fácil romper el “círculo vicioso” entre emociones negativas, dolor y demás síntomas de la fibromialgia, por lo que se sentirá más eficaz en el afrontamiento de su enfermedad.

Tareas de la semana:
<ul style="list-style-type: none">▪ Descubrir las señales de alarma que anuncian sus emociones negativas.
<ul style="list-style-type: none">▪ Cuando detecte una señal de alarma o se encuentre en una situación que note que le altera emocionalmente, debe realizar varias respiraciones tranquilizadoras repitiendo mentalmente su palabra clave (CALMA).
RECUERDE:
<ul style="list-style-type: none">▪ Continuar haciendo el registro diario de actividad y relajación.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir practicando dos veces cada día la relajación completa, todavía con la grabación.
<ul style="list-style-type: none">▪ Además, si se encuentra nervioso y dispone de lugar y tiempo, realizar la relajación completa alguna vez más.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 4ª SESIÓN - ACTIVIDADES DIARIAS Y DOLOR

Cuando una persona tiene un problema de dolor crónico, como la fibromialgia, el propio sufrimiento continuado que supone el dolor y los demás síntomas de la fibromialgia suele afectar a todas las actividades que se realizan. Como consecuencia precisamente del padecimiento de la enfermedad, la persona va introduciendo gradualmente cambios en las rutinas diarias, las costumbres, los hábitos, es decir en sus patrones de actividad.

Estos cambios se producen como respuesta a la enfermedad, para adaptarse al dolor que se padece; aunque a corto plazo suelen aliviarle, a la larga, como se verá en esta sesión, estos cambios suelen afectar al funcionamiento general de la persona y producir efectos negativos en muchas áreas de su vida.

Esta relación entre actividades y dolor a veces se ve claramente al inicio del trastorno, sin embargo, según el trastorno se cronifica esa relación puede hacerse menos clara. Así, muchos de los pacientes cuentan cómo inicialmente notaban que había movimientos o actividades que provocaban o aumentaban su dolor, por ejemplo movimientos como doblar la espalda, inclinar el cuello, girar el brazo, etc., o actividades como subir escaleras, conducir, hacer las camas, pelar patatas, bailar, etc... Sin embargo, estos mismos pacientes comentan que según fue pasando el tiempo, observaban que el dolor persistía, a pesar de no hacer los movimientos o actividades que en un principio creían les provocaba o aumentaba el dolor.

Por otro lado, encontramos otros pacientes de fibromialgia que, por el contrario, refieren que sólo descansan o dejan de hacer actividades cuando el dolor es muy fuerte, y en el resto de las ocasiones precisamente utilizan su actividad (exceso de actividad) como una forma de enfrentarse y olvidarse del dolor, por lo que, evidentemente, uno de los síntomas más problemáticos de la fibromialgia, el cansancio, no sólo no mejora sino que se incrementa.

Vemos, por tanto, que ante un problema de fibromialgia, los pacientes suelen reaccionar de dos formas distintas:

1. Algunos pacientes tienden a **reducir sus actividades y movimientos para evitar que el dolor se incremente**. Aunque esta estrategia es adecuada para recuperarse de un dolor agudo (por ejemplo cuando nos torcemos un tobillo), no es adecuada ni útil cuando se trata de un problema crónico, como es la fibromialgia.

En el caso de la fibromialgia, la inmovilidad no sólo no es útil sino que, además, afecta negativamente a la salud y bienestar de los pacientes, ya que produce efectos perjudiciales como:

- Debilitamiento y pérdida de la flexibilidad que se tenía en las articulaciones y de la fuerza de los músculos por la falta de actividad y de movimiento.

- Como consecuencia de ello, la fatiga o el cansancio y el dolor aumentan, por lo que se tiene que realizar un mayor esfuerzo para hacer cualquier movimiento, por pequeño que éste sea.
- Al sentir fatiga, cansancio por el esfuerzo realizado, se confirma la idea de que el descanso es la mejor solución para que el dolor no aparezca o aumente. A la vez que se toma esta decisión aumenta la tristeza, desesperación y las preocupaciones como consecuencia del abandono de actividades que se deben realizar, que gustan, divierten o entretienen (o antes lo hacían).

Como antes se ha señalado, lo paradójico es que cuando una persona reduce sus actividades para evitar o aliviar el dolor, lo más frecuente es observar que, a pesar de los descansos y la falta de actividad, el dolor no desaparece con ellos. El problema en estos casos es que, al persistir el dolor, estos pacientes no se plantean dejar su inactividad, sino muy al contrario lo más frecuentes es seguir pensando que lo que necesitan es un mayor descanso y realizar todavía menos actividades, con lo que, como fácilmente podrá deducir, el problema no sólo no se soluciona, sino que se acaba perpetuando.

2. Otra forma de comportamiento, contrapuesta a la anterior, es la que se observa en aquellos pacientes que tienden a **realizar el mayor número posible de actividades a pesar del dolor**. Estas personas suelen volverse mucho más activas de lo que eran antes de padecer la fibromialgia. Realizan un gran número de actividades a lo largo del día, sin un momento siquiera para darse una pausa, con la intención de no dejarse vencer por el dolor. Sólo se permiten ese descanso cuando el dolor es muy fuerte.

El problema en estos casos es que, como sólo descansan o se relajan cuando tienen mucho dolor, suelen asociar estos estados tan beneficiosos para el organismo, con los niveles más altos de dolor, con lo que a la larga tanto la relajación como el descanso llegarán a ser dos actividades que les “señalen” el máximo malestar, por lo que tenderán a evitarlos.

Este patrón de comportamiento, que conduce a una sobrecarga de actividad, no sólo no sirve para reducir el dolor sino que, de igual forma que se veía en la inactividad, puede llegar a afectar negativamente a la salud y bienestar de los pacientes:

- Como consecuencia del exceso de actividad, la fatiga y el cansancio aumentan, por lo que se tiene que realizar un mayor esfuerzo para hacer cualquier movimiento, por pequeño que éste sea; es decir se produce un cansancio “extra” que se suma al que, por sí mismo, es característico de la fibromialgia.
- Por eso, a la larga, los pacientes se quejan de que disminuye su capacidad para llevar a cabo las actividades que antes se realizaban, mientras que, por el contrario se incrementa la necesidad de descanso (aunque no guste).

- Al ser mayor tanto la incapacidad como la necesidad de descanso, se acaban abandonando actividades, no sólo las obligaciones, sino también actividades agradables o placenteras (ocio, familiares, amigos, etc.) Y, precisamente, el abandono de estas actividades, al igual que veíamos en el patrón de inactividad, acaba por incrementar las preocupaciones, la tristeza y la depresión.

Los dos patrones de actividad descritos nos muestran cómo los pacientes de fibromialgia pueden apartarse de las pautas o rutinas que tenían antes de padecer su trastorno. Continuar con estos patrones alterados durante largo tiempo, no sólo impide recuperar un ritmo normal de actividad, el más adecuado para cada persona, sino que además contribuye a mantener e incluso agravar el problema de fibromialgia.

De lo expuesto hasta aquí, lógicamente, se desprende la necesidad de cambiar aquellos patrones de actividad alterados por culpa del dolor. El objetivo de esta sesión será, por tanto, **buscar un equilibrio entre descanso y actividad** que lleve a la persona que sufre dolor a recuperar, dentro de lo posible, un ritmo adecuado de actividad; es decir aquel ritmo que tendría (considerando la edad y todas las demás circunstancias) si no padeciera fibromialgia. En último caso se trata, al menos, de ir recuperando alguna de las actividades perdidas por culpa de la enfermedad.

Para ello es necesario comenzar por reconocer cuál de los dos patrones descritos se ajusta más a su ritmo actual de actividad. Puede ser, como vimos en el primer caso, que usted evite realizar algunas de sus actividades esperando que el dolor desaparezca. O bien, usted puede ser de las personas que siguen realizando sus actividades a pesar del dolor, cumple con todos sus trabajos y compromisos y sólo descansa cuando su fatiga o su dolor le resultan insoportables.

También es posible que usted no se identifique completamente con ninguno de los dos patrones descritos, sino con una combinación de ambos, dependiendo del momento. Es decir que unas veces evite realizar algunas actividades cuando atraviesa un episodio de dolor, mientras que otras es capaz de cumplir con todas sus obligaciones a pesar del dolor y sin darse ni “un respiro” para descansar.

Para conseguir el objetivo de esta sesión, es decir para recuperar un ritmo de actividad lo más normalizado posible, vamos a utilizar las siguientes estrategias:

1. Si usted se identifica con el primero de los casos, es decir si su tendencia es a **reducir o evitar la actividad esperando a que el dolor mejore**, las estrategias más adecuadas para recuperar su ritmo normal de actividad serían las siguientes:
 - **Seguir con su actividad, hasta donde razonablemente sea posible, a pesar del dolor.** Es decir, se trata de empezar a recuperar aquellas actividades “perdidas” por culpa del dolor, del cansancio y del malestar pero, poco a poco, gradualmente, sin prisa. Intentar recuperar las actividades perdidas de golpe resultaría contraproducente, ya que nos exigiría un esfuerzo para el que no estamos preparados, por lo que fracasaríamos y nos deprimiríamos aún más.

- **Dividir las tareas grandes en pequeñas parcelas o mini-tareas que sean fáciles de manejar.** Se conseguirán mejores resultados si cada día nos proponemos recuperar una pequeña parcela perdida (aunque sea minúscula).
- **Premiarse por cada tarea realizada.** En vez de fijarse en lo que todavía queda por hacer, centrarse en lo que ya ha conseguido, en los pequeños logros de cada día y felicitarse o premiarse por ellos con frases como:
 - *“bien, lo estoy intentando”*
 - *“es un paso pequeño, pero al fin y al cabo, un paso más”*
 - *“todavía me cuesta mucho pero si sigo así lo conseguiré”*

Usted puede utilizar estas frases o cualquier otra que le guste. Lo importante es que **no olvide que debe darse el “premio” cada vez que intente recuperar una actividad perdida**, con independencia de que todavía no consiga realizarla al completo. Esta es una tarea gradual, si sigue practicando al final del programa habrá conseguido recuperar muchas de las actividades y sobre todo muchas de las satisfacciones que su realización le proporcionaba antes, y de paso, al tiempo habrá recuperado parte de la alegría perdida al dejarse vencer por el dolor.

2. En el caso de que usted se identifique con aquellas personas que tienden a **sobrecargarse de actividades a pesar del dolor**, de modo que sólo las abandona cuando se siente muy cansado o dolorido, las siguientes estrategias le ayudarán a para regular su ritmo de actividad:

- **Organización y distribución de sus actividades.** Se trata, por tanto de equilibrar los períodos de tareas y obligaciones con otros de descanso, de relajación o de dedicación a otras actividades divertidas o placenteras que no sean estresantes.
- **Establecer prioridades** entre las actividades a realizar, comenzando por aquellas que sean más urgentes y aprendiendo a retrasar las restantes cuando sea necesario. Esto implica distinguir las actividades urgentes de aquellas que, aun siendo importantes, no es imprescindible hacerlas de inmediato, en ese mismo momento. Para este tipo de actividades, posponerlas, dejarlas para otro momento o para el día siguiente, y así no agotarse, puede ser una estrategia adecuada.
- **No interpretar una disminución del dolor como una oportunidad para sobrecargarse.** La reducción o disminución del dolor no indica que se puede sobrecargar aún más de actividad sino que es una “señal” de la necesidad de establecer momentos para el descanso y el ocio, mientras se premia por lo conseguido con frases como:
 - *“muy bien, voy a disfrutar de un momento de descanso”*
 - *“ahora toca relajarse... luego sigo”*
 - *“me he ganado un descansito y me lo voy a tomar”*

3. Es posible que usted no se identifique claramente con uno de los dos patrones, o

más bien, que **unas veces se sienta identificado con un patrón y otras con el otro**, dependiendo del momento del día, de las actividades a realizar o de la “racha” que esté pasando. En este caso le sugerimos que se identifique más bien con un tercer patrón de actividad, al que denominaremos combinado.

La estrategia más adecuada en el caso de un patrón combinado de actividad, es precisamente la de utilizar una combinación de las estrategias señaladas, según las necesite. Es decir, buscar un equilibrio entre sus dos patrones de actividad:

- **Aumentar el descanso y la relajación en períodos de elevada actividad.** Cuando se enfrenta a una temporada en la que tenga que realizar muchas obligaciones o tenga que hacer alguna tarea que le resulte especialmente estresante.
- **Recuperar gradualmente las actividades perdidas.** En aquellas áreas de su vida en las que usted es menos activo, la estrategia más adecuada es recuperar poco a poco las actividades perdidas, especialmente las más gratificantes o divertidas.
- No olvide **premiarse**, con frases como las que se han indicado más arriba, en ambos tipos de situaciones.

En cualquiera de los tres casos el objetivo es equilibrar su ritmo diario de actividad, de modo que pueda realizar aquellas actividades que desee y que le gustan sin aumentar el dolor, permitiéndole el máximo disfrute de su vida y la menor interferencia posible del dolor. Para ayudarle a lograr este objetivo, vamos a aprender a **establecer objetivos o metas** estrategia que, a su vez, ha demostrado ser útil para la recuperación de las actividades perdidas, sobre todo las deseables o gratificantes.

Establecer objetivos o metas y detallar lo que realmente se quiere hacer, es una actividad difícil para la mayoría de las personas, pero aún suele ser más complicada para los pacientes de fibromialgia. En estos pacientes lo realmente difícil es encontrar una actividad que no esté afectada por el dolor, hasta tal punto que suelen quejarse de que el dolor se comporta como un tirano que rige su vida. Incluso llegan a señalar, que les resulta difícil pensar en lo que les gustaría hacer, porque inmediatamente, les invaden pensamientos del tipo: *¿podré?*, *¿me dejará el dolor hacer esto?*, por lo que finalmente se quejan de que no pueden pensar en otra cosa que no sea cómo parar el dolor.

Por tanto, para comenzar a establecer sus objetivos o metas, lo primero es empezar por pensar qué es lo que realmente le gustaría hacer a usted. Determinar sus propias metas según sus circunstancias personales, le ayudará a equilibrar su nivel global de actividad y, sobre todo, a recuperar aquellas actividades potencialmente placenteras, perdidas por culpa del dolor y demás síntomas o problemas de la fibromialgia.

Los siguientes criterios le ayudarán a la hora de definir adecuadamente sus objetivos:

- Es necesario que los objetivos sean **medibles**, es decir que se pueda decir claramente cuando se ha conseguido. Por ejemplo, “caminar más” es una forma vaga y general de expresar una actividad o meta a recuperar, sin embargo, “caminar durante 20 minutos cada mañana” describe tanto la actividad como cuándo y cuánto tiempo se le va a dedicar.
- Deben ser **realistas**, esto es, debe poder alcanzarlos dadas sus posibilidades o capacidades reales. Siguiendo con el ejemplo: “caminar 10 kilómetros en una hora” es una actividad poco realista, difícil de conseguir, por lo que lo más probable es que se sienta defraudado y decepcionado con usted mismo. Por el contrario, si define su meta pensando en su realidad, adaptándola a sus posibilidades reales, es muy probable que asegure su realización o recuperación y con ello el aumento de su satisfacción personal.
- Es conveniente que sean **graduales**, para que así, cada éxito le motive a seguir hacia delante y evitar de esta forma el fracaso. Aumentar cada día el tiempo que está caminando le ayudará a alcanzar el objetivo final; por ejemplo, comenzar por caminar 10 minutos sería un primer paso para conseguir llegar a la hora.
- Deben estar **centrados en uno mismo**. Usted es el que tiene que realizar las acciones o conductas; nadie puede caminar por usted.
- Tienen que ser **deseables**, por lo que es conveniente que se pregunte usted si desea realmente ese objetivo y, por tanto, si está dispuesto a realizar el esfuerzo que supone intentarlo.

