



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

**TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA EN PACIENTES
CON AFECTACIÓN EMOCIONAL MEDIANTE
PROGRAMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES CON Y SIN
COMPONENTE DE EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES A
TRAVÉS DEL DIBUJO**

Presentada por NURIA MIGUEL DE DIEGO

Dirigida por:

ISABEL SERRANO PINTADO

JUAN DELGADO SÁNCHEZ-MATEOS

Salamanca, 2018

ISABEL SERRANO PINTADO, profesora del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos, de la Universidad de Salamanca

Y

JUAN DELGADO SÁNCHEZ-MATEOS, profesor del departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, de la Universidad de Salamanca

INFORMAN:

Que la Tesis Doctoral realizada bajo nuestra dirección en esta Universidad por NURIA MIGUEL DE DIEGO, con el título “TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA EN PACIENTES CON AFECTACIÓN EMOCIONAL MEDIANTE PROGRAMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES CON Y SIN COMPONENTE DE EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES A TRAVÉS DEL DIBUJO”, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y está en consideraciones de ser sometida a la valoración de la Comisión encargada de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Salamanca, a once de junio de dos mil dieciocho.

Fdo. Isabel Serrano Pintado

Fdo. Juan Delgado Sánchez-Mateos

**“La suerte favorece solo a la
mente preparada”**

Louis Pasteur
(7 de diciembre de 1854)

AGRADECIMIENTOS

Llegado este momento quisiera expresar mi agradecimiento a varias personas que para mí han sido fundamentales en el desarrollo de esta tesis.

En primer lugar, quiero agradecer a mis directores de tesis su colaboración. A la profesora Isabel Serrano que ha estado a mi lado desde el principio, sus observaciones y orientaciones han sido una gran ayuda para mí y agradezco especialmente su accesibilidad cuando me surgía cualquier duda o dificultad, su flexibilidad para las tutorías y su rapidez de respuesta. Al profesor Juan Delgado por su inestimable colaboración en el campo de la metodología y análisis de datos, sin la que no hubiera podido concluir. En definitiva, gracias a los dos, ambos sois piezas clave de este trabajo.

También quiero expresar mi gratitud a todos los profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras y médicos de atención primaria) de Palencia que colaboraron en la derivación de posibles participantes para el estudio. Al igual que a ellos, agradezco a mi antiguo jefe que me facilitara la organización necesaria para poderlo llevar a cabo.

Así mismo, quiero mostrar mi agradecimiento a la asociación de fibromialgia de Palencia y, especialmente, a su directora, que colaboró activamente en ampliar la difusión de la posibilidad de participar en dicho estudio acudiendo al médico de atención primaria, siempre y cuando se cumplieran unos requisitos a valorar por los profesionales.

Sin duda, también es importante para mí expresar la inmensa gratitud que siento hacia todas aquellas personas diagnosticadas de fibromialgia que aceptaron participar en el estudio y se comprometieron a acudir a todo el programa completo.

Por último, no quiero acabar este apartado sin mencionar a mi familia por el apoyo que siempre me han brindado y que ha sido constante a lo largo de estos años de trabajo doctoral.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
PARTE TEÓRICA	
CAPÍTULO 1. LA FIBROMIALGIA	7
1.1. DEFINICIÓN Y ETIMOLOGÍA	7
1.2. HISTORIA.....	8
1.3. CURSO Y SÍNTOMAS	11
1.3.1. Dolor	11
1.3.2. Fatiga o sensación de cansancio.....	12
1.3.3. Alteraciones del sueño	13
1.3.4. Rigidez	13
1.3.5. Quejas cognitivas.....	14
1.3.6. Otros síntomas	14
1.4. PREVALENCIA.....	15
1.5. IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO	17
1.6. DIAGNÓSTICO	18
1.7. ETIOLOGÍA	23
1.7.1. Modelo biopsicosocial del dolor.....	23
1.7.2. Procesos que pueden influir en la cronificación del dolor	25
1.7.3. Alteraciones fisiológicas observadas en personas con fibromialgia	28
CAPÍTULO 2. FIBROMIALGIA Y PSICOLOGÍA	33
2.1. EL PAPEL DEL APRENDIZAJE.....	34
2.2. COGNICIONES DISFUNCIONALES.....	36
2.2.1. Catastrofismo	36
2.2.2. Miedo al movimiento	37