Para ayudarle a formular sus objetivos o las actividades que le gustaría hacer o recuperar durante las siguientes 6 semanas de tratamiento, en esta sesión se le proporcionará una **Hoja de Metas** en la que, a lo largo de esta próxima semana, deberá ir definiendo sus propias metas en cada una de las áreas más relevantes en la vida de cualquier persona:

Actividades de ocio, placenteras: Es muy probable que por culpa de la fibromialgia, haya reducido las actividades que antes le proporcionaban placer y satisfacción personal, que hacía que disfrutase de la vida. Para ir recuperando esas actividades, deberá ir aumentando diariamente tanto el número como el tiempo dedicado a dichas actividades. Es conveniente que elija como meta hacer cada día algo que le guste, pueda hacer y le ayude a evadirse de la enfermedad durante un rato (por ejemplo: leer, oír música, ir al cine, pasear, etc.).

Ejercicio: Es una de las actividades que suelen abandonarse cuando se tiene un trastorno como la fibromialgia. escoja una meta que pueda alcanzar durante el tratamiento, como por ejemplo “caminar durante 1 hora cada mañana”. Si ya hace eso, puede incorporar cualquier otro ejercicio, o hacer su meta ligeramente más difícil, por ejemplo aumentando el tiempo caminando. Los ejercicios más apropiados son caminar, montar en bicicleta o nadar. Piense que no consiste en convertirse en

un atleta profesional, sino en que aumente muy poco a poco el ejercicio que hace diariamente. No importa que lo haga bien o mal, lo importante es que lo haga.

Actividades sociales: Al considerar las metas u objetivos de esta área piense en si desde que padece fibromialgia ha ido reduciendo algunas de las actividades que antes realizaba con su familia o amigos. Piense por ejemplo en esos amigos a los que ya no ve, o en las salidas que antes hacía con su familia y poco a poco ha ido abandonando y, finalmente, elija cuáles de estas actividades puede ir recuperando de forma gradual.

Trabajo: Reflexione sobre si el padecimiento de la fibromialgia ha afectado a alguna de sus obligaciones diarias (trabajo fuera de casa, tareas domésticas, etc.). Considere en esta área aquellas metas u objetivos relacionados con el trabajo que quiera conseguir, de acuerdo con sus circunstancias personales, ya sea en casa o fuera de casa, pagado o no pagado.

Otros: Utilice esta última categoría para plantearse algún otro objetivo o actividad que desee. A menudo este lugar es escogido para plantearse metas de reducción o abandono de la medicación, establecer un horario de sueño regular; pero puede plantearse las metas que usted desee.

TAREAS DE LA SEMANA:

- Identificar el patrón de actividad que se ajusta a su ritmo de vida actual.
- Poner en marcha las estrategias más adecuadas para regular su actividad.
- Establecer metas u objetivos en cada una de las áreas señaladas, teniendo en cuenta los criterios indicados.

RECUERDE:

- Continuar registro diario de actividad y relajación.
- Seguir practicando la relajación.
- Cortar su ansiedad, nerviosismo o irritación con respiraciones lentas y profundas (respiración tranquilizadora), en los primeros síntomas, incluso antes de que aparezcan.

Hoja de metas

Actividades de ocio, placenteras
1.....
2.....
3.....
Ejercicio
1.....
2.....
3.....
Actividades sociales
1.....
2.....
3.....
Trabajo
1.....
2.....
3.....
Otros
1.....
2.....
3.....

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 5ª SESIÓN – TRASTORNOS ASOCIADOS A LA FIBROMIALGIA: EL INSOMNIO Y LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Como vimos en la primera sesión además del dolor los pacientes de fibromialgia pueden presentar otros síntomas secundarios que aparecen de forma variable, llegando a producir muchos problemas asociados.

EL INSOMNIO:

Una de las quejas más frecuentes en los pacientes de fibromialgia es el insomnio; es decir la dificultad para conciliar o mantener el sueño durante toda la noche. La persona que padece insomnio se queja de no poder quedarse dormida cuando lo desea, o de despertarse cuando no lo desea. Esta dificultad para tener un sueño lo suficientemente reparador contribuye a que, a la mañana siguiente, el cansancio característico de los pacientes de fibromialgia sea aún mayor.

Aunque parezca difícil, dormir es una conducta que puede ser controlada en gran medida, para ello es necesario aprender una serie de “trucos” y seguir algunas instrucciones que van a facilitar que pueda tener un sueño más reparador.

En primer lugar se debe comprobar si las **condiciones del ambiente en el que duerme** es el más adecuado para conciliar el sueño:

- EL RUIDO debe reducirse lo más posible. Si en nuestro dormitorio hay un elevado nivel de ruido, puede probar a aislarse (al menos un poco) poniéndose unos tapones en los oídos.
- LA LUZ también debe atenuarse lo más posible. Si no podemos oscurecer adecuadamente nuestro dormitorio, la estrategia más adecuada suele ser la de colocarse un antifaz.
- LA TEMPERATURA no debe ser excesivamente elevada ni excesivamente baja, ya que dificulta la conciliación del sueño. La temperatura ideal para dormir ronda sobre los 20°C.
- LA CAMA no debe ser demasiado blanda ni excesivamente dura.
- LA ALMOHADA más adecuada suele ser la fina, para no provocar dolor en el cuello. Algunas personas duermen con mayor comodidad con una pequeña almohada cervical.
- Si se duerme con otra persona, EL COMPAÑERO de cama puede impedir que se tenga un sueño reparador, por ejemplo, porque ronque, se mueva mucho, tenga dificultades para dormir y le despierte, etc. En este caso busque la solución más adecuadas a su caso: tapones en los oídos, camas separadas... o ambas.

En segundo lugar debe adquirir **hábitos que le ayuden a conciliar y mantener el sueño** durante toda la noche. Las instrucciones que siguen es lo que se conoce como HIGIENE DEL SUEÑO; se trata de pequeños trucos que, con la práctica, le ayudarán a conseguir unos hábitos facilitadores del sueño.

1. Acostarse sólo cuando se tenga sueño y levantarse todos los días aproximadamente a la misma hora.
2. No dormir durante el día aunque se tenga sueño, excepto en el caso de que a usted una pequeña siesta (no más de 20 minutos) le ayude a conciliar el sueño por la noche.
3. Evite tomar café, alcohol y bebidas excitantes ya desde la tarde, porque impiden conciliar y mantener el sueño durante toda la noche.
4. Recuerde que las personas activas física y psicológicamente suelen dormir mejor. Conviene, por tanto, hacer ejercicio físico y trabajo mental regularmente, pero sin excesos, ya que como usted conoce bien, el cansancio que dichos excesos provocan puede dificultar el sueño.
5. Antes de irse a dormir es preferible realizar actividades que relajen el cuerpo y la mente, por ejemplo leer algo divertido, hacer ejercicios de relajación, darse una ducha caliente, etc. Estas actividades no deben realizarse en la propia cama.
6. Lo que se cena puede influir también en el sueño. Las cenas copiosas o de difícil digestión, por ejemplo alimentos con mucha grasa o muy condimentados, dificultan conciliar el sueño. Por el contrario, existen otros alimentos que pueden facilitar el sueño, por ejemplo la leche (por su contenido en un aminoácido llamado triptófano), los cereales (por su contenido en vitamina B), las legumbres suavemente condimentadas (por su contenido en minerales como el hierro, el calcio, el zinc o el cobre).
7. Conviene reducir el consumo de líquidos después de cenar, para así evitar tener que levantarse al cuarto de baño en mitad de la noche.
8. Para poder dormir el cuerpo debe estar relajado, si la persona se encuentra en un estado de sobreexcitación cuando intenta conciliar el sueño, será difícil que pueda dormirse. Esta sobreexcitación puede ser debida por ejemplo, a un exceso de preocupaciones durante el día, o a haber tomado alguna bebida excitante como el café o la Coca-cola. A veces esta sobreexcitación se debe a la realización de actividades en la cama incompatibles con el sueño, como repasar mentalmente los problemas del día, hacer los planes para el día siguiente, o bien la propia preocupación (que la persona se repite cada día) acerca de su incapacidad para poder dormirse.

Este último punto es extremadamente importante. Para favorecer el sueño el objetivo será intentar que el organismo se encuentre lo menos activado (excitado) posible en el momento de irse a dormir. Toda actividad física y mental que pueda sobreexcitarnos debe eliminarse. Para ello aprenderemos a utilizar las siguientes estrategias:

- Se puede utilizar la **RELAJACIÓN** durante el día para disminuir la activación

general del organismo. Además, antes de irse a dormir, la relajación permite reducir la sobreexcitación y los pensamientos negativos que pueden presentarse en la cama, ya que la concentración en los ejercicios de relajación es incompatible con esos pensamientos.

- Cuando se tienen problemas y preocupaciones, una estrategia adecuada es apuntarlos y reservar algún momento del día, a ser posible a la misma hora y en el mismo lugar, para dedicarlo a pensar en sus problemas, intentar solucionarlos, planificar las tareas del día siguiente, etc. De este modo cuando, estando en la cama, le vengan a la cabeza estos problemas, podrá apartarlos fácilmente y posponerlos para el próximo día durante su tiempo de resolver problemas. En la próxima sesión aprenderá usted una estrategia específica de solución de problemas. Para poder abordar sus problemas concretos, le pedimos que durante esta semana vaya rellenando su **“Lista personal de problemas”** que se le proporcionará al final de esta sesión.

- Si una vez en la cama es usted incapaz de conciliar el sueño pasados diez minutos, aproximadamente, y se siente nervioso o irritado por ello, es mejor que se levante de la cama y se vaya a otra habitación y, una vez allí, realice alguna actividad relajante que pueda ayudarle a dormir, como por ejemplo leer un libro entretenido, escuchar música suave, o realizar ejercicios de relajación. No debe volver a la cama hasta que sienta sueño, y si una vez en ella no puede dormirse en otros diez minutos, es conveniente que vuelva a levantarse y se vaya nuevamente a otra habitación hasta que tenga sueño.

- Conviene intentar levantarse todos los días a la misma hora y no dormir durante el día, aunque la noche anterior no haya dormido bien y se encuentre cansado y somnoliento, pues es la falta de sueño la que le ayudará a dormirse en cuanto se meta en la cama y sin interrupciones la noche siguiente. Si cree que existe el riesgo de quedarse dormido durante el día, planifíquelo de modo que haya pocas posibilidades de poder hacerlo, por ejemplo quede con un amigo a tomar café a la hora de la siesta.

Para practicar lo aprendido en esta sesión, es conveniente que durante la semana haga una revisión de todas las situaciones y hábitos relacionados con el sueño: las condiciones ambientales de su dormitorio; aquellas actividades y costumbres que realiza durante la tarde/noche que pueden influir en su insomnio; sus hábitos a la hora de irse a la cama y cuando está dentro de la cama, intentando dormirse. De esta forma descubrirá las condiciones o malas costumbres que, en su caso en particular, pueden estar perjudicando que usted concilie el sueño. Una vez identificadas dichas situaciones, el siguiente paso será empezar a cambiarlas gradualmente, hasta que poco a poco se conviertan nuevamente en hábitos, pero en **HÁBITOS QUE FACILITAN EL SUEÑO**, en vez de dificultarlo.

LAS DISFUNCIONES SEXUALES:

Otro de los problemas que frecuentemente presentan los pacientes de fibromialgia, son las dificultades para mantener unas relaciones sexuales plenamente satisfactorias. Este tema, aún siendo una queja frecuentemente planteada, ha recibido mucha menos atención por parte de los investigadores. La sexualidad ha sido considerada un tema tabú en la formación de muchos de nosotros, sin embargo en el momento actual se está de acuerdo en valorarla como un aspecto esencial de la salud, una pieza clave para lograr una calidad de vida personal.

Los pacientes de fibromialgia, debido al dolor que padecen en muy diferentes partes de su cuerpo, pueden presentar unas relaciones sexuales menos satisfactorias, lo cual puede repercutir en muchos de los aspectos de su vida. Estas pequeñas alteraciones en el funcionamiento sexual normal, reciben el nombre de disfunciones sexuales. Normalmente suelen tratarse de leves problemas fisiológicos (del funcionamiento de nuestro organismo), cognitivos (de lo que pensamos) o motores (de lo que hacemos), que dificultan que la persona disfrute de forma satisfactoria de sus relaciones sexuales.

Las disfunciones que más frecuentemente ocurren los pacientes de fibromialgia son:

1) Falta de deseo sexual (apatía sexual): aunque también puede darse en los hombres, es uno de los problemas sexuales más comunes entre las mujeres. Se da cuando hay ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Las causas pueden ser:

- Farmacológicas: puede darse como efecto secundario a la toma de antidepresivos y ansiolíticos.
- Psicológicas: como estados depresivos, bajo nivel de autoestima, pobre concepto corporal, etc...
- Aburrimiento sexual por la reiteración y rutina en las conductas y hábitos sexuales.

2) Dificultad para alcanzar el orgasmo (anorgasmia): cuando no se alcanza el orgasmo, las causas pueden ser:

- Farmacológicas: por ejemplo, los tranquilizantes pueden alterar el orgasmo.
- Fisiológicas: estados carenciales de estrógenos (como en la menopausia) que disminuyen la lubricación vaginal.
- Dolor crónico que produce fatiga física y tensión, variables ambas que afectan al orgasmo.
- Algunas posturas pueden producir o aumentar el dolor (p.ej.; dolor en las ingles, dolor en las rodillas) o pueden producir calambres, problemas que sin duda disminuyen el nivel de excitación alcanzado.
- Falta de una estimulación adecuada.
- Falta de asertividad (no decir lo que deseamos).

Las disfunciones sexuales como efecto de los **fármacos** es un tema que se ha estudiado en profundidad. La mayoría de los tranquilizantes y relajantes musculares tienen un efecto negativo sobre la respuesta sexual, aunque no todas las personas

sufren este efecto en la misma medida. Sin embargo, este posible efecto negativo suele estar compensado por los efectos beneficiosos que normalmente producen, ya que al disminuir la ansiedad o la depresión contribuyen a que las personas desarrollen un mayor interés sexual. Por tanto, en la mayor parte de los casos (cuando las dosis son adecuadas y el tratamiento no se prolonga durante mucho tiempo), los fármacos antidepresivos y ansiolíticos ayudan a tener una relaciones sexuales satisfactorias, aunque con tratamientos más prolongados pueden llegar a dificultar la vida sexual.

Existe una relación en la mujer entre **hormonas** y comportamiento sexual que es la responsable de las variaciones del deseo que se producen, de forma natural, en el transcurso del ciclo menstrual. Así, puede comprobarse que el deseo suele ser máximo durante la ovulación y en los días que preceden al ciclo menstrual (la regla). Por el contrario, el deseo sexual en el hombre se manifiesta de forma mucho más homogénea.

Las estrategias para mejorar la satisfacción sexual de cada persona son muy variadas, y dependen de las características de cada persona. A continuación se van a repasar brevemente algunas de las más utilizadas. Como puede comprobar la mayor parte de ellas van dirigidas a la mujer, aunque algunas pueden (y deben) ser practicadas por ambos miembros de la pareja:

1. Para conseguir el orgasmo una estrategia inicial es la **exploración del propio cuerpo**. Es conveniente no dar excesiva importancia a la penetración, ya que, en la mujer, la estimulación más intensa se consigue mediante manipulación táctil directa o presión sobre el clítoris; mientras que el coito sólo facilita una estimulación suave.
2. En aquellas mujeres con problemas para alcanzar el orgasmo, una estrategia adecuada es tratar, en un primer momento, de alcanzarlo manualmente por masturbación. Luego, de forma escalonada, ir consiguiéndolo todavía sin penetración, mediante caricias de su pareja, para finalmente tratar de conseguirlo durante el coito. Es conveniente saber que para muchas mujeres la situación más satisfactoria es conseguir la estimulación y finalmente el orgasmo, simultaneando ambas formas de relación, coito y caricias.
3. Es conveniente no obsesionarse con tratar de alcanzar el orgasmo, ésta es una reacción del organismo que, de forma paradójica, no se produce cuando estamos preocupados, por ejemplo por conseguirlo. Si se nota muy nerviosa y preocupada por el tema, una estrategia adecuada puede ser usar la **Relajación**, potenciada con caricias y masajes, durante los prolegómenos de la relación sexual. De esta forma se conseguirá calmar la preocupación que puede estarle bloqueando, y de forma simultánea liberar el exceso de tensión muscular que podría producirle malestar y dolor en la fase posterior de penetración.
4. Una estrategia, muy agradable de practicar, y recomendable para solucionar la mayoría de los problemas de relación sexual es la técnica de **Focalización**

sensorial. Esta técnica consiste en conseguir que cada persona identifique y tome conciencia de sus propias sensaciones corporales, tanto sensoriales como genitales. Para ello debe facilitarse, en un ambiente adecuado, la exploración por turnos del cuerpo de cada miembro de la pareja, siguiendo las indicaciones y preferencias del miembro pasivo (el que recibe las caricias). Este intercambio mutuo de caricias suele ser muy agradable para ambos miembros de la pareja y puede utilizarse en todo caso para propiciar la fase posterior en la que se desarrolle la relación sexual de forma satisfactoria para ambos. Cuando uno de los miembros de la pareja experimenta algún tipo de disfunción sexual, esta fase inicial suele preceder al tratamiento específico de la disfunción. Este procedimiento enseña a disfrutar del contacto mutuo y sirve para reducir la ansiedad ante la interacción sexual, mejorando la intimidad y comunicación de la pareja.

5. Otra estrategia útil para los pacientes de fibromialgia, es utilizar **posturas pasivas**, que produzcan menos fatiga. Se trataría de posturas que requieran menos esfuerzo, o movimientos más suaves. Una de las más recomendadas es aquella en la que la persona que padece la fibromialgia se encuentra debajo, y le corresponde a su pareja hacer el mayor esfuerzo. Aunque ésta postura puede ser recomendable para prevenir la fatiga y mitigar el dolor, no debe ser la única a adoptar por todas las personas, sino que debe estudiarse en cada caso aquella que más beneficie los intereses conjuntos de la pareja. Por ejemplo, cuando la mujer tiene dificultades para alcanzar el orgasmo, esta postura es una de las menos recomendables; siendo por el contrario recomendable aquella en la que la mujer se encuentra encima, ya que permite producir de forma simultánea la estimulación del clítoris, y facilitar con ello el orgasmo.
6. Una estrategia que, en todos los casos, puede ayudar a aumentar y mantener la excitación es la utilización de **fantasías eróticas**. Estas fantasías producen todavía más excitación cuando son compartidas con la pareja y se integran, dentro de lo posible, en la propia relación sexual. Además de las fantasías, algunas estrategias que pueden ayudar a combatir el aburrimiento son: probar posturas y sitios nuevos, que nos hagan salir de la rutina; la mujer puede valerse de algún tipo de lencería que provoque deseo en su pareja, y que a ella misma le haga sentirse deseada y atractiva.
7. En todo caso resulta conveniente aumentar la **comunicación sexual** con nuestra pareja, siendo más asertivos. Es decir, indicando a nuestra pareja qué tipo y forma de estimulación nos resultan más agradables, cuándo y cómo nos apetece, y por supuesto, sabiendo decir “no” cuando no nos apetece.
8. Una estrategia recomendable en cualquier situación es incrementar la formación sobre **educación sexual**, a través de la que, además de solucionarse muchas de las dudas planteadas, pueden modificarse percepciones y actitudes erróneas acerca de la sexualidad en general. Esta formación puede adquirirse a través de libros de divulgación y de autoayuda.

Estas estrategias sólo son una orientación para que usted mejore su vida sexual, y por consiguiente su vida de pareja. Recuerde que es cosa de dos y que necesitará comentar algunos aspectos de esta sesión con su pareja ya que la base para unas relaciones sexuales sanas y satisfactorias es la comunicación. Si por el contrario su vida sexual ya es satisfactoria, no deje nunca de buscar nuevas formas de mejorarla día a día. La sexualidad afecta a todos los campos de nuestra vida y es un aspecto que no debemos descuidar.

TAREAS DE LA SEMANA:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las condiciones ambientales y malas costumbres que dificultan su sueño.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustituir paulatinamente dichas condiciones y costumbres por otras facilitadoras del sueño, hasta que se conviertan en nuevos hábitos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relajarse antes de intentar dormirse.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar su grado de satisfacción con sus relaciones sexuales.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar qué problema o tipo de problemas pueden estar sucediendo y adopte las estrategias más adecuadas para su caso. En el caso de que éstas no sean totalmente satisfactorias.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complimentar su "Lista Personal de Problemas".
RECUERDE:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar registro diario de actividad y relajación.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir practicando la relajación: para disminuir su tensión muscular, para cortar su ansiedad desde el inicio, para facilitar el sueño.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cortar su ansiedad, nerviosismo o irritación con respiraciones lentas y profundas (respiración tranquilizadora), en los primeros síntomas, incluso antes de que aparezcan.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir regulando su patrón de actividad utilizando las estrategias más adecuadas para ello.

LISTA PERSONAL DE PROBLEMAS

En esta lista se detallan las diferentes áreas en las es más frecuente la aparición de problemas. En cada apartado se especifica un problema general, común a muchas personas, y otro que es más específico de los pacientes de fibromialgia. Su tarea consistirá en añadir en los espacios en blanco de cada una de las áreas, aquellos problemas que usted tiene y querría resolver, aunque no sabe muy bien cómo hacerlo. Para cada problema gradúa el grado de malestar que le producen de 1 (nada de malestar a 5 muchísimo malestar).

Relación de problemas personales relevantes	Grado de malestar				
	1	2	3	4	5
Salud					
<i>Tengo problemas de sobrepeso</i>					
<i>Tengo dificultades para levantarme por la mañana</i>					
Economía/ Trabajo (en casa y fuera de ella)					
<i>No me llega el dinero a fin de mes</i>					
<i>Al final de la jornada me encuentro agotado</i>					
Relaciones sociales					
<i>Tengo dificultades para mantener una conversación</i>					
<i>He perdido la relación con mis amigos "de joven"</i>					
Familia					
<i>Discuto mucho con mi pareja</i>					
<i>Mi pareja y mis hijos están hartos de mi enfermedad</i>					
Problemas psicológicos					
<i>Me siento deprimido</i>					
<i>Me siento nervioso</i>					

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA

6ª SESIÓN - SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Todos sabemos que la vida de cualquier persona está llena de problemas que requieren una solución práctica. Pero, cuando una persona padece fibromialgia, a los problemas diarios deben sumarse aquellos derivados del padecimiento de este trastorno crónico. Una actitud positiva ante el dolor y los demás síntomas de la fibromialgia implica considerarlos como problemas que requieren la búsqueda de soluciones y su puesta en práctica.

Para comenzar vamos a definir lo que entendemos como un problema. Cuando hablamos de un problema nos referimos a aquella situación real, presente o futura, que no coincide con la que se desea, y para la que, en principio, no se encuentra solución. Para llegar a la solución lo primero será encontrar la forma de cambiar la situación problemática y, a continuación, poner en práctica la solución elegida. A través de la estrategia de solución de problemas aprenderá, en esta sesión de tratamiento, a solucionar la mayoría de los problemas que ocurren en su vida. Sin embargo, a veces no nos resulta posible cambiar la situación problemática; en estos casos la mejor solución de nuestro problema será cambiar lo que pensamos y sentimos ante dicha situación, aspecto que será tratado en la próxima sesión.

La solución de problemas es una habilidad que nos ayudará en la toma de cualquier tipo de decisiones, pero, como toda habilidad, necesita ser aprendida y practicada. Este aprendizaje requiere que sigamos, de forma progresiva, las cinco fases que a continuación se detallan:

1ª Fase: Identificar los problemas

El primer paso para poder afrontar un problema es reconocer que se tiene dicho problema. Por eso, para poder llegar a la solución más acertada para nuestros problemas, lo primero que debemos hacer es darnos cuenta de que existen. En estos casos lo más beneficioso es adoptar una actitud positiva que nos lleve a aceptar que los problemas son normales en la vida de cualquier persona, que son inevitables en muchas de las ocasiones y, que si nos esforzamos, podremos hacerles frente eficazmente.

Como ya hemos comentado, los pacientes de fibromialgia deben tener en cuenta que, a los problemas normales de cualquier persona, deben añadir los derivados del padecimiento y las limitaciones que supone esta enfermedad. Nadie mejor que usted conoce los problemas que se derivan de su trastorno, por eso, la primera tarea que le pedimos es que se centre en ellos, y elabore una lista en la que apunte cada uno de los problemas que usted querría solucionar, pero que no sabe muy bien cómo hacerlo.

Para facilitar esta tarea de identificación de sus problemas, la semana pasada se le dio una lista en la que se recogen las diferentes áreas en las es frecuente que a todos se nos presenten problemas. Además de los problemas ya especificados, se le pedía que añadiera en los espacios en blanco aquellos problemas que usted querría resolver. Vamos a empezar a practicar este ejercicio con uno de los problemas de dicha lista.

2ª Fase: Definir el problema.

En esta etapa el objetivo es describir con detalle y de la forma más clara posible la situación problemática. Las siguientes preguntas pueden ayudarle a clarificar los diferentes aspectos del problema:

- ¿Quién es el que tiene el problema?
- ¿En qué consiste dicho problema?
- ¿Desde cuándo tengo este problema?
- ¿Por qué esa situación es problemática para mí?
- ¿A qué aspectos de mi vida afecta este problema?
- ¿A qué otras personas afecta?

Con las contestaciones a las preguntas anteriores tenemos suficientes datos para definir el problema de una forma tan clara que cualquier persona, incluso una totalmente ajena al problema, pudiera entenderlo.

Vamos a practicar esta fase con uno de los problemas de la “Lista Personal de Problemas”, más frecuentemente señalado por los pacientes de fibromialgia:

Supongamos que la frase *“al final de la jornada me encuentro agotado”* figura con una puntuación de 5 (es decir, un alto grado de malestar) en la lista personal de María. Se trata de una mujer de 42 años, casada con 2 hijos varones de 14 y 16 años, que está diagnosticada de fibromialgia desde hace 7 años. Además de ocuparse de las tareas domésticas, María es dueña de una pequeña tienda de ropa infantil que ella personalmente atiende durante todo el horario comercial. Además de atender a las clientas, debe ocuparse de las compras (atender a los representantes, hacer los pedidos, controlar los envíos, etc.) y llevar las cuentas del comercio (ingresos, gastos, pagos a proveedores, etc.).

María suele levantarse a las 7h., porque dice que por la mañana le cuesta mucho trabajo desentumecerse y empezar a hacer las cosas; pero necesita madrugar porque si no, no le daría tiempo a dejarse la casa arreglada y la comida hecha antes de abrir la tienda. Además, ocupa la mayor parte del domingo en lavar y planchar para dejar lista la ropa de toda la semana. Dice que si no lo hiciera así, la casa sería una “cochiquera”, ya que sus hijos son un desastre, su marido pasa fuera de casa tantas horas como ella, y además, cuando María llega a casa por la noche suele estar tan agotada (su principal queja), que tiene las fuerzas justas para hacer la cena y tumbarse en el sillón. Está tan cansada que no le apetece ninguna de las actividades de las que antes disfrutaban todos juntos por las noches: charlar con su marido e hijos, hacer planes para algún fin de semana o las vacaciones, seguir la marcha de los estudios de sus hijos, meterse en sus bromas, discusiones y polémicas, etc.

Con estos datos, vamos a ver cómo habría contestado María a las preguntas que le ayudarán a definir adecuadamente el problema:

- ¿Quién es el que tiene el problema? Principalmente yo, aunque mi marido y mis hijos también lo sufren.

- ¿En qué consiste dicho problema? En que me agoto tanto durante el día, que por la noche ya no tengo fuerzas para disfrutar de mi familia.
- ¿Desde cuándo tengo este problema? Creo que desde que empecé con la fibromialgia, aunque últimamente está aumentado más mi agotamiento.
- ¿Por qué esa situación es problemática para mí? Porque el agotamiento me hace sufrir. Además, el ver que por estar tan agotada me estoy perdiendo muchas de las situaciones familiares de las que antes disfrutaba, todavía me hace sufrir más.
- ¿A qué aspectos de mi vida afecta este problema? A mis relaciones como esposa y como madre. También a mi vida personal, ya no tengo tiempo de hacer nada para mí misma (merendar con mis amigas, ir a la esteticista, tumbarme a leer, etc.)
- ¿A qué otras personas afecta? Creo que a mi marido y a mis hijos, porque cada vez charlamos menos y nos distanciamos más.

Una vez respondidas estas preguntas, María podría definir el problema como sigue:

Mi problema es que desde que empecé con la fibromialgia me agoto tanto durante el día que por la noche no tengo fuerzas para disfrutar de mi familia. Este problema me hace sufrir y me está afectando tanto a nivel personal como en mis relaciones como esposa y madre. Además, creo que a mi marido y a mis hijos también les está afectando y que cada vez nos estamos distanciados más.

3ª Fase: Búsqueda de soluciones.

En esta fase nuestra tarea consiste en buscar el mayor número de alternativas posibles para solucionar el problema. Al buscar las posibles soluciones conviene ir apuntándolas tal como acuden a nuestra cabeza, intentando plasmarlas de la manera más clara y concreta posible, pero sin detenernos todavía a pensar si son o no factibles o si resultan adecuadas para solucionar el problema, ya que la tarea de juzgar cada una de las alternativas la realizaremos en la próxima fase. En esta fase sólo se trata de buscar alternativas, y cuantas más generemos más posibilidades existen de que alguna de ellas pueda resultar eficaz, por lo tanto deben ser lo más variadas y creativas posibles.

En el ejemplo anterior, algunas de las soluciones que María podría haber apuntado serían las siguientes:

- *Cerrar definitivamente la tienda.*
- *Cerrar la tienda por las tardes y los sábados.*
- *Contratar a una dependienta por las tardes.*
- *Contratar a una dependienta todo el día.*
- *Coger una asistenta para las tareas de casa, tres días a la semana.*

- Meter una chica fija en casa.
- Pedir a mis hijos que colaboren más en las tareas de casa.
- Repartir las tareas de casa entre los cuatro y yo hacer sólo mi parte.
- Dejar las tareas de casa sin hacer, aunque nos coma la mugre.

4ª Fase. Valorar las soluciones y elegir la más adecuada.

En esta fase es cuando debemos valorar cada una de las soluciones producidas en la fase anterior, para así decidir cuál puede ser la más adecuada para solucionar nuestro problema. La tarea de esta fase consiste en valorar por separado, es decir para cada una de las alternativas, cuáles son las ventajas y los inconvenientes de dicha alternativa. Se trata en definitiva de ir imaginando que tomamos cada una de las soluciones propuestas, y considerando cada alternativa por separado, y como “posible solución”, valorar (de 0 a 10) los pros y los contras que nos supondría poner esa alternativa en marcha. Siempre debe considerarse que 0 equivale a ninguna ventaja (o inconveniente) y 10 a la mayor ventaja (o inconveniente).

Veamos la posible valoración que María haría de dos de las alternativas más factibles: “repartir las tareas de casa entre los cuatro y yo hacer sólo mi parte” y “coger una asistenta para las tareas de casa, tres días a la semana”.