2.2.3. Autoeficacia	38
2.2.4. Otras variables cognitivas.....	40
2.3. FACTORES EMOCIONALES	41
2.3.1. Depresión	43
2.3.2. Ansiedad	46
2.3.3. Impacto y calidad de vida	48
2.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	50
2.5. PERSONALIDAD.....	52
2.6. CLASIFICACIÓN. TIPOS DE FIBROMIALGIA	55
2.7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	60
CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO.....	63
3.1. TRATAMIENTO MULTIMODAL	63
3.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	69
3.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual	69
3.2.2. Otros tratamientos psicológicos.....	77
3.3. SALUD, EXPRESIÓN EMOCIONAL Y ACTIVIDAD ARTÍSTICA. APLICACIÓN A LA FIBROMIALGIA	85
CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	89
PARTE EMPÍRICA	
CAPÍTULO 5. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO.....	97
5.1. OBJETIVOS	97
5.2. HIPÓTESIS	98
5.3. METODOLOGÍA	99
5.3.1. Participantes	99
5.3.2. Instrumentos	108
5.3.3. Procedimiento	112
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	129

6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	129
6.2. RESULTADOS.....	129
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	157
7.1. DISCUSIÓN	157
7.2. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS	164
7.2.1. Conclusiones.....	164
7.2.2. Limitaciones.....	165
7.2.3. Líneas de investigación futuras	166
REFERENCIAS	169
ANEXOS	
ANEXO I: Objetivos y esquema de las sesiones del grupo 1.....	211
ANEXO II: Objetivos y esquema de las sesiones del grupo 2.....	229
ANEXO III: Cuestionario de satisfacción	255
ANEXO IV: Análisis del supuesto de normalidad. Prueba Kolmogorov-Smirnov y gráficos Q-Q normal	259
ANEXO V: Análisis del supuesto de homocedasticidad. Prueba de Levené y prueba M de Box	275
ANEXO VI: análisis del supuesto de esfericidad. Prueba de Mauchly	281
ANEXO VII: Gráfica de la distribución de la muestra según edad	289
ANEXO VIII: Gráficas de la comparación de puntuaciones medias entre los tres grupos en cada uno de los cuestionarios	291

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localización de puntos sensibles.....	20
Figura 2. WPI y SS Scale.....	22
Figura 3. Relaciones entre depresión, ansiedad, dolor e insomnio.....	42
Figura 4. Distribución de la muestra por sexo.....	100
Figura 5. Distribución de la muestra por edad.....	100
Figura 6. Distribución de la muestra por estado civil.....	101
Figura 7. Distribución de la muestra por nivel de estudios.....	101
Figura 8. Distribución de la muestra por situación laboral.....	101
Figura 9. Distribución de la muestra por años de diagnóstico.....	102
Figura 10. Distribución de la muestra por años hasta el diagnóstico.....	102
Figura 11. Distribución de la muestra por comorbilidad psiquiátrica.....	103
Figura 12. Distribución de la muestra según analgésicos no opioides.....	104
Figura 13. Distribución de la muestra según analgésicos opioides.....	104
Figura 14. Distribución de la muestra según pregabalina.....	104
Figura 15. Distribución de la muestra según antidepresivos.....	104
Figura 16. Distribución de la muestra según ansiolíticos.....	104
Figura 17. Distribución de la muestra según hipnóticos.....	104
Figura 18. Distribución de la muestra por tipología de personalidad.....	106
Figura 19. Espacio que ocupa la enfermedad.....	124
Figura 20. Diagramas de cajas: distribución de los datos.....	130

Figura 21. Gráfica de interacción, variable FIQ.....	136
Figura 22. Gráfica de interacción, variable EVA.....	137
Figura 23. Gráfica de interacción, variable HADS ans.....	139
Figura 24. Gráfica de interacción, variable HADS depr.....	140
Figura 25. Gráfica de interacción, variable HADS total.....	141
Figura 26. Gráfica de interacción, variable TSK.....	143
Figura 27. Gráfica de interacción, variable ICAF act.....	144
Figura 28. Gráfica de interacción, variable ICAF pasiv.....	145
Figura 29. Gráfica de interacción, variable Catastrofismo.....	147
Figura 30. Gráfica de interacción, variable CADC.....	148
Figura 31. Gráficas de interacción para los tres grupos muestrales.....	151

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cifras de comorbilidad.....	15
Tabla 2. Resumen de las clasificaciones de fibromialgia.....	59
Tabla 3. Niveles de evidencia.....	64
Tabla 4. Grados de recomendación.....	64
Tabla 5. Tratamientos y grado de recomendación.....	65
Tabla 6. Número de sesiones de TCC.....	76
Tabla 7. Datos descriptivos de la muestra.....	104
Tabla 8. Distribución de participantes por grupo.....	115

Tabla 9. Estadísticos descriptivos.....	132
Tabla 10. Resultados para la variable FIQ.....	135
Tabla 11. Resultados para la variable EVA.....	136
Tabla 12. Resultados para la variable HADS ans.....	138
Tabla 13. Resultados para la variable HADS depr.....	140
Tabla 14. Resultados para la variable HADS total.....	141
Tabla 15. Resultados para la variable TSK.....	142
Tabla 16. Resultados para la variable ICAF act.....	143
Tabla 17. Resultados para la variable ICAF pasiv.....	145
Tabla 18. Resultados para la variable Catastrofismo.....	146
Tabla 19. Resultados para la variable CADC.....	148
Tabla 20. Resumen de los resultados del grupo control.....	150
Tabla 21. Resultados del cuestionario de satisfacción.....	153

PRESENTACIÓN

La fibromialgia afecta a una parte importante de la población y conlleva importantes consecuencias tanto en la calidad de vida de las personas afectadas como a nivel socioeconómico.

El perfil de las personas afectadas es muy heterogéneo. Existe una parte importante de personas diagnosticadas de fibromialgia que, a su vez, presentan síntomas de depresión y/o ansiedad y peor funcionalidad. En estos casos se ha demostrado que se produce una interacción entre los síntomas emocionales y cogniciones disfuncionales y los síntomas más físicos de la fibromialgia, especialmente el dolor. Como resultado estas personas suelen tener una peor percepción de su calidad de vida y presentan peor funcionalidad y más inactividad. De aquí se desprende la importancia de la intervención psicológica en fibromialgia.

El objetivo de este trabajo es ofrecer un protocolo estructurado de intervención cognitivo-conductual tradicional y otro protocolo de intervención cognitivo-conductual con un componente añadido e integrado de expresión emocional a través del dibujo y comparar la eficacia de ambos. Así mismo, es importante resaltar que ambos tratamientos son relativamente breves, con un número de 6 sesiones, de manera que si son eficaces, también cuenten con un punto de eficiencia. Precisamente la eficiencia facilitaría su implantación a nivel asistencial.

Este trabajo se estructura en dos partes principales. La primera parte es teórica, en ella se exponen los conceptos básicos de la fibromialgia, su relación con la psicología y los tratamientos disponibles; además, esta primera parte finaliza con una justificación del estudio. La segunda parte contiene una descripción del trabajo empírico y se exponen los objetivos, hipótesis, metodología seguida y resultados obtenidos, así mismo, se ofrece una discusión de los resultados, las conclusiones extraídas, las limitaciones del estudio y posibles líneas futuras de investigación. Todo ello se completa con una serie de anexos.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO 1.
LA FIBROMIALGIA

CAPÍTULO 1. LA FIBROMIALGIA

1.1. DEFINICIÓN Y ETIMOLOGÍA

A principios de los años 90 la fibromialgia se definió como un síndrome cuyo síntoma principal es el dolor músculo-esquelético generalizado no explicable por la exploración clínica y en ausencia de enfermedad (Fiter, 1999; Goldenberg, 1994) y aún en la actualidad se mantiene esta concepción, subrayando su carácter crónico, de etiología desconocida y caracterizada por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo-Mata, 2017). Además del dolor, la fibromialgia se asocia a fatiga, alteraciones del sueño, rigidez matutina, ánimo deprimido, alteraciones cognitivas y un abanico de síntomas relacionados con el estrés y disfunciones neuroendocrinas e inmunológicas (Ángel-García, Martínez-Nicolás y Saturno-Hernández, 2016; Ballina, Martín, Iglesias, Hernández y Cueto, 1995; Cabo-Meseguer et al., 2017; Goldenberg, 1997; Wolfe et al., 1990).