Posible Solución: <i>Repartir las tareas de casa entre los cuatro y yo hacer sólo mi parte.</i>			
VENTAJAS	0-10	INCONVENIENTES	0-10
- Si los chicos se recogen cada uno su habitación, yo ahorro media hora que podría levantarme más tarde.	7	- Para conseguir este reparto tendría que enfrentarme a mis hijos.	8
- Tendría más tiempo por la mañana para mi arreglo personal.	6	- Mi marido no tiene costumbre de cocinar y le costaría mucho esfuerzo.	7
- No llegaría a la tienda ya cansada por la mañana, y así me cansaría menos al final del día.	8	- Mi marido también llega a casa muy cansado y no le apetecería hacer la cena.	9
- Si mi marido hace toda la compra el sábado por la mañana no tendría que comprar cada día un poco.	10	- Si mi marido hace la compra el sábado no le queda día libre para ir a casa de su madre.	10
- Si mi marido hace la cena me agotaría menos por la noche.	10	- Mi marido y mis hijos estarían descontentos con el cambio.	8
- Si no estoy tan cansada a última hora, tendría tiempo y ganas de charlar con ellos.	10	- Las cosas no estarían tan a mi gusto como ahora.	7
TOTAL + 51		TOTAL - 49	
Puntuación Total: 51 – 49 = 2			

Veamos la valoración de la otra posible solución:

Posible Solución: <i>Coger una asistenta para las tareas de casa, tres días a la semana.</i>			
VENTAJAS	0-10	INCONVENIENTES	0-10
- Podría levantarme más tarde.	7	- Es muy difícil encontrar a alguien de confianza.	8
- Antes de ir a la tienda tendría más tiempo para mi arreglo personal.	6	- Tendría que dejar mis cosas en manos de una extraña.	7
- Podría dejar hechas las cenas, y así por la noche sólo tendría que calentarla.	9	- Me costaría mucho dinero.	10
- No llegaría a la tienda ya cansada por la mañana, y así me cansaría menos al final del día.	8	- Mi marido y mis hijos notarían el cambio.	5
- No tendría que dedicar los domingos a lavar y planchar.	10	- Las cosas no estarían tan a mi gusto como ahora.	7
- Podríamos volver a salir los fines de semana.	8		
- Para mi marido y mis hijos el cambio sería mínimo.	5		
TOTAL + 53		TOTAL 37	
PUNTUACIÓN TOTAL: 53 – 37 = 16			

Tras la valoración de estas dos alternativas puede observarse que, a pesar de las grandes ventajas que le ofrece la primera de las soluciones, la alta valoración de sus inconvenientes hace que sea una opción a desestimar, al menos tal como se plantea en este momento. Por el contrario, en la segunda de las alternativas, aunque la valoración de las ventajas es similar, los inconvenientes son mucho menores, por lo que parece ser la opción más recomendable en estas circunstancias.

Este mismo método debería llevarse a cabo con todas y cada una de las alternativas de nuestra lista, para al final poder decidir cuál es la alternativa que ofrece más ventajas y menos inconvenientes de todas las alternativas valoradas.

5ª Fase: Aplicar la solución elegida y valorar el resultado.

Una vez tomada la decisión de cuál de las alternativas es la elegida, nuestro siguiente paso será elaborar el plan que, poco a poco, nos vaya conduciendo a conseguir dicha solución. Este plan de acción debe ser un plan práctico, especificando paso a paso cada una de las decisiones intermedias que se deben

tomar para llegar a la solución final. En el ejemplo de María, se deberían planear aspectos como:

- Fijar los recursos económicos que se dispone para contratar a la asistenta;
- concretar las personas de contacto, instituciones o revistas a las que María podría consultar para buscar a alguien de confianza;
- preparar los argumentos que plantearía a su marido e hijos ante la toma de esta decisión;
- preparar a la paciente para afrontar el hecho de no tener todas las tareas de casa "a su gusto".

Una vez llevada a cabo la opción elegida, deberemos revisar el grado de utilidad que ésta ha tenido (o está teniendo). Es decir, deberemos valorar si la solución elegida está resultando eficaz para resolver nuestro problema.

Cuando la solución elegida nos lleve a alcanzar el objetivo propuesto y, por tanto, a resolver el problema, es importante felicitarlo por ello. Es una buena ocasión para adoptar una perspectiva constructiva y positiva y recordar que cualquier situación difícil puede ser mejorada en mayor o menor medida; que cualquier problema, por difícil que sea, tiene una solución posible, aunque sólo sea parcial.

En otros casos nos encontramos que, a pesar de la aplicación de la opción que parecía más adecuada, no se consigue resolver el problema. En este último caso debemos adoptar, también, una perspectiva positiva y constructiva, puesto que es humano cometer errores, y además, de los errores podemos aprender incluso más que de los aciertos. Este será el momento de revisar el proceso de solución de problemas que adoptamos en su momento y volver nuevamente a valorarlo. En este caso le sugerimos que vaya revisando el proceso en orden inverso a como fue formulado, es decir primero la Fase 5ª para ver si nuestro fallo está en la aplicación del plan de acción. Si no es así se pasaría a la Fase 4ª para ver si cometimos errores en la valoración de las opciones y en la toma de decisiones. Si no se encuentra el error se pasaría a revisar, y si es preciso reformular, la búsqueda de opciones alternativas. Finalmente, si en ninguna de estas fases se ha encontrado el fallo, deberíamos plantearnos la necesidad de revisar y reformular la definición del problema.

Lo normal es que al efectuar este proceso de revisión encontremos fallos en la formulación de las fases finales, sobre todo a la hora de ejecutar el plan de acción para llevar a cabo la alternativa elegida, y al valorar los pros y contras de las diferentes opciones. En estos casos es bueno tener en cuenta que, a veces, resulta adecuado plantearse una nueva alternativa, fruto de la combinación de algunas de las alternativas mejor valoradas.

La técnica de solución de problemas, como cualquier otra estrategia que haya aprendido en su vida, necesita ser practicada para llegar a dominarla. Por tanto le recomendamos que inicialmente la practique con los diferentes problemas que haya apuntado en su Lista Personal de Problemas, empezando por

aquellos que menos malestar le producen. Según la vaya dominando estará en condiciones de aplicarla y así solucionar, la mayoría de los problemas que ocurren en su vida. Sin embargo, recuerde que, a veces, hay problemas especialmente

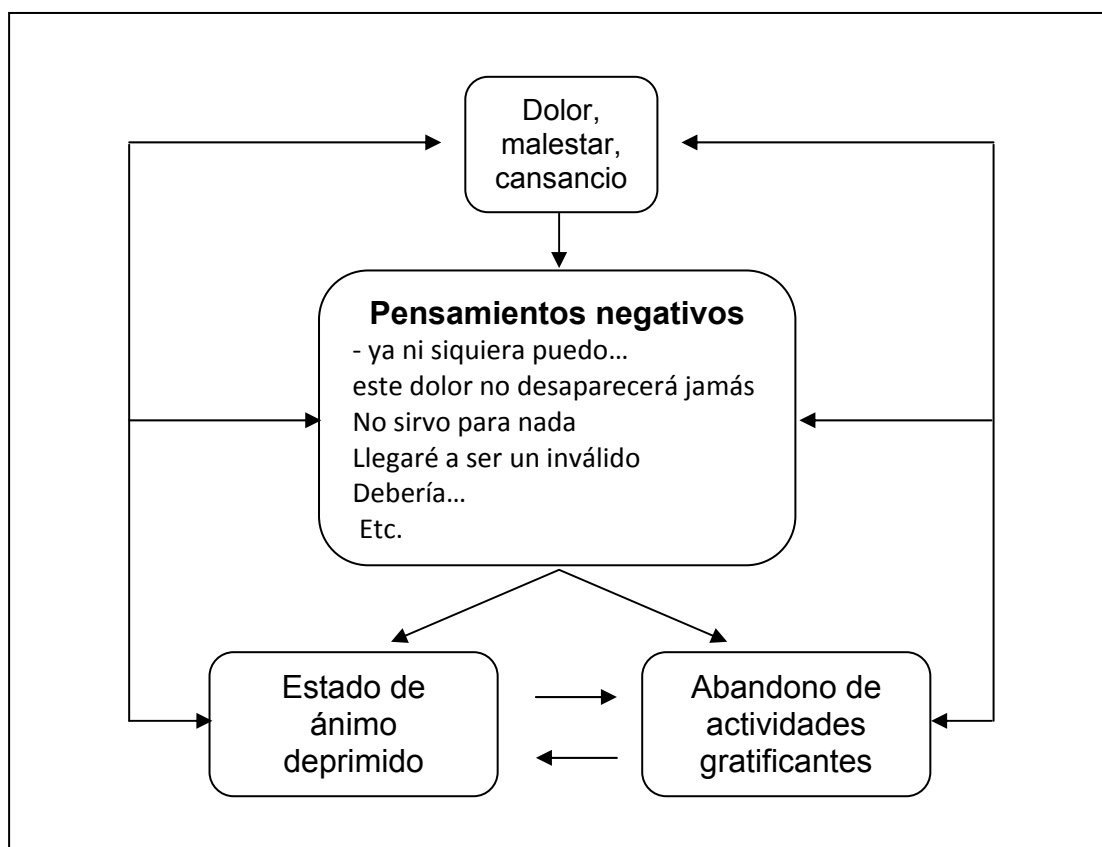
difíciles de solucionar, ya que no es posible cambiar la situación que los origina. En estos casos, como verá en la próxima sesión, una de las posibles soluciones será cambiar nuestra forma de afrontar dicho problema, básicamente modificando lo que pensamos o sentimos ante dicha situación

TAREAS DE LA SEMANA:
<ul style="list-style-type: none">▪ Siga identificando los problemas que desee resolver, y vaya apuntándolos en su Lista Personal de Problemas.
<ul style="list-style-type: none">▪ Comience a aplicar las diferentes fases de la Solución de Problemas con aquellos problemas de su lista valorados con menos grado de malestar.
<ul style="list-style-type: none">▪ Según vaya practicando estará en disposición de ir abordando los problemas que mayor grado de malestar le ofrecen.
RECUERDE:
<ul style="list-style-type: none">▪ Continuar registro diario de actividad y relajación.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir practicando la relajación: para disminuir su tensión muscular, para cortar su ansiedad desde el inicio, para facilitar el sueño.
<ul style="list-style-type: none">▪ Cortar su ansiedad, nerviosismo o irritación con respiraciones lentas y profundas (respiración tranquilizadora), en los primeros síntomas, incluso antes de que aparezcan.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir regulando su patrón de actividad utilizando las estrategias más adecuadas para ello.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir practicando la “higiene del sueño”.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 7ª SESIÓN - PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Como hemos ido viendo a lo largo de las sesiones previas, en el dolor y demás síntomas y problemas que sufren los pacientes de fibromialgia, como en todos los trastornos de dolor crónico, están implicados numerosos factores, unas veces aliviando, otras empeorando los síntomas que se perciben. En sesiones anteriores hemos ido abordando la mayoría de dichos factores; en esta sesión vamos a ocuparnos de los factores mentales, es decir, de los pensamientos, la interpretación y el significado que se da al dolor y demás síntomas que se padecen.

Para comenzar vamos a retomar uno de los círculos viciosos que formaban parte de la figura de la primera sesión que representaba todas las relaciones que se establecen entre el dolor y los pensamientos, sentimientos y acciones. Es el círculo que une el dolor y demás síntomas de la fibromialgia con el estado de ánimo deprimido, a través de los pensamientos negativos.



Cuando se padece un problema de dolor crónico, como es la fibromialgia, es frecuente que se piense y se valore continuamente la experiencia de dolor y demás síntomas. Aunque estos pensamientos y valoraciones son diferentes en función de las personas, tienen una serie de características comunes:

- Son siempre, o casi siempre, negativos y derrotistas, por ejemplo, se centran en las cosas que no se pueden hacer (“*ya ni siquiera puedo limpiar los cristales; lavar el coche, etc.*”).
- Predicen que el dolor no les abandonará nunca (“*este dolor no desaparecerá jamás*”).
- Ayudan a convencer al paciente de su inutilidad o falta de valía por el hecho de tener dolor (“*soy un inútil*”, “*no sirvo para nada*”).
- Suelen ser también exagerados y catastrofistas, centrándose en el más mínimo detalle que le haga percibir su vida como un desastre, sólo por el hecho de padecer el dolor o cualquier otro síntoma de la enfermedad.
- A veces se centran en adivinaciones de futuro, para las que, lógicamente, no se tiene ninguna prueba, por ejemplo pensamientos sobre la posibilidad (a veces la certeza) de que con el tiempo llegará a ser un inválido, etc.
- Muchos de ellos son imperativos, es decir se refieren a exigencias sobre cómo deberían ser o hacerse las cosas (“*debería ir a trabajar*”, “*tendría que tener la casa más recogida*”).

Si nos fijamos en el círculo vicioso del recuadro, vemos que, además de la flecha que relaciona el dolor con los pensamientos negativos, existe otras flechas que relacionan éstos con lo que hacemos, o mejor dicho lo que dejamos de hacer (actividades gratificantes) y con lo que sentimos (tristeza, apatía). Es decir, que los pensamientos negativos influyen en nuestro estado de ánimo, haciendo que nos sintamos deprimidos. A su vez, la tristeza y apatía propias del estado de ánimo deprimido, hace que se abandonen aquellas actividades que antes nos resultaban agradables o placenteras.

El problema añadido es que, al dejar de hacer aquello que nos gusta, por la tristeza y apatía, dejamos de recibir la satisfacción que antes nos producían aquellas actividades, por lo que nosotros mismos provocamos un nuevo deterioro de nuestro estado de ánimo, sintiéndonos todavía más tristes y deprimidos (por eso se representa una doble flecha entre el abandono de actividades y el estado de ánimo).

Evidentemente, pensar de una manera negativa, catastrofista, derrotista, influye en nuestro estado de ánimo y en lo que hacemos o no, haciendo que nos “**sintamos y hagamos según pensamos**”, (más tristes, más inútiles, más acobardados por el dolor y las secuelas de la enfermedad, abandonando aquellas actividades agradables, etc.). Y, como puede ver en el recuadro, las flechas en sentido inverso señalan que, cuanto más deprimido se está y cuánto más actividades agradables o placenteras se han abandonado, más pensamientos negativos acuden a nuestra cabeza y, lo que es peor, menos tolerancia se tiene al dolor y demás síntomas de la fibromialgia. Es decir, **cuando más deprimido se está y menos se disfruta con lo que se hace más malestar se siente**.

Vamos a detenernos en este punto, en **el peligro de los pensamientos negativos**, porque es muy importante. Estos pensamientos y valoraciones negativas sobre uno mismo, pueden tener **efectos muy perjudiciales** si se siguen manteniendo durante mucho tiempo porque:

- Tienen a centrar la atención en el dolor y en su incapacidad para controlarlo, con lo que aumentan la preocupación, la desesperanza y el propio malestar.
- Impiden que se pongan en marcha estrategias y respuestas para intentar controlar y aliviar dicho malestar.

- Disminuyen la autoestima, es decir, la confianza en uno mismo y en su capacidad para hacer frente al malestar, con lo que aumentan los sentimientos de indefensión y de tristeza.

Pero, además de la nula utilidad de estos pensamientos, existe otro aspecto importante que debemos analizar, **la falta de veracidad** de muchos de los pensamientos negativos. La mayor parte de los pensamientos negativos que nos vienen a la cabeza lo hacen casi sin que nos demos cuenta, son automáticos; y lo que es más importante, los dejamos que entren en nuestra cabeza, que nos acompañen, sin cuestionarnos si son o no verdad. Dejamos que influyan en nuestro estado de ánimo, que nos sintamos mal, sin detenernos tan siquiera a cuestionar su veracidad o falsedad.

Pero si se detiene a analizar estos pensamientos podrá darse cuenta de que muchos de ellos no corresponden fielmente a la realidad, sino que son exageraciones de la situación a la que se refieren. ¿Recuerda el poema que dice que todo depende “*del color del cristal con que se mira*”? Pues en este caso es como si usted se hubiera puesto unas gafas que le hicieran verlo todo negro y sólo le permitieran fijarse en lo negativo que le rodea, en lo que está mal, en lo triste.