En la última revisión del Manual de Clasificación de Enfermedades (CIE-10) la fibromialgia está reconocida como enfermedad reumática. Su etiología es aún desconocida pero la concepción actual más aceptada es la perspectiva biopsicosocial.

El término “fibromialgia” es un neologismo médico híbrido del latín y del griego, compuesto por las siguientes raíces:

- Raíz latina “fibra”, que significa “fibra o filamento”, en este término hace referencia al tejido fibroso.
- Raíz griega “mio”, proveniente del sustantivo “mys-myos” (*μῦς-μῦός*), que significa “músculo”.
- Sufijo griego “-algia” (*-αλγία*), significa “dolor”. Deriva de la raíz griega “alg-” (el sustantivo “algos”=*ἄλγος-ἄλγους* significa dolor y el verbo “algeo”=*ἀλγέω* significa sufrir, sentir dolor) más el sufijo *-ια* (“-ia”, para significar “cualidad”).

Por lo tanto, el vocablo “fibromialgia” significa etimológicamente “dolor de las fibras musculares”.

1.2. HISTORIA

El término fibromialgia es el más actual de todos los nombres que se han utilizado para referirse a este padecimiento desde el siglo XIX, entre ellos destacan: Puntos sensibles, Dolor muscular, Myitis, Fibrositis, Fibromiositis nodular, Reumatismo psicógeno..., aunque todos ellos ya han caído en desuso (Ministerio de Sanidad, 2011).

En el siglo XIX se descubrió una forma de reumatismo muscular no deformante, caracterizado por dolor e hipersensibilidad al palpar las zonas en las que se situaba el tejido fibroso de los músculos (Martínez-Lavín, 2013). William Balfour, cirujano de la Universidad de Edimburgo, en 1815 habló de la existencia de nódulos en el “músculo reumático” que se notaban al palpar las zonas musculares en contracción. Posteriormente, en 1841 François Valliex, médico francés, dedicó a esta dolencia un apartado en su libro “Tratado sobre neuralgia”. Dos años después, en 1843, Robert R. Floriep describió una serie de “puntos sensibles” (*muskelschwiele*) en su tratado de “Patología y terapia de los reumatismos”. En él proponía la existencia de una asociación entre el reumatismo y los puntos dolorosos de los músculos rígidos.

En 1904 Sir William Gowers, neurólogo británico, acuñó el término “fibrositis” y ofreció la primera definición oficial de la enfermedad. Pensaba que se trataba de una inflamación bien localizada dentro de los músculos y del tejido fibroso y utilizaba dicho término para diagnosticar a aquellas personas que presentaban dolor muscular difuso e hipersensibilidad en ciertos puntos anatómicos. A partir de ahí en los años posteriores diversos investigadores intentaron realizar nuevas aportaciones: Stockman (1904) describió biopsias musculares con nódulos fibrosíticos, Osler (1909) indicó posible neuralgia de los nervios sensitivos de los músculos y la denominó fibrofasciopatía, Luff (1913) escribió sobre el empeoramiento de los síntomas de la fibrositis por las variaciones de temperatura, presión del aire y lluvias, Lewellyn y Jones (1915) la definen como “un cambio inflamatorio del tejido fibroso intersticial del músculo estriado” y se populariza el término “fibrositis”.

Sin embargo, también se encontraron biopsias de los tejidos musculares con dolor que no mostraban indicios de inflamación y los hallazgos de Stockman no se consiguieron replicar en series de biopsias más numerosas.

En 1936 Hench niega el origen inflamatorio de la fibrositis y a partir de ese momento comienzan a aparecer las teorías de origen psicológico para explicarla. En 1947 Boland y Corr, oficiales médicos del ejército de Estados Unidos, conceptualizaron la fibrositis como “reumatismo psicógeno”. Diversos profesionales aceptaron esta teoría y de ahí que comenzase a considerarse esta enfermedad como un tipo de trastorno por somatización en el que no existe un origen físico identificable. Bajo estas concepciones se atribuye a estas pacientes determinadas características psicológicas en la línea de la histeria y no pasa desapercibida la descripción de la neurastenia propuesta en 1881 por George M. Beard, médico estadounidense, para describir pacientes que presentaban pérdida de fuerza, fatiga crónica, numerosos puntos dolorosos e hiperalgia, dolencia que atribuía al agotamiento nervioso resultado del estrés. Actualmente estas teorías sobre el origen psicógeno de la fibromialgia se han desechado.