Siguiendo con los ejemplos iniciales, si usted se pone las gafas de verlo todo negro, efectivamente podrá observar cómo, por ejemplo, ahora le cuesta mucho trabajo limpiar los cristales o lavar el coche. Por eso se dice a sí mismo, en automático: “*ya ni siquiera puedo limpiar los cristales, o lavar el coche*”, pensamiento que, evidentemente, le hace sentirse triste y deprimido.

Pero si usted se quita el filtro negro de las gafas, ese filtro que le impide ver otras cosas de su alrededor, podrá fijarse en aquello que todavía es capaz de hacer a pesar de la fibromialgia. Y, lo que es más importante, si se fija en lo que todavía es capaz de hacer, podrá alegrarse por ello y ponerse “manos a la obra”. En vez de pensar en lo que no puede hacer, se pondrá a hacer aquello que, adaptado a su problema y a sus circunstancias personales, todavía puede hacer. Fíjese en el cambio:

- El pensamiento negativo (*pensar en lo que no puede hacer*) le pone triste y deprimido y le hace quedarse sin hacer nada.
- El pensamiento positivo (*pensar en lo que todavía puede hacer*) le pone alegre y le da fuerzas para ponerse “manos a la obra”.

Vamos a ver paso a paso cómo podemos **ROMPER EL CÍRCULO VICIOSO** entre dolor, pensamientos negativos, estado de ánimo deprimido y abandono de actividades gratificantes. Es decir, vamos a ver cómo detectar los pensamientos negativos y sustituirlos por otros positivos. Para ello puede usted seguir la siguiente secuencia:

1. Lo primero es descubrir los diferentes pensamientos que se le pasan por la cabeza en los momentos en los que está sufriendo el dolor o cualquier otro síntoma, o bien cuando se encuentre más abatido o desanimado.
2. Una vez localizados estos pensamientos, debe identificar aquellos que sean negativos, es decir, pensamientos exagerados, derrotistas, catastrofistas, etc. Para identificarlos puede hacerse las siguientes preguntas para cada uno de los

pensamientos localizados:

- *¿Me incita este pensamiento a poner en marcha soluciones para afrontar el dolor y los demás síntomas de la enfermedad?*
- *O, por el contrario, ¿aumenta mi preocupación?*

- *¿Me hace sentir mejor respecto a mi problema?*

- *O, por el contrario, ¿me hace sentirme más indefenso frente al dolor y los demás síntomas?*

Cuando sus respuestas le indiquen que un pensamiento no le sirve para solucionar su problema ni para sentirse mejor y, por el contrario, le señalen que dicho pensamiento aumenta su preocupación e indefensión frente al dolor, tendrá usted la certeza de haber identificado un pensamiento negativo.

3. Una vez delimitados los pensamientos negativos, el siguiente paso va a ser intentar **cambiar estos pensamientos por otros más realistas, positivos y constructivos**. Es decir, por otros pensamientos que le animen a poner en marcha estrategias para controlar el malestar que le produce su enfermedad. Estos nuevos pensamientos, además, contribuirán a que disminuya la sensación de no poder hacer nada para controlar su trastorno.

Vamos a ver un **ejemplo de cambio de pensamiento negativo a positivo**, y algunos consejos para conseguirlo:

- Imagínese que está dándose cuenta de que su dolor está aumentando. En esta situación una respuesta bastante frecuente es la de centrarse en lo que no puede hacer para controlar su malestar (pensamiento negativo e improductivo). En vez de ello, puede centrarse en pensar en las estrategias que ya ha aprendido y que puede utilizar para intentar aliviar dicho malestar (pensamiento positivo).

Algunos pensamientos positivos que puede decirse a sí mismo en esta situación son: *“Voy a utilizar la relajación para reducir la tensión muscular y así estaré luego menos cansado y podré dormir mejor”,* o *“Si reduzco mi tensión muscular con la relajación, tendré menos malestar y de paso estaré menos nervioso y angustiado”.*

- Si una temporada nota que está mucho más agobiado por el trabajo y/o la casa, que tiene demasiadas cosas que hacer y no sabe ni cómo empezar, es probable que le vengan a la cabeza pensamientos catastrofistas sobre lo inútil que se siente ahora, lo “mucho” que antes hacía, y lo “poco” que ahora es capaz de hacer por culpa de la enfermedad; o lo insoportable que es acabar el día con tanto cansancio y sin haber podido acabar todas las tareas.

En vez de estos pensamientos negativos, resulta mucho más productivo centrarse en aquellas cosas que “realmente” hace y puede seguir haciendo, y ajustar los planes a su situación actual. Ejemplo: *“Voy a organizar mis tareas de mañana, así por la noche no me encontraré derrotado y dolorido”,* o *“Voy a decidir cuáles son las tareas prioritarias, y posponer las menos importantes, así me sentiré menos agobiado”.*

- Es importante que no se limite sólo a pensar, a hacer planes, sino que pase del pensamiento positivo a la acción. Es decir, que tras pensar que sería bueno utilizar una determinada estrategia, se ponga “manos a la obra”, y la lleve a cabo:
 - Si ha pensado que lo mejor es relajarse.... ¡Relájese!
 - Si ha decidido organizar sus tareas.... ¡Empiece ya a organizarlas!
- Recuerde que puede utilizar cualquiera de las estrategias que ha aprendido y que en ese momento usted considere va a ser práctica para controlar su dolor, para mejorar su cansancio o cualquier otro síntoma de su enfermedad.

Es posible que este intento de cambiar los pensamientos negativos por otros positivos, le resulte difícil, sobre todo al principio. Pero, si sigue insistiendo en cambiarlos, poco a poco verá cómo cada vez le cuesta menos trabajo encontrar el pensamiento positivo adecuado y, con la práctica, llegará el momento en que piense automáticamente en positivo, sin necesidad de esfuerzo.

En estos primeros momentos le recordamos una estrategia que puede favorecer ese cambio:

- Elabore una lista de frases positivas relacionadas con el dolor. Pueden ser frases similares a las que haya aprendido y practicado en la sesión, o cualquier otra que a usted se le ocurra.
- Debe leer esta lista varias veces al día. Para ello lo más cómodo es que elija un sitio bien accesible en el que colocar la lista, y que visite varias veces al día (por ejemplo, la puerta de la nevera). Si no quiere que sus familiares la vean, otra alternativa es meter la lista en su monedero o en cualquier otra parte que usted mire frecuentemente.

Recuerde que el objetivo final es conseguir **UNA ACTITUD POSITIVA, REALISTA Y CONSTRUCTIVA** frente al dolor y los demás síntomas de la enfermedad. Esta actitud positiva le permitirá **CENTRAR LA ATENCIÓN EN AQUELLO QUE USTED PUEDE HACER**, y le motivará a poner en práctica aquellas estrategias que ha aprendido para controlar su dolor y los otros síntomas.

Finalmente vamos a ocuparnos de otro tema que tiene una decisiva influencia en la mejora del estado de ánimo: **la realización de actividades gratificantes**. En la sesión 4ª, al abordar el tema de la realización de actividades ya vimos cómo es muy frecuente que el padecimiento de la fibromialgia afecte tanto al tipo como a la cantidad de actividades que se realizan o más bien que se dejan de hacer. De hecho, uno de los aspectos en los que más suele notarse este cambio en el patrón de actividades, es en el abandono de muchas de aquellas actividades que antes nos resultaban gratificantes.

Cuando hablamos de actividades gratificantes nos referimos a aquellas actividades que siempre nos han gustado, que nos resultan agradables, entretenidas, divertidas, placenteras. Pueden ser actividades que hemos abandonado por culpa del trastorno, o bien aquellas otras que, aunque están a nuestro alcance y nos gustaría realizarlas, no nos decidimos a iniciar por miedo a que puedan empeorar nuestros síntomas, o simplemente porque nos encontramos tristes y sin ganas de hacer nada en especial.

Es un hecho comprobado que, cuando se está triste y deprimido, se pierdan las ganas y el interés por realizar actividades que antes nos resultaban gratificantes. También está comprobado que el abandono o la disminución de las actividades agradables fomenta el aburrimiento e incrementa, a su vez, el estado de ánimo deprimido. Y, como usted ya conoce, al aumentar la tristeza y la apatía, disminuye nuestra capacidad para soportar el dolor y enfrentarse al él. Éste es otro punto por el que se puede romper el círculo vicioso que vimos al inicio de la sesión: **aumentando cada día el número de actividades placenteras que realiza.**

No tienen que ser actividades complejas o que cuesten mucho esfuerzo o tiempo, por ejemplo: prepararse algún postre especial, charlar con un amigo, hablar por teléfono, leer un libro, participar en alguna obra benéfica, ir a tomar un refresco con un amigo, salir al cine con tu pareja, etc.

Recuerde que las actividades agradables a recuperar y/o fomentar puede ser:

- Cualquier actividad que antes nos gustaba y que hemos abandonado por culpa del trastorno. Aunque cada persona debe buscar los ejemplos de actividad más adecuados a su caso, un ejemplo muy representativo de este tipo de actividad es ir al baile. Es frecuente que aquellos pacientes de fibromialgia amantes del baile nos digan (en tono depresivo) que ahora les resulta imposible bailar como antes. Este hecho, aun siendo cierto en muchos casos, no impide el que ahora sigan pudiendo acudir al baile a disfrutar con el ambiente: oír música, ver cómo otros bailan, disfrutar de la compañía de la pareja o amigos, tomar unas copas o refrescos juntos, e incluso bailar algunas piezas más lentas o más espaciadas, descansando entre ellas.
- Pequeñas actividades agradables que, aunque están a nuestro alcance y nos gustaría realizarlas, no nos decidimos a iniciar por miedo a que puedan empeorar nuestros síntomas, o simplemente porque nos encontramos tristes y sin ganas de hacer nada en especial. Seguro que en su vida existen numerosos ejemplos de estas pequeñas actividades que pueden alegrar su día a día. Lo importante es que cada persona encuentre las actividades más apropiadas a sus condiciones de vida.

TAREAS DE LA SEMANA:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descubrir los pensamientos que se le pasan por la cabeza cuando tiene dolor, malestar, cansancio o se encuentra abatido.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar si se trata de pensamientos negativos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez delimitado cada pensamiento negativo, intentar cambiarle por un pensamiento alternativo que sea positivo, realista y constructivo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuperar y fomentar actividades agradables.
RECUERDE:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar registro diario de actividad y relajación.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir practicando la relajación: para disminuir su tensión muscular, para cortar su ansiedad desde el inicio, para facilitar el sueño.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cortar su ansiedad, nerviosismo o irritación con respiraciones lentas y profundas (respiración tranquilizadora), en los primeros síntomas, incluso antes de que aparezcan.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir regulando su patrón de actividad utilizando las estrategias más adecuadas para ello.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir practicando la “higiene del sueño”.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir empleando la técnica de solución de problemas.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 8ª SESIÓN - LA FOCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y LAS QUEJAS EN EL MANTENIMIENTO DEL MALESTAR

En un problema crónico como es la fibromialgia es frecuente que, según va pasando el tiempo sin que mejore el malestar, la persona que lo padece tienda a aumentar la atención que presta al dolor y demás síntomas de su enfermedad. Esta atención focalizada en el dolor y demás síntomas suele conducir, por ejemplo, a analizar detalladamente todas las sensaciones asociadas al malestar: dónde duele, cómo es ese dolor; qué zona se tiene rígida, a qué otras zonas se extiende la rigidez, etc.

También es frecuente que la persona empiece a preocuparse por las causas que provocan el dolor y los demás síntomas, por las dificultades y limitaciones que le impone y por las consecuencias que tendrá para su futuro.

A medida que aumentan la atención y preocupación por el dolor, por la rigidez, por el cansancio, etc. es habitual que disminuya el interés y la atención que prestan a otras actividades, a otras áreas de su vida. La fibromialgia empieza a ser un tema frecuente en sus pensamientos y en sus conversaciones con otras personas. Se habla del dolor que se padece, de las medicinas que se toman, de los médicos a los que se visita, de las limitaciones e incapacidad que conlleva la enfermedad. En definitiva, gran parte de la vida del paciente “gira en torno a la fibromialgia”.

Esta atención excesiva a la enfermedad, lo que llamamos focalización de la atención en la enfermedad, es muy frecuente en los procesos que ya están cronificados. Sin embargo, su frecuente uso no significa que se trate de una estrategia adecuada para aliviar el malestar. Muy por el contrario, tiene efectos perjudiciales ya que contribuye a aumentar el propio dolor y demás síntomas que se padecen, además de producir otros efectos negativos tanto en nuestro estado de ánimo como en las relaciones con las demás personas.

La atención es como una lupa que amplía todo aquello sobre lo que se pone, resaltándolo y agrandándolo, todo lo demás queda en un segundo plano empequeñecido y sin importancia. Este efecto de “ampliación del dolor” es uno de los responsables de que se abra la puerta y lleguen más mensajes de dolor hasta el cerebro. Recuerde, **cuanto más se atiende al dolor, más se abre la puerta y más dolor se siente.**

Por tanto, si la atención focalizada en el dolor abre la puerta (amplía el dolor), para cerrar la puerta al paso del dolor (controlarlo) deberemos focalizar nuestra atención en otras actividades que sepamos van a ayudar a cerrar la puerta. Es decir, se trata de apartar nuestra mente del dolor, del malestar y centrarla en alguna otra actividad o pensamiento que nos entretenga, por ejemplo realizando actividades que nos interesen o nos diviertan, recuperando tareas y quehaceres que habíamos abandonado por la enfermedad o manteniendo conversaciones sobre otros temas.

Como hemos dicho, gran parte de la vida del paciente “gira en torno a la fibromialgia”, por lo que esta excesiva focalización se refleja también en sus relaciones con los demás ya que la enfermedad es uno de los principales temas de conversación, de discusión, comentario o de queja. Pero lo curioso es que, con esas conversaciones o con esas quejas, lo que se hace es dirigir nuevamente la atención al dolor y demás síntomas de la fibromialgia, de modo que se sigue contribuyendo a que la puerta se abra (aún más) al paso del dolor y aumente la cantidad de dolor que se siente.

Además, con el paso del tiempo suele producirse otro fenómeno curioso. Como la fibromialgia es uno de los principales temas de comunicación con las personas conocidas, es normal encontrarse que los comentarios o quejas acerca de la enfermedad inundan tanto sus conversaciones, que incluso llegan a sustituir a la expresión directa y clara de sus deseos o necesidades. En la sesión 6ª vimos cómo un tipo de problemas frecuentes en los pacientes de fibromialgia son los problemas de relación con la familia, problemas que casi siempre derivan, precisamente, de un estilo de comunicación excesivamente focalización en el dolor y otros síntomas de la fibromialgia.

Este fenómeno no se produce de golpe, sino gradualmente, paso a paso y casi sin darnos cuenta. Si usted se detiene a observar detalladamente la forma en que habla o solicita algo a los otros, seguro encontrará algún ejemplo de cómo suele sustituir sus demandas asertivas (es decir la expresión directa de lo quiere hacer), por referencias o comentarios centrados en la fibromialgia, en vez de en sus deseos o intereses.

El hecho de que el dolor, la rigidez, el cansancio, etc., estén presentes en casi todas las conversaciones de los pacientes de fibromialgia, el que se hable de la enfermedad tan a menudo con los familiares y conocidos, puede tener consecuencias diferentes a corto y largo plazo.

- (1) A corto plazo, los comentarios y quejas tienen como objetivo informar a los demás que el malestar está presente y que le hace sufrir. Con ello se consigue que las otras personas le hagan caso, le cuiden y le ofrezcan su ayuda. Evidentemente resulta muy reconfortante recibir y aceptar las palabras de consuelo y de ayuda de los demás.
- (2) A largo plazo, estas quejas y comentarios de dolor, de fatiga, etc., suelen dificultar las relaciones con los demás, alterando sus manifestaciones de afecto y atención. Es posible que empiece a sentir que los demás se alejan de usted, quizá cada vez le presten menos atención y se muestren menos comprensivos. En un intento por recuperar su afecto y su consideración, incluso puede aumentar, sin darse cuenta, sus quejas y comentarios sobre la enfermedad, en vez de expresar directamente aquello que quiere y siente.

Además, utilizar las quejas y comentarios acerca de su enfermedad como forma de comunicación de sus deseos y necesidades tiene un grave inconveniente, ya que lo que de hecho usted está pidiendo a los demás es que “adivinen” lo que en realidad quiere o desea. Recuerde, **sólo con la expresión directa, respetuosa y clara de nuestros deseos y necesidades se consigue que los demás sepan qué es lo que realmente queremos.**

Vemos en definitiva, que focalizar la atención hacia el dolor, produce una serie de efectos negativos tanto a corto plazo (abre la puerta al paso del dolor) como a largo

plazo (altera las relaciones con los demás). Para solucionar este problema va a comenzar a aprender en esta sesión dos estrategias que le permitirán por una parte desviar su atención del malestar y por otra expresar adecuadamente (asertivamente) sus necesidades y deseos, es decir expresar lo que siente y quiere sin recurrir a comentarios acerca de la fibromialgia.

FOCALIZACIÓN EXTERNA DE LA ATENCIÓN

La primera de estas técnicas consiste en concentrarse en estímulos reales que estén fuera de su cuerpo, mientras se encuentra relajado. Esta técnica es útil cuando el dolor es leve o para episodios de dolor fuerte que duren poco tiempo. En esos momentos usted tiene que relajarse y concentrarse en imaginar lo más detalladamente posible, objetos o cosas reales que pueda percibir en el ambiente que le rodea. Pueden ser colores, sonidos, formas, etc.

Es importante que al principio sólo practique esta técnica con niveles de dolor bajos, pues es una técnica difícil de dominar y requiere un alto grado de concentración. Por ello debe usted practicarla muchas veces antes de poder dominarla y saber si es útil o no para usted.

ASERTIVIDAD

La segunda estrategia, la asertividad, es la habilidad de expresar los sentimientos, deseos y opiniones libremente sin agredir a los demás, respetando simultáneamente a ellos y a nosotros mismos. Ya introdujimos la necesidad de desarrollar esta habilidad cuando en la sesión 5ª nos referimos a la comunicación en la pareja como forma de mejorar las relaciones íntimas. En esta sesión se va a desarrollar más ampliamente la importancia de aprender a expresar nuestros deseos, opiniones y necesidades de una forma directa y clara. Como ya hemos visto, con la expresión indirecta de sus necesidades y deseos (por medio del dolor, del cansancio o la fatiga) es difícil conseguir de los demás aquello que pretendemos, puesto que lo normal es que ellos no entiendan qué es lo que queremos en realidad.

Es fácil encontrar que una persona sí es asertiva en una determinada situación pero puede ser totalmente ineficaz en otro tipo de situaciones. **La asertividad es una habilidad que puede aprenderse.**

La primera tarea para aprender esta habilidad, es conocer y distinguir entre los diferentes estilos de comportamiento en sus relaciones con los demás.

- Estilo AGRESIVO: Es el tipo de comportamiento en el que se utilizan, principalmente, las amenazas, las acusaciones o los reproches. Con esta actitud agresiva se intenta intimidar a los demás, sin tener en cuenta sus sentimientos, deseos o derechos.
- Estilo PASIVO o NO ASERTIVO: Es toda forma de comunicación que no defiende los propios derechos e intereses. La persona pasiva no expresa lo que

quiere o bien lo expresa indirectamente pero sin intentar intimidar a la otra persona. Los inconvenientes de esta actitud pasiva es que da pie para que los demás se aprovechen de uno, con el resentimiento y sobrecarga de trabajo y obligaciones que esto supone.

- **Estilo ASERTIVO:** Es todo comportamiento mediante el que se defienden los intereses y derechos propios, se expresan las opiniones libremente, respetando al mismo tiempo la forma de pensar y sentir de los demás. La persona asertiva expresa lo que quiere de forma directa y clara sin intentar intimidar a los demás. El estilo asertivo permite que las personas se controlen mejor a sí mismas y al mismo tiempo controlen mejor las relaciones con los que les rodean, consiguiendo en definitiva estar más satisfechas consigo mismas y con los demás.

Ejemplos de comportamiento asertivo son muchas de las frases que empiezan por: *“lo que yo pienso es que...”*; *“a mi me parece que...”*; *“me gustaría...”*; y que contienen mensaje sencillos a través de los que comunicar, siempre en primera persona, lo que se piensa, siente o cómo se ve la situación, expresado con claridad y sin agredir ni hacer de menos a la otra persona. Entre las características del comportamiento asertivo vamos a fijarnos en las siguientes:

1. Se trata de un comportamiento que debe adaptarse al momento y lugar en el que se realiza. Debe por tanto elegirse bien la situación que resulte más adecuada, tanto para usted como para el que le escucha.
2. Los sentimientos, necesidades o deseos deben expresarse de forma tranquila y directa, sin indirectas ni reproches.
3. Conviene describir la situación, los sentimientos, etc. de la forma más objetiva posible, procurando no evaluar ni juzgar a la otra persona. Como ya se ha dicho, es conveniente utilizar mensajes en primera persona, ya que normalmente evitan que la otra persona se moleste o se ponga a la defensiva.

Por ejemplo, en vez de decir: *“eres un egoísta, tengo un dolor terrible de espalda y no eres capaz de ayudarme ni siquiera a secar los platos”*, puede usted intentar decir: *“me gustaría que me ayudases a secar los platos, así podría terminar antes y sentarnos juntos a descansar”*. Con esta forma de expresarse no se acusa ni se reprocha nada a nadie, simplemente se manifiesta lo que se desea conseguir, o aquello a lo que se tiene derecho.

4. Cuando se trata de pedir que la otra persona introduzca cambios en su comportamiento, es conveniente no exigir más de uno o dos cambios a la vez. Estos cambios se conseguirán más fácilmente si son lo suficientemente razonables y sobre todo si se gradúan adecuadamente, es decir si lo que se pide cada vez resulta fácil y asequible para el otro. Si no se hace así, es posible que se produzca el comportamiento contrario al que se desea.
5. Cuando usted ofrezca algo a cambio de la conducta que le pide a la otra persona, se debe asegurar de que su ofrecimiento resulte deseable para el otro.

6. Es importante ser respetuoso con los derechos de la otra persona, por ejemplo, no “forzarle” a que haga lo que usted quiere, sino comunicarle lo que piensa o desea, y esperar a que actúe en consecuencia.

Antes de empezar a practicar esta forma de comportamiento es conveniente conocer que, aunque la conducta asertiva es apropiada y deseable, en algunas ocasiones puede causar molestias a la otra persona, sobre todo cuando introduzca los primeros cambios en su forma habitual de comportamiento.

Por ejemplo, si sus hijos están acostumbrados a “encontrarse la comida en el plato” cada día, el primer día que les pida su colaboración para poner la mesa o para preparar “la comida de todos”, pueden protestar y rebelarse porque esta tarea les supone una obligación que antes no tenían. Si su demanda, justa desde todo punto de vista, se les argumenta como un mejor reparto de la carga y del tiempo libre entre todos, ahora que todos (ustedes y ellos) se van haciendo más mayores, se estará haciendo una demanda asertiva. Si por el contrario se argumenta que su ayuda es necesaria porque padece usted fibromialgia, no sólo no conseguirá llegar a un funcionamiento adecuado de la casa, sino que además estará perpetuándose en su papel de enferma.

Por tanto, antes de hacer una demanda asertiva, es conveniente valorar las consecuencias que puede tener para las dos partes, y decidir la forma más adecuada en la que debe hacer su petición ofreciendo, si lo considera oportuno, aquellos alicientes que compensen a la otra parte por el esfuerzo que le está exigiendo.

Su trabajo durante esta semana se centrará, por tanto en las siguientes tareas:

- Por una parte, deberá practicar la focalización externa cuando tenga episodios de dolor leves, mientras intenta relajarse lo más profundamente posible. Con la práctica, esta técnica le irá permitiendo soportar episodios de dolor cada vez más severos, consiguiendo apartar la atención del dolor mientras se relaja profundamente.
- Otro punto importante a conseguir es romper el hábito de centrar su atención en la enfermedad, por ejemplo, dejando de hablar de ella con otras personas, no quejándose, no utilizándola como motivo e incluso como excusa para evitar ciertas situaciones, etc. El objetivo, por tanto, es disminuir los comentarios y quejas acerca de la fibromialgia. Esto será más fácil de realizar si introduce algunos cambios en su forma de comunicarse con los demás:
 - Debe usted empezar por no hablar de su enfermedad. Seguro que será capaz de encontrar otros temas de conversación que le distraigan y que sean interesantes tanto para usted como para los otros.
 - Corte educadamente, lo más rápido que pueda, cualquier conversación que se refiera al dolor, al cansancio, etc., cambiando de tema.
 - Pídale a sus amigos y familiares que no le pregunten por su enfermedad, ni por nada que tenga que ver con ella.
 - Pídale también que no hagan caso de ninguna de sus quejas o

demostraciones de dolor o malestar.

- Es importante enseñarles a que le feliciten, alaben y le animen cuando intente hacer alguna de las actividades “perdidas” por culpa de la fibromialgia.
- Intente también enseñarles que deben apoyarle e incluso animarle a descansar y relajarse cuando tenga un día especialmente ajetreado, y siempre antes de que sus actividades le agobien.

Otro objetivo de esta sesión es aprender a **sustituir sus comentarios y quejas de dolor por la expresión directa de sus necesidades y deseos.**

Para conseguir este objetivo debe realizar como tarea para casa la observación, atenta y sincera, de su comportamiento, con el fin de descubrir si existe alguna situación en la que se haya dado cuenta de que utiliza el dolor o cualquier otro síntoma de la fibromialgia, para expresar sus deseos o necesidades.

Una vez localizada alguna situación de este tipo, es decir una situación en la que suele ser poco asertivo, su tarea consistirá en empezar a expresar de forma más precisa y firme sus necesidades, deseos y opiniones, sin utilizar el dolor o los síntomas como excusa. Esta forma de comunicación más asertiva, es el complemento indispensable en su tarea de apartar su atención del dolor, es decir, de conseguir que la fibromialgia deje de ser el centro alrededor del que gira su vida.

Al principio estos cambios suelen resultar muy difíciles, pero si se cuenta con el apoyo y la ayuda de otros será mucho más fácil y rápido. Muy probablemente los otros se alegren de que usted les indique claramente qué es lo que pueden hacer para ayudarle a distraerse de su enfermedad, y así poder aliviarla.

TAREAS DE LA SEMANA:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Practicar la focalización externa de la atención con dolor leve.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar que el dolor, o cualquier otro síntoma, sea el tema central de todas sus conversaciones.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localizar aquellas situaciones en las que emplea el dolor o cualquiera de los síntomas para conseguir algo, en vez de pedirlo asertivamente.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empezar a sustituir este comportamiento inadecuado por expresiones más directas y claras de sus necesidades y deseos. Comience por situaciones fáciles, las que le provoquen menos angustia.
RECUERDE:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar registro diario de actividad y relajación.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir practicando la relajación: para disminuir su tensión muscular, para cortar su ansiedad desde el inicio, para facilitar el sueño.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cortar su ansiedad, nerviosismo o irritación con respiraciones lentas y profundas (respiración tranquilizadora), en los primeros síntomas, incluso antes de que aparezcan.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir regulando su patrón de actividad utilizando las estrategias más adecuadas para ello.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir practicando la “higiene del sueño”.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir empleando la técnica de solución de problemas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir descubriendo e identificando los pensamientos negativos que aparecen en situaciones de mucho dolor o malestar y cambiarlos por pensamientos alternativos, positivos, realistas y constructivos.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 9ª SESIÓN - DETERIORO INTELECTUAL

Dentro de los múltiples problemas que se dan asociados a la fibromialgia, los problemas relacionados con el deterioro cognitivo (es decir del pensamiento, la memoria, la atención, etc.), son de los más molestos e incapacitantes para los pacientes, ya que afectan a muchos aspectos de su vida.

Problemas con el vocabulario, con la pronunciación (memoria verbal), no recordar lo que hemos visto o leído (memoria visual), problemas al realizar cálculos numéricos, no ser capaz de recordar algo que sabemos tenemos almacenada en la memoria, dificultades de concentración y atención son, entre otros, los problemas de los que más se quejan los pacientes de fibromialgia.

Existen muchas investigaciones que han tratado de averiguar si estas dificultades en los procesos relacionados con la memoria son una consecuencia más de padecer fibromialgia, o si por el contrario, están asociados con otros aspectos relacionados con el trastorno, como los problemas emocionales, especialmente el estado de ánimo deprimido, los problemas de sueño, el tratamiento farmacológico, etc. A continuación veremos cómo pueden influir en el deterioro cognitivo cada uno de estos aspectos.

ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO. Está ampliamente demostrado que el estado de ánimo deprimido afecta a lo que se conoce como “procesos superiores del cerebro”, es decir memoria, atención, etc... Los pacientes deprimidos fallan al aprender y recordar información que requiere esfuerzo sostenido, sobre todo cuanto más extenso y complejo sea lo que se debe aprender o recordar. En diversas investigaciones se ha podido comprobar que los pacientes de fibromialgia, y en especial los que tienen historia de depresión, presentan problemas de memoria y en consecuencia, tienen más dificultades en el trabajo, en las relaciones sociales y en las actividades de la vida diaria.

La memoria, como una función normal del organismo, se ve influida por una serie de actividades químicas, sustancias introducidas en el cuerpo, etc... Por estos motivos son muchos los aspectos que, además de la depresión, pueden influir en nuestro funcionamiento mental: la alimentación, el ejercicio, la ansiedad, las drogas, etc. Vamos a ver cómo influyen cada uno de estos factores:

LA ALIMENTACIÓN: Diversas sustancias pueden favorecer y estimular la memoria, como: la glucosa (el alimento directo del cerebro), el calcio y el fósforo (que aumentan en la orina tras el trabajo intelectual), el magnesio, el cobre, etc. Todas estas sustancias suelen ingerirse en cantidades adecuadas cuando la dieta es equilibrada, es decir cuando se comen cantidades proporcionadas de los diferentes tipos de alimentos (lácteos, frutas, verduras, legumbres, cereales, carne, pescado, etc.). Este equilibrio es importante ya que tanto el exceso como el defecto de dichas sustancias pueden resultar dañinos para el organismo.

EL SUEÑO: Son múltiples los estudios que demuestran la relación entre el sueño y el aprendizaje; además el organismo necesita mayores periodos de sueño cuando se encuentra en épocas de estudio, trabajo excesivo, cansancio, etc. Las personas que padecen fibromialgia, como hemos visto en la sesión 5ª, suelen tener muy deteriorado el sueño, como efecto secundario de su enfermedad. Este deterioro afecta a la forma en que deberían seguirse los diferentes periodos o fases del sueño a lo largo de la noche. De forma particular, afecta una de las fases (la fase V o de sueño paradójico) que está muy relacionada con las funciones superiores del cerebro (reflexionar, pensar, aprender, memorizar, etc.). Es decir, durante esta fase procesamos todos los datos recogidos durante el día por lo que, tanto la integración (aprendizaje) como la consolidación (memorización) de lo aprendido, se ven favorecidas por un sueño reparador

Como ya se ha visto, una de las quejas más frecuentes en los pacientes de fibromialgia, los problemas de sueño (sueño interrumpido, despertarse como si no se hubiera descansado), puede ser consecuencia de no haber alcanzado esta fase V. De hecho hay estudios que resaltan la importancia de alcanzar esa fase para la integración y fijación de las informaciones recogidas durante el día. Una vivencia muy frecuente, que le ocurre a casi todo el mundo, es soñar con cosas relacionadas con los acontecimientos del día. Por todo ello, practicar las estrategias de higiene del sueño que, como usted ya sabe le pueden ayudar a conseguir un sueño reparador, puede tener un efecto positivo sobre el aprendizaje y la memoria.