Un matiz diferente tienen los trabajos de Michael Kelly, médico australiano. En 1946 publicó una serie de estudios sobre la fibrositis en los que propuso una teoría ecléctica entre el origen psicológico y orgánico y como eje central del diagnóstico subraya el concepto de puntos sensibles. Se basó en su propia experiencia con esta enfermedad.

A partir de 1963 se establece una escuela psico-reumática en la que se propone el concepto de “dolor por autoalimentación”, según el cual la tensión mantenida provocada por un tipo de personalidad concreto provoca espasmos musculares que a su vez generan dolor, resultando de esta manera un bucle entre estrés-espasmo-dolor.

En 1968 Kraft, Johnson y Laban realizaron una propuesta de criterios diagnósticos a través de la presencia de puntos sensibles en los músculos, dermatografía y disminución del dolor por enfriamiento con cloruro de etilo.

Sin embargo, la primera vez que se describe esta enfermedad en los términos modernos de dolor generalizado y puntos de sensibilidad es en 1972

de la mano de Hugh Smythe. Tres años después, en 1975, Smythe y Moldofsky, ambos médicos e investigadores canadienses, posibilitaron el reconocimiento de la fibrositis como entidad fisiológica con la publicación de los resultados de una amplia investigación en la que utilizaron el electroencefalograma durante el sueño de las pacientes y descubrieron una alteración en la fase profunda del sueño. Esta alteración consistía en la aparición de ondas alfa (ondas rápidas que caracterizan el sueño superficial) durante la etapa de ondas delta propias del sueño profundo, lo que sugería la presencia de sueño no reparador. Smythe y Moldofsky pensaron que la mala calidad del sueño podía ser una de las alteraciones principales de la fibrositis y podía provocar el resto de síntomas. Era la primera vez que se producía un hallazgo fisiológico reproducible.

En 1976, Hensch propuso el término “fibromialgia” para referirse a una forma de reumatismo no articular, lo que supuso un paso más hacia la concepción actual de esta enfermedad. Y en 1881 el Dr. Muhammad Yunus publicó el primer ensayo controlado sobre fibromialgia.

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) publicó su propuesta de criterios diagnósticos para la fibromialgia, la primera consensuada entre diferentes investigadores multicéntricos. Destacan Wolfe, Yunus y Goldemberg.

En 1992 la fibromialgia fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Copenhague y tipificada con el código M79.7 en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) dentro de los reumatismos no articulares.

Así mismo, en 1994 la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) la reconoció y la clasificó con el código X33.X8a.

Después de estos hechos ninguna organización médica ha cuestionado su existencia (Martínez, 2013), ya sea como enfermedad o como síndrome. Como hecho relevante más actual, señalar que en 2010 la ACR propuso nuevos criterios diagnósticos. Por último, destacar que en la concepción actual de la fibromialgia se acepta la existencia de factores bio-psico-sociales en su origen, desarrollo y mantenimiento.

1.3. CURSO Y SÍNTOMAS

La fibromialgia es una enfermedad crónica que cursa con oscilaciones o “en brotes”, generalmente los pacientes informan de períodos en los que se encuentran mejor intercalados con otros en los que se encuentran peor.

Un concepto muy aplicable a la fibromialgia es el de síndrome. Este término describe a un conjunto de síntomas relacionados entre sí. A continuación, se presentan los síntomas más frecuentes presentes en pacientes con fibromialgia.

1.3.1. Dolor

El principal síntoma de la fibromialgia es el dolor generalizado, difuso y que se mantiene en el tiempo (con oscilaciones), hasta el punto de que es habitual que estos pacientes describan sus síntomas al médico como “me duele todo” (Collado et al., 2016).