LOS FÁRMACOS: Las sustancias químicas pueden afectar de forma directa a nuestro cerebro (e indirectamente a nuestra memoria, capacidad de concentración, atención, etc.). Algunos de los fármacos que frecuentemente utilizan los pacientes de fibromialgia, sobre todo los antidepresivos y los ansiolíticos, pueden tener como efectos secundarios, pérdida de memoria y dificultad para el aprendizaje, ya que pueden producir falta de concentración o somnolencia. Ahora bien, es importante tener en cuenta dos aspectos. Lo primero es que estos efectos secundarios no se dan por igual en todas las personas que toman dichos fármacos. Además, tomar antidepresivos o ansiolíticos (cuando se tienen problemas de depresión o ansiedad) produce un efecto paradójico. Es decir, el efecto secundario de los fármacos se ve compensado por la mejora del propio trastorno emocional. Como ya ha visto en sesiones previas, los problemas emocionales interfieren en muchos aspectos de nuestro funcionamiento diario, entre ellos en la capacidad de procesar la información; por tanto, los fármacos que ayudan a mejorar el estado de ánimo mejorarán, en consecuencia, la capacidad de aprender.

EL PASO DEL TIEMPO: Es obvio que el tiempo produce un enlentecimiento del procesamiento de la información, y es indudable que muchos órganos se ven afectados por el deterioro, pero en el caso de la memoria y los procesos de aprendizaje, no está tan clara esa relación. Algunos estudios demuestran que la capacidad de memorizar nuevos aprendizajes, así como la facultad de adaptarse a situaciones nuevas, disminuyen a partir de los treinta años, hasta menguar de forma muy rápida hacia los setenta años. Muchos neurólogos han explicado este deterioro por la pérdida de células nerviosas (neuronas) a lo largo de nuestra vida, aunque últimamente se ha demostrado que la cantidad de neuronas tiene menos

importancia que la calidad de las conexiones entre neuronas, es decir que la flexibilidad cerebral. Pese a todo, una vez más hay que tener en cuenta las diferencias individuales. Así, dos personas con la misma edad y problemas de salud, pueden tener muy diferente grado de funcionamiento intelectual, en función de las actividades que habitualmente realicen. Múltiples estudios demuestran que las personas que tienen hábitos de lectura y siguen aprendiendo a pesar de la edad, mantienen intactas sus cualidades mentales.

Un aspecto adicional que debemos tener en cuenta es que, en nuestra vida normal, estamos bombardeando continuamente a nuestros sentidos con mucha información, y que debemos seleccionar, filtrar, en función de nuestro interés, de nuestra disponibilidad o de lo que necesitamos en ese momento. **El olvido** es una defensa que tiene el organismo para poder sobrevivir a este exceso de información. Sólo cuando el olvido se convierte en un problema que interfiere en nuestras relaciones y en nuestra vida laboral, social y familiar, se convierte en problemático.

Muchas veces los problemas de memoria son sólo una cuestión de **falta de atención**. Para memorizar algo primero es necesario tener una intencionalidad, mirar y escuchar para anticipar lo que vamos a necesitar, es decir, atender. Atender significa que debemos seleccionar de entre la numerosa información que nos rodea, aquella que nos interesa. De esta capacidad de atención, depende en gran medida la memorización.

En definitiva, existen muchos aspectos del funcionamiento intelectual que pueden estar afectados bien por el padecimiento de la fibromialgia, bien por alguno de los problemas asociados a su padecimiento o a su tratamiento, o simplemente por el paso del tiempo. Por este motivo vamos a conocer varias estrategias que pueden ayudarnos a paliar este posible deterioro intelectual.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR EL DETERIORO INTELECTUAL

- **Las agendas.** Llevar una agenda o realizar listas son dos estrategias que pueden ser de gran utilidad, para no derrochar nuestra memoria en cosas que podemos llevar escritas y recuperar en un momento, sin más esfuerzo. Nuestra vida diaria está llena de datos, citas, fechas importantes, teléfonos, que no debemos olvidar. Pero recordarlos todos es imposible. Por ello es interesante convertir en un hábito, la consulta de la agenda varias veces al día, así como escribir en ella cada acontecimiento que requiera nuestra atención.
- **El orden.** Si no queremos olvidar las cosas no hay nada más sencillo que tener un orden en el que sepamos donde encontrar las cosas, *“un sitio para cada cosa y cada cosa en su sitio”* debe ser nuestro lema. Así nos será más fácil encontrar cualquier cosa ya que, al ponerla siempre en el mismo sitio, la localizaremos de forma automática.
- **Los *post-it*** (en la nevera, en la puerta, en los espejos) colocados por todas partes, nos ayudarán a recordar. Pero hay que tener prudencia, no abusar de su

uso e ir cambiándolos cuando cambien las cosas a recordar. Si los ponemos en exceso, al acostumbrarnos a verlos, perderán su efectividad.

- **Los recordatorios diarios**, alarmas en los relojes, en el teléfono móvil, en el ordenador, pizarras, etc. Cada una de estas estrategias puede ayudarnos en muy diferentes maneras, por ejemplo, podemos programar la alarma de nuestro reloj o del ordenador para que nos avise cuando finalice el tiempo previsto para retirar un guiso de la lumbre, o a la hora en que debemos llamar por teléfono a alguien.

ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA MEMORIA

- Mantener siempre activa la mente es la clave para frenar el deterioro.
- **Una buena adquisición de los datos**: escuchar atentamente, mirar, darle vida en la cabeza a la información que se recibe, etc. La memorización depende de cómo tratemos la información en el momento de adquirirla. Los tres trucos siguientes pueden ayudarle a una buena captación y memorización de los datos:
 - A) Atender. Para recordar algo hay que atender a lo que se quiere recordar, mirarlo, escucharlo, etc. El interés es la clave, no sólo para desarrollar la memoria; para disfrutar hay que interesarse por las cosas.
 - B) Repetir en voz alta o mentalmente lo que luego se quiere recordar, nos ayudará a memorizarlo.
 - C) Dar significado a la información que se quiere memorizar, por ejemplo haciéndose preguntas o buscando en la memoria alguna información parecida que recordemos, para agrupar en nuestra memoria la información nueva con la que sea similar y ya tengamos memorizada.

Un simple ejemplo puede ilustrar estos tres trucos. Muchas veces no recordamos el nombre de alguna persona y creemos que es por que nos falla la memoria, cuando probablemente el problema esté en una falta de atención cuando nos presentaron a esa persona. No podemos recordar lo que no llegamos a guardar en la memoria; por tanto, si queremos recordar el nombre de alguien, lo primero será atender para enterarnos bien de cómo se llama. Si queremos que no se nos olvide, además, podemos repetirlo en voz baja (hasta que podamos apuntarlo en una agenda) o simplemente intentar recordar a alguna otra persona que tenga el mismo nombre y asociar a ambos en nuestra memoria.

- **La repetición**: Esta técnica es la base de toda memorización, el repetir en voz alta (o baja si se está en público), por escrito o mentalmente lo que se quiere recordar. No es suficiente con aprenderlo inicialmente, debemos comprobarlo posteriormente, lo que se conoce como sobreaprendizaje. Ejemplo: Muchas de las anécdotas, canciones, poemas, etc. que recordamos de nuestro pasado, los tenemos tan vivas en la memoria, porque los hemos repetido verbalmente muchas veces, e incluso mentalmente.

- **Organizar los datos:** Los recuerdos se almacenan mejor si van en paquetes.
 - En primer lugar reagrupar los datos, para reducir el número de elementos a recordar (Ejemplo: Es más sencillo aprendernos los números de teléfono agrupando las unidades en parejas o de tres en tres).
 - El segundo paso es clasificar, unir las informaciones de la misma clase. La memoria utiliza este método ya que archiva los datos por categorías, de esa forma nos será mucho más sencillo recuperar la información posteriormente. (Ejemplo: Recordaremos antes un chiste si buscamos en la memoria uno de “Lepe”).
- **Dar significado:** Los nuevos datos se introducirán mejor en la memoria si pueden unirse a datos ya memorizados. Sólo podremos recordar si sabemos el significado de las cosas. Si no es así, memorizaremos “como papagayos”, y después no seremos capaces de recuperar esos datos.
- **Asociar datos:** Las palabras cuando van incluidas en una frase son más fáciles de retener que fuera de un contexto. (Ejemplo: Para recordar pájaro y cenizas, lo haremos de forma más rápida dentro de la frase: el ave Fénix es un pájaro que renace de sus cenizas).
- **Practicar**, para conseguir el funcionamiento óptimo de nuestra memoria, y mantenerla, hay que practicar. Si no practicamos corremos el riesgo de caer en un círculo vicioso: reducimos nuestra actividad intelectual porque notamos cierto deterioro, lo que nos conduce a que cada vez se deteriore más nuestra capacidad, y en consecuencia, realizar cualquier actividad intelectual nos costará más trabajo, por lo que seguiremos reduciendo nuestra actividad y con ella nuestra capacidad. Algunas actividades funcionan como “gimnasia para el cerebro”. Así, hacer crucigramas, sopas de letras, leer, tratar de memorizar pequeñas cosas, nos mantendrá intelectualmente activos y así, con estas actividades, cortaremos el círculo vicioso e impediremos que se deteriore nuestra capacidad.
- **Método de lectura.** Cuando nos decidamos a leer es importante hacerlo en un sitio adecuado en el que no nos moleste el ruido. Y aunque parezca obvio, debemos estar concentrados en la lectura y no dejar que otros pensamientos nos interfieran en la misma. No debemos avanzar si no nos ha quedado algo claro. Si se está estudiando o leyendo algo con un lenguaje complicado, es recomendable tener un diccionario a mano, porque como ya hemos visto, recordaremos mejor aquello que entendemos, y de lo que conocemos su significado. Cuando queramos hacer una lectura comprensiva de algún texto (por ejemplo para estudiar), el método de subrayado es fundamental, siempre que tengamos en cuenta las siguientes normas:
 - Hacer una lectura previa, porque si no, no sabremos qué es lo que debemos subrayar (es un error ir subrayando sobre la marcha).
 - No debe hacerse en tramos excesivos (si supera la mitad del texto no sirve).
 - Debe dejar fuera las partes del texto que son poco importantes o superficiales.

- No debemos limitarnos a subrayar, hay que poner aclaraciones o notas que nos ayuden a fijar las ideas.
 - Para subrayar, no es aconsejable usar muchos colores con distintas claves, porque en lugar de facilitarnos nos complicará la comprensión del texto.
 - Es recomendable dejar transcurrir un tiempo, antes de volver a realizar una nueva lectura sólo de lo subrayado.
 - Son recomendables al menos cuatro lecturas del texto, la primera suele ser breve, sólo para planificar. La segunda es larga y detenida, y la tercera y cuarta vuelven a ser breves, para fijar, integrar y consolidar lo aprendido.
- **Reglas de memorización (Mnemotécnicas):** Son aquellos trucos o procedimientos abreviados que nos permiten recordar de forma más o menos provisional una cosa concreta y en general breve. Métodos tradicionales para recordar algo son hacer un nudo en el pañuelo o cambiar un anillo de dedo. Sin embargo éste tipo de reglas sólo nos indica que debemos recordar algo, pero no qué es lo que debemos recordar. Quizá el riesgo que se corre con estas estrategias es que muchas veces tenemos que hacer un esfuerzo para recordar lo que significaba, por ello es aconsejable que se hagan de forma sencilla.

Existen estrategias que suele ser útiles en diferentes situaciones y con todo tipo de información. Por ejemplo, “poner música” al recuerdo. Es sabido que se recuerdan mejor las cosas que riman, o que tienen música (Ej. Para recordar los nombres de las preposiciones, todos hemos aprendido a recitarlas de corrillo; también aprendimos con música las tablas de multiplicar).

Otra estrategia que también funciona es utilizar el humor, el lado absurdo de las cosas o los recuerdos familiares (Por ejemplo, asociar a un chiste, a un “chascarrillo” lo que se quiere memorizar. Además, no dejar de utilizar los trucos aprendidos en la niñez. Todos disponemos de múltiples estrategias de memorización que hemos aprendido y utilizado a lo largo de nuestra vida, y aunque algunas de las técnicas que nos sirvieron para recordar un concepto o idea, con el paso del tiempo se olvidan, otras muchas permanecen para siempre (Ej. Saber si el mes tiene 30 ó 31 días con los nudillos de las manos).

- **Lo extraordinario**, los hechos que se salen de la rutina, favorecen que los recordemos mejor. Los recuerdos son potenciados y amplificados por lo inusual de lo vivido. (Ej. recordamos como si fuese hoy el día que creímos ver un OVNI). Esta peculiaridad podremos utilizarla como técnica, por ejemplo si buscando algo diferente en una vivencia determinada, nos será más sencillo rescatarlo posteriormente de la memoria. (Ej. Si vemos una película tratar de asociar el nombre con lo más peculiar del argumento: “Billy Eliot el niño que quería bailar”). De aquí se deriva que recordamos mejor las situaciones claras y sencillas que se pueden visualizar en un fotonazo (la publicidad se basa en esta ley para sacar sus mensajes publicitarios).

- **Los pensamientos** interfieren mucho en la memorización ya que pueden producir bloqueo. Todo el mundo conoce el “fenómeno de la punta de la lengua”, en el que tratamos de localizar una palabra en nuestra memoria y no nos sale. Recordamos cómo suena, pero somos incapaces de recuperarla de la memoria. Cuando esto ocurre los pensamientos negativos le interfieren y le hacen ponerse más nervioso; en ese caso todavía será más difícil que consiga encontrar la palabra que busca. Si se relaja, o simplemente cambia de pensamientos y se olvida, antes o después la palabra terminará por aparecer en su mente como por arte de magia. Por tanto, si nos sentimos bloqueados y no podemos recordar algo, debemos tomárnoslo con calma y no sentirnos inútiles o acabados. Si nos tranquilizamos y pensamos en positivo nos será más fácil encontrar en nuestra mente el dato que buscamos. Los pensamientos negativos tienen una gran importancia para muchos de los aspectos relacionados con su trastorno, como ya hemos visto.

TAREAS DE LA SEMANA:
<ul style="list-style-type: none">▪ Localizar aquellos aspectos de su funcionamiento intelectual en los que note algún tipo de dificultad o posible deterioro.
<ul style="list-style-type: none">▪ Elegir para cada problema aquella estrategia que mejor se adapte a sus posibilidades y practicarla en diferentes momentos y situaciones.

RECUERDE:
<ul style="list-style-type: none">▪ Continuar registro diario de actividad y relajación.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir practicando la relajación: para disminuir su tensión muscular, para cortar su ansiedad desde el inicio, para facilitar el sueño.
<ul style="list-style-type: none">▪ Cortar su ansiedad, nerviosismo o irritación con respiraciones lentas y profundas (respiración tranquilizadora), en los primeros síntomas, incluso antes de que aparezcan
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir regulando su patrón de actividad utilizando las estrategias más adecuadas para ello.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir practicando la “higiene del sueño”.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir empleando la técnica de solución de problemas.
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir descubriendo e identificando los pensamientos negativos que aparecen en situaciones de mucho dolor o malestar y cambiarlos por pensamientos alternativos, positivos, realistas y constructivos.
<ul style="list-style-type: none">▪ Practicar la focalización externa de la atención con dolor leve.
<ul style="list-style-type: none">▪ Evitar que el dolor, o cualquier otro síntoma, sea el tema central de todas sus conversaciones.
<ul style="list-style-type: none">▪ Localizar aquellas situaciones en las que emplea el dolor o cualquiera de los síntomas para conseguir algo, en vez de pedirlo asertivamente.
<ul style="list-style-type: none">▪ Empezar a sustituir este comportamiento inadecuado por expresiones más directas y claras de sus necesidades y deseos. Comience por situaciones fáciles, las que le provoquen menos angustia.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA 10ª SESIÓN - REVISIÓN

Hemos llegado a la última sesión de nuestro programa de tratamiento psicológico de la fibromialgia. Lo aprendido en estas semanas es sólo el comienzo de un proceso progresivo, gradual (aunque, con los normales altibajos), que le conducirá a incorporar a su vida cotidiana, las estrategias y habilidades que a usted, personalmente, le resulten más útiles en el enfrentamiento de su enfermedad.