La Sociedad Internacional para el estudio del dolor concibe el dolor como un fenómeno complejo y multidimensional, que integra las dimensiones sensorial, emocional y evaluativa (IASP, 1979). La experiencia de dolor resulta de la interacción de múltiples factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares (Donker, 1999, citado en Castell, González, Muñoz y Rull, 2006). Ninguno de esos factores por sí solo explica adecuadamente las causas de dolor crónico, por lo tanto, cualquier evaluación e intervención terapéutica debería integrar los diferentes aspectos de la enfermedad (Donker, 1991, citado en Castell et al., 2006). Se trata de un proceso perceptivo, una experiencia subjetiva, sujeta a factores psicológicos, es decir, estrictamente hablando, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo es asequible a la propia persona (Vallejo y Comeche, 1994).

Generalmente el dolor en estos pacientes se inicia de manera gradual. Las partes más afectadas suelen ser la zona cervical y occipital, la zona lumbar, los trapecios y hombros, los brazos, las caderas, los muslos, las manos (palmas y

dedos) y pies, así como las articulaciones, principalmente rodillas, tobillos y muñecas.

La intensidad del dolor varía y suele seguir un ritmo circadiano: empeoramiento matutino, mejora al avanzar el día y de nuevo empeoramiento por la tarde noche. Además, como ya se ha señalado, son muchos los factores que pueden exacerbar el dolor.

Existen dos frecuentes fenómenos en personas con fibromialgia relacionados con el dolor: la hiperalgesia y la alodinia. La hiperalgesia es una percepción aumentada del dolor. Por su parte, la alodinia se refiere a la sensación de dolor ante estímulos que normalmente no son dolorosos.

1.3.2. Fatiga o sensación de cansancio

Es también un síntoma muy frecuente, lo presentan alrededor del 80-90% de los pacientes (Collado et al., 2016). Las personas que lo presentan suelen explicar que se sienten “como si les hubieran pegado una paliza”. Se sienten sin energía y se cansan con mínimos esfuerzos, además, aunque reposen tardan más en recuperarse que lo que se esperaría tras el esfuerzo realizado.

La sensación de cansancio puede mantenerse presente a lo largo del día, aunque suele ser especialmente intenso a primera y a última hora del día. También puede presentarse en forma de crisis de agotamiento con una duración de uno o dos días.

La fatiga se interrelaciona tanto con las alteraciones en la calidad del sueño que pueden presentar estos pacientes como con la baja tolerancia a los esfuerzos físicos, no sólo por la sensación de fatiga que experimentan sino porque también les producen dolor y tienden a evitarlos. Este comportamiento desencadena un bucle en el que la sensación de fatiga se produce con esfuerzos cada vez más leves, aumenta la evitación, con lo que aumenta la rigidez articular y disminuye el tono muscular, provocando más dolor y mayor sensación de fatiga en cada nuevo esfuerzo físico, de esta manera queda retroalimentada la disminución de la tolerancia a los esfuerzos físicos.

1.3.3. Alteraciones del sueño

Gran parte de las personas con fibromialgia informan de una sensación subjetiva de no haber descansado cuando se despiertan por la mañana. De hecho, las quejas sobre problemas de sueño son las más comunes en personas con fibromialgia después de las quejas sobre el dolor y la fatiga. La frecuencia en la que se presentan es alta, aunque varía según estudios: Theadom, Cropley y Humphrey (2007) sitúan dicha frecuencia como superior al 90% de los casos, Casanueva (2007) en un 91,71%, Björkegren, Wallander, Johansson y Svärdsudd (2009) en un 86% y Choy et al. (2010) en un 55% de su muestra.

Muchos de estos pacientes tienen dificultades para conciliar el sueño y presentan un sueño con despertares frecuentes. Además, los estudios polisomnográficos que se han realizado han detectado ciertas anomalías tanto en la cantidad como en la calidad del sueño. Destaca el hecho de presentar actividad cerebral característica del sueño superficial durante las fases de sueño profundo, lo que puede explicar la sensación de sueño no reparador que informan.

Estas alteraciones de sueño se pueden ver agravadas por factores como el estrés, el dolor, el exceso de reposo diurno o simplemente por malos hábitos de sueño.

1.3.4. Rigidez

Se trata de otro síntoma con alta frecuencia. Björkegren et al. (2009) señalan que el 95,6% de las personas con fibromialgia presentan rigidez, algo menor es la frecuencia encontrada por Casanueva (2007) que la sitúan en un 82,9%, mientras que Choy et al. (2010) sólo encontraron que un 52% de los sujetos informaba de rigidez.

La rigidez aparece sobre todo por la mañana, después de levantarse, y tras períodos de inactividad o descanso prolongado. Las zonas más afectadas por esta sensación son la cabeza, la espalda y el cuello, aunque también manos y pies (Ortega, 2012).

1.3.5. Quejas cognitivas

Una parte importante de personas con fibromialgia presentan quejas de dificultades cognitivas, principalmente peor capacidad mnésica, dificultad para expresarse y encontrar palabras y menor capacidad para mantener la atención y la concentración.

Sin embargo, las pruebas neuropsicológicas generales realizadas a estos pacientes no detectan alteraciones compatibles con procesos demenciales, aunque sí presentan la sensación subjetiva de no responder adecuadamente.

En cambio, sí se encuentra evidencia de que bajo condiciones de estrés o en situaciones de alto deseo por responder adecuadamente, estos pacientes presentan más fallos (lo que respaldaría el carácter situacional de estas alteraciones), así como en el área específica de la memoria espacial (Collado et al., 2016).

Se considera que en general los síntomas cognitivos presentados por personas con fibromialgia pueden estar relacionados con factores como la fatiga, alteración del estado de ánimo, estrés o sueño no reparador. Así mismo, podría ser relevante el papel del exceso de medicación que presentan algunos de estos pacientes.

1.3.6. Otros síntomas

Existen otros muchos síntomas que las personas con fibromialgia presentan con una frecuencia significativa, siendo los más destacados: sensación de sequedad en ojos y boca, alteraciones del ritmo intestinal y síndrome de intestino irritable, mareos, sensibilidad a la luz, baja tolerancia a ruidos y olores fuertes, tintineo en los oídos, alta sensibilidad a la temperatura, síntomas genito-uritarios, cefalea tensional y migrañas.

Además, entre estos pacientes existe mayor comorbilidad con trastornos emocionales que en la población general. Walker et al. (1997) encontraron la presencia de síntomas de ansiedad o depresión en un 90% de pacientes con

fibromialgia. En otros estudios más actuales (Gómez-Argüelles et al., 2009; Merayo et al., 2007; Moreno et al., 2000; citados en Revuelta, Segura y Paulino, 2010) se encuentran las siguientes cifras: síntomas de depresión en un 68% de los pacientes con fibromialgia, distimia en un 10%, crisis de pánico en un 16% y fobia simple en un 16%, siendo también significativa la asociación con trastorno de estrés postraumático. Así mismo, en la revisión realizada en 2014 por Clauw se concluye que entre un 60 y un 74% de los pacientes con fibromialgia sufrirá algún episodio de depresión y/o trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

Teniendo en cuenta el trastorno de ansiedad y el de depresión por separado y la gravedad de ambos, Arango-Dávila y Rincón-Hoyos (2016), ofrecen las cifras recogidas en la tabla 1.

Trastorno	Comorbilidad	Proporción
Fibromialgia	Trastorno depresivo mayor	20-80%
	Trastorno de ansiedad	13-63,8%
	Trastorno de ansiedad moderado-grave	38%
	Trastorno depresivo moderado-grave	27%

Tabla 1: cifras de comorbilidad, tomado de Arango-Dávila y Rincón-Hoyos (2016).

1.4. PREVALENCIA

De acuerdo al estudio EPISER (2001) la prevalencia de la fibromialgia en España se sitúa en el 2,4% de la población, siendo este dato uno de los más citados en la bibliografía sobre fibromialgia. Un estudio posterior vuelve a estimar que la prevalencia de la fibromialgia en población española es del 2,37% para ambos sexos, siendo más frecuente en mujeres (4.2%) que hombres (0.2%) y suponiendo una relación de 21:1 (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008). Este dato de prevalencia en torno al 2,4% se considera vigente en la actualidad, apareciendo citado en numerosos trabajos y revisiones actuales

(Buitrago, Tejero, Gato, Rivera y Pérez, 2017; Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo-Mata, 2017).

Sin embargo, es importante señalar que la proporción mujer/hombre de 21:1 que se deriva del estudio EPISER y del posterior estudio de Mas et al. (2008) no se ha encontrado en otros estudios. Por ejemplo, en el estudio de Branco et al. (2010) se obtiene una prevalencia general para España similar a la del estudio EPISER, pero con una proporción de mujer/hombre de 2,5:1. Atendiendo a ambos datos y a la experiencia clínica subyacente a las diferentes guías clínicas parece más prudente ubicar la proporción mujer/hombre en un punto intermedio (Cabo-Meseguer et al., 2017), en esta línea la guía del Ministerio de Sanidad del 2011 establece una proporción de 9:1.

En cuanto a la prevalencia de la fibromialgia en las consultas no especializadas, ésta se sitúa entre el 2,1 y 5,7% y en las consultas especializadas, entre el 10 y el 20% (estudio EPISER, 2001). En esta misma línea se encuentran los datos del estudio EPIDOR (Estudio epidemiológico del dolor en reumatología en España) publicado en 2003, que sitúa la prevalencia de la fibromialgia en las consultas de reumatología en el 12,2%. En este mismo estudio se encuentra que la relación mujer/hombre en las consultas de reumatología es de 7:1, siendo la prevalencia para ellas del 15,8% y para ellos del 2,2% y que el grupo de edad de mayor prevalencia en estas consultas es el de 46 a 65 años, siendo la edad media de mayor prevalencia los 49 años (Cabo-Meseguer et al., 2017).

En cuanto a la prevalencia en otros países existen diferentes revisiones que arrojan diferentes cifras, por ejemplo, en uno de los estudios oscilan entre el 0,66% en Dinamarca y el 3,3% en Canadá (Neumann y Buskila, 2003), en otro aparecen cifras entre el 0,3% en Grecia y el 9,3% en Túnez (Queiroz, 2013), así como cifras en Sudamérica entre 0,2% de Venezuela y Cuba y el 2% de Brasil (Marques, Santo, Berssaneti, Matsutani y Yuan, 2017). Estas revisiones nos permiten situar la prevalencia promedio de la fibromialgia a nivel mundial en el 2,1%, con una prevalencia media para las mujeres del 4,3% y para los hombres del 0,95%, siendo por lo tanto la proporción de mujeres/hombres de 4:1 (Cabo-Meseguer et al., 2017).

La fibromialgia puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en la edad adulta, entre los 35 y 55 años (Collado et al., 2016) y especialmente entre los 40 y 49 años (mayor pico de prevalencia) (Cabo-Meseguer et al., 2017; estudio EPISER, 2001; Mas et al., 2008).

1.5. IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO

La incapacidad causada por la fibromialgia es comparable a otras enfermedades reumáticas como la osteoartritis y la artritis reumatoide, miopatías inflamatorias y lupus eritematoso sistémico. Hay que destacar que esta enfermedad tiene un impacto directo, no sólo sobre la calidad de vida del paciente, sino también sobre su ámbito familiar y social, con graves repercusiones económicas y laborales (Rivera et al., 2006).

En cuanto a las repercusiones sanitarias, es importante destacar que la fibromialgia constituye el segundo motivo de consulta más frecuente en las consultas de reumatología, después de la osteoartritis (Nicassio, Moxham, Schuman y Gevirtz, 2002). En los estudios dirigidos a cuantificar los costes de esta enfermedad (Lledó, Pastor, Pons, López-Roig y Terol, 2009; Rivera, Rejas, Esteve-Vives y Vallejo, 2009; Sicras-Mainar et al., 2009) se han obtenido las siguientes conclusiones:

- El coste medio anual por paciente relacionado con las visitas médicas fue de 847 euros, el asociado a pruebas diagnósticas fue de 473, en relación al consumo de fármacos se encuentra entre 439 y 656 euros
- En pacientes con fibromialgia atendidos en reumatología, el coste medio anual por paciente fue de 9.982 euros.
- En el contexto de la atención primaria, los costes directos (visitas médicas, derivaciones, pruebas complementarias y prescripciones farmacéuticas) han sido significativamente mayores que los generados por otros problemas de salud. Al comparar la fibromialgia con otra población con problemas médicos, la

fibromialgia supuso de media un gasto sanitario anual de 614 euros más por paciente.

Así mismo es importante destacar que en el estudio de Sicras-Mainar et al. (2009) se encuentra que un ligero incremento en la puntuación total del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) de 78,9 puntos a 81,5 puntos supone un incremento