Ya sabe usted que cualquier habilidad, incluida la del manejo y control del dolor o de cualquiera de los problemas asociados a la fibromialgia, sólo puede llegar a dominarse y obtener los mejores resultados con la práctica regular y continua.

Usted ya ha tenido la oportunidad de ir practicando cada una de las estrategias que se le han enseñado durante este programa de tratamiento. Además, es seguro que usted mismo habrá notado que unas estrategias le resultan más útiles que otras, por lo que habrá practicado algunas con mayor asiduidad que otras. Es decir, habrá ido eligiendo aquellas que son más adecuadas para su problema.

Con la práctica regular de estas estrategias, llegarán a ser parte de su forma habitual de comportarse y las utilizará sin darse cuenta, es decir, sin ningún esfuerzo, de forma automática.

Vamos a hacer un breve repaso de lo aprendido durante estas sesiones. Como usted recordará empezó el tratamiento conociendo las características de la fibromialgia, y las diferencias entre el dolor agudo y el dolor crónico. También aprendió que el dolor no sólo depende del daño físico, sino que influyen en él otros muchos factores como lo que se piensa, lo que se hace y lo que se siente; y que precisamente éstos tres aspectos, son los más importantes en un trastorno crónico, como es la fibromialgia.

Durante estas semanas, mediante la observación de su propio dolor, de los restantes síntomas de su trastorno y del efecto que las distintas estrategias utilizadas producían sobre su malestar, usted ha aprendido cuáles son los factores más influyentes en la aparición y en el aumento de los síntomas de su enfermedad. Ha aprendido también cuáles son los círculos viciosos en los que usted se puede ver atrapado, y las diferentes formas de romper dichos círculos.

Este conocimiento le va a ir proporcionando, de forma paulatina, una mayor seguridad y una actitud más confiada y constructiva ante la fibromialgia, ya que le permitirá poner en práctica las estrategias aprendidas para romper estos círculos viciosos y enfrentarse eficazmente a su trastorno.

Según haya ido practicando las estrategias aprendidas habrá podido comprobar cómo algunas le resultan más útiles para prevenir la aparición o para mitigar el aumento del malestar, mientras que otras pueden haberle resultado más adecuadas para su control cuando ésta ya está presente. La utilidad de cada estrategia depende de la persona y del momento. Por tanto será usted quien decida, con la práctica, qué estrategia debe aplicar en cada momento concreto.

Un fenómeno para el que tiene que estar preparado, es el que se da cuando comienza a producirse alguna mejoría. En estos casos es frecuente observar que con la disminución del dolor, del cansancio, de la tristeza, del insomnio, de la angustia, usted pueda irse “olvidando” de practicar las estrategias preventivas que le han llevado a este estado saludable. Si esto ocurriera, no se preocupe. La solución es simplemente retomar la práctica de esas estrategias para así volver a conseguir y conservar su bienestar.

También podría suceder que experimentase de nuevo alguna recaída. En estas condiciones, es posible que vuelva usted a pensar que ya está igual que antes y que no hay solución para su problema. Esta forma de pensar, como ya vimos, impide que se pongan en marcha estrategias eficaces en el dominio del malestar y puede llevarle de nuevo a ver este episodio como una catástrofe que anuncia más dolor y más problemas.

La estrategia adecuada en este tipo de recaídas es la observación atenta de la situación en que ha aparecido el malestar y de los factores que pueden haber influido en su resurgimiento. A la vista de los datos observados, y repasando todo lo aprendido, lo más recomendable es elegir y poner en práctica, inmediatamente, aquellas estrategias que usted comprobó le fueron útiles, y que considere volverán a serle de utilidad en esa determinada situación.

Recuerde que el dolor y los demás síntomas pueden desaparecer y volver a aparecer y que esto no significa que se esté como al principio, sino que indicará la necesidad de volver a repasar las estrategias y de ponerlas de nuevo en marcha. En esta tarea, la **revisión de los resúmenes de las sesiones de terapia** es una ayuda indispensable en su lucha diaria contra la fibromialgia. Con esta tarea usted podrá darse cuenta de en qué medida puede ayudarle la práctica de las diferentes técnicas: la relajación, la distribución de actividades, la asertividad, la realización diaria de actividades gratificantes e interesantes que hacen la vida más satisfactoria, etc.

En los meses que ha durado el tratamiento, y si sigue practicando, después de finalizado, usted va a experimentar muchos cambios, por ejemplo:

- En su forma de conocer y pensar sobre el dolor y los demás síntomas de la fibromialgia, ahora más adecuada, más positiva, más constructiva.
- En su papel con respecto al padecimiento del dolor, del cansancio, de la tristeza, del insomnio, de la angustia, etc. Un papel antes pasivo, ahora mucho más activo.
- En su forma de comportarse con los demás, ahora más asertivamente, expresando de forma adecuada sus necesidades y deseos.

Estos cambios suponen la alteración del equilibrio que había en sus relaciones con sus familiares, amigos o compañeros de trabajo y por tanto la búsqueda de un nuevo equilibrio que ahora va a resultar más beneficioso para usted. Aunque la mayoría de sus familiares y amigos se sentirán contentos y le apoyarán en sus nuevos cambios y en la búsqueda de ese nuevo equilibrio, puede haber otros que consideren estos cambios fastidiosos. En estos casos es recomendable que intente comprender a los que le rodean, ya que todo cambio realizado por usted, también supone un cambio y un esfuerzo para los demás. Es necesario darles tiempo para que se adapten, lenta y

gradualmente, a la nueva situación. Usted puede ayudarles en este proceso de adaptación, por ejemplo, conversando frecuentemente con estas personas sobre la necesidad de estos cambios y los beneficios que le comportarán.

En este momento dispone usted de gran cantidad de información sobre la fibromialgia, sobre el dolor crónico y los demás síntomas de su enfermedad. A partir de ahora deberá considerar el dolor o cualquiera de los síntomas, como un desafío y una oportunidad para afianzarse más en el dominio de las estrategias aprendidas y en la disminución de su problema.

**LO QUE USTED CONSIGA AHORA Y EN EL FUTURO CON RESPECTO
A SU PROBLEMA VA A DEPENDER EN GRAN MEDIDA DEL ESFUERZO QUE
REALICE PARA ENFRENTARSE A ÉL, PONIENDO EN MARCHA LAS
ESTRATEGIAS APRENDIDAS. RECUERDE QUE LOS CAMBIOS CASI NUNCA
SERÁN INMEDIATOS SINO LENTOS Y GRADUALES, PERO DURADEROS.**

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ASOCIADOS A LA FIBROMIALGIA Y LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL APRENDIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO	
Problemas...	Estrategias...
Estrés, ansiedad, irritación, enfado, dolor, cansancio, etc.	<p>Relajación: comenzar a practicarla al detectar el inicio de los síntomas físicos que acompañan a las reacciones emocionales negativas para disminuirlos e impedir así que aumente el propio dolor.</p> <p>Respiración tranquilizadora: practicarla en aquellas situaciones o momentos en que note un exceso de tensión muscular y las condiciones le impidan realizar la relajación completa.</p>
Reducción o incremento excesivo de actividades diarias	<p>Recuperación gradual de las actividades perdidas o abandonadas por culpa del dolor (teniendo en cuenta y adaptándose a sus limitaciones).</p> <p>Organización y distribución de las actividades diarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - buscar equilibrio entre esfuerzo y descanso - Dividir la tarea global en pequeñas mini-tareas - Adaptar los objetivos a sus posibilidades reales - Premiarse por cada tarea realizada - Establecer prioridades entre las actividades a realizar
Insomnio	<p>Mejorar las condiciones del ambiente en el que se duerme (comodidad, ruidos, temperatura, etc.).</p> <p>Fomentar comportamientos facilitadores del sueño (acostarse sólo cuando se tenga sueño, no utilizar la cama para repasar mentalmente los problemas o hacer planes, etc.).</p> <p>Usar la relajación para conciliar el sueño.</p>
Insatisfacción sexual	<p>Mejorar la comunicación con la pareja.</p> <p>Buscar posturas que produzcan menos fatiga y dolor.</p> <p>Combatir la apatía y falta de deseo sexual (fantasías, comunicación, etc.).</p>
Preocupaciones sobre la fibromialgia	<p>Focalizar la atención en aspectos diferentes al dolor y externos al cuerpo para no centrarse en el propio dolor o en los síntomas (útil con niveles bajos de dolor).</p> <p>Disminuir y/o abandonar las conversaciones, comentarios quejas acerca del dolor (buscar temas de conversación agradables o diferentes al dolor).</p> <p>Expresar de forma asertiva, es decir clara y directamente, lo que se quiere, se desea o necesita sin utilizar la fibromialgia como forma de comunicar los deseos o necesidades.</p>

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ASOCIADOS A LA FIBROMIALGIA Y LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL APRENDIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO (Continuación)	
Problemas...	Estrategias...
Tristeza, estado de ánimo deprimido	Realizar actividades gratificantes (recuperar actividades abandonadas que antes le gustaban; fomentar las pequeñas actividades cotidianas que alegran el día a día)
Problemas de memoria	Hacer ejercicios mentales (prestar atención, repetir, escribir lo que se quiere memorizar y releerlo, etc.) Usar una agenda (apuntar teléfonos, citas, o datos que no se quieren olvidar) Guardar un orden (un sitio para cada cosa y cada cosa en su sitio)
Problemas diarios relacionados o no con la fibromialgia	Aprender y practicar el proceso de solución de problemas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el o los problemas 2. Definir el problema 3. Búsqueda de soluciones 4. Valorar las soluciones y elegir la más adecuada 5. Aplicar la solución elegida y valorar el resultado Su aprendizaje y práctica le ayudarán en la toma de decisiones sobre los pequeños (o grandes) problemas a los que cada día nos enfrentamos.

Anexo 2: Instrucciones de relajación

Siéntate cómodamente. Asegúrate que nada te aprieta. Cierra los ojos lentamente. Trata de estar tranquilo, trata de no pensar en nada y déjate llevar por las sensaciones que vayas sintiendo a lo largo de estos minutos. Concéntrate en tu respiración; trata de ser consciente de tu respiración. Coloca las manos sobre tu vientre, una encima de otra y respira por la nariz. Respira lenta pero profundamente y trata de notar como se mueven tus manos al compás de tu respiración. Con ese movimiento estas llevando el aire a la parte baja de tus pulmones, estás llenando tus pulmones de oxígeno y con cada inspiración te sientes más y más relajado. Nota tu respiración poco a poco se va haciendo lenta y regular. Percibe como al inspirar el aire esta frío y caliente y húmedo cuando expiras. Nota como con cada respiración vas sintiendo tus músculos más sueltos y vas estando cada vez más tranquilo y cada vez más relajado. Observa la sensación de calor que poco a poco va invadiendo tu cuerpo a medida que vas estando más relajado. Es una sensación cálida y agradable. Nota como tus manos van estando cada vez más calientes y trata de imaginar que estas disfrutando del calor de los rayos en una tarde de verano. El sol baña tu cuerpo, el cielo está despejado y te dejas invadir por un estado de somnolencia, de calor y de relajación. Las sensaciones de relajación van recorriendo tu cuerpo; poco a poco van llegando y van invadiendo cada rincón de tu cuerpo y la agradable sensación de calor se esparce desde tus manos por tus brazos, llegando hasta tu cuello y bajan por tu espalda y poco a poco van recorriendo tus piernas. Nota esas sensaciones de calor. Tus pies apoyados en la arena perciben su tibieza, la sensación de calor y de relajación se está desplazando hacia todas las áreas de tu cuerpo. Estas sentado cómodamente en una playa tranquila dejando que te envuelva el calor del sol, estas sintiendo sus rayos sobre tus manos, tus brazos, tu pecho, tus piernas y notas una suave brisa que refresca tu cara. Deja que la sensación de calor penetre en cada músculo de tu cuerpo y observa la agradable sensación de bienestar que sientes al dejar fluir la relajación por cada músculo de tu cuerpo. Nota las sensaciones de calor y de relajación. Concéntrate una vez más en el ritmo de tu respiración. Nota el compás del movimiento de tus manos, tu respiración es lenta, tranquila, profunda y tus pulmones se llenan de oxígeno con cada inspiración y con cada inspiración vas entrando cada vez más y más y más en un estado de relajación y tranquilidad. Disfruta y concéntrate en estas

sensaciones de relajación y calor que estas sintiendo a lo largo de tu cuerpo. Concentra ahora tu atención en la zona del cuello y de los hombros y nota las sensaciones de relajación en esas zonas. Nota el calor que ha penetrado en cada uno de esos músculos y nota como se han vuelto flexibles, están sueltos y relajados. Vas a realizar de forma muy lenta pequeños movimientos laterales con el cuello, como si quisieras tocar tu hombro con tu cabeza. En este momento muy lentamente primero hacia la derecha, lentamente, muy poco a poco, y ahora de forma muy lenta vas a llevar con los músculos de tu cuello tu cabeza hacia la izquierda, como si quisieras tocar tu hombro izquierdo. Muy lentamente, muy poco a poco, ve notando como con esos movimientos los músculos del cuello están sueltos, relajados y se han vuelto más flexibles con las sensaciones de calor y relajación. Realiza estos movimientos manteniendo la relajación y la soltura de los músculos del cuello. Realiza una vez más el ejercicio muy lentamente, muy poco a poco, hacia la derecha poco a poco y ahora muy lentamente, muy poco a poco realiza el mismo movimiento hacia la izquierda. Poco a poco coloca tu cabeza en la posición inicial y concentra tu atención en la zona superior de los hombros. Ahora, vas a realizar pequeños movimientos de subida con los hombros. Poco a poco, manteniendo la relajación y la soltura de esos músculos te vas a ir encogiendo lentamente de hombros muy poco a poco y a medida que realizas el movimiento ve notando la flexibilidad, la soltura y la facilidad que te va el estado de relajación que ha invadido tus músculos. Realiza el ejercicio una vez más. Tus hombros se elevan lentamente y el movimiento es fácil porque tus músculos están sueltos y relajados. Mantente ahora sin realizar ningún movimiento, simplemente continua centrando tu atención en la zona de los hombros y en tus brazos. Continúa concentrado en las sensaciones de relajación que han invadido, que han penetrado en cada uno de tus músculos. Ahora de forma muy lenta, muy lenta, poco a poco, vas a tratar de elevar tus brazos y de estirarlos; muy lentamente ve realizando este movimiento, de forma muy lenta. La lentitud te ayudará a mantener la relajación y a conseguir elevar tus brazos y estirarlos. Hazlo sólo hasta donde puedas. Muy lentamente iras notando cómo los músculos están flexibles, se han vuelto como de goma y te están facilitando la realización del movimiento. Estira tus brazos muy lentamente como si despertases de un largo y confortable sueño. Ve notando como el estado de

relajación que recorre tus brazos, tus hombros, tu cuello y todo tu cuerpo te está facilitando y suavizando el movimiento. Nota como el movimiento se vuelve fácil cuando los músculos están relajados y cuando los movimientos se van realizando de forma muy lenta. Continúa poco apoco, de forma muy lenta, manteniendo las sensaciones de relajación con estos estiramientos de tus brazos y poco a poco a medida que estiras tus brazos vas a despertar del sueño y vas a ir volviendo a tu estado normal de vigilia. Muy poco a poco vas volviendo a tu estado normal. Comienza a abrir los ojos muy poco a poco y a medida que vas abriendo los ojos vas sintiéndote cada vez más despierto, más relajado, tranquilo pero despierto, relajado y despierto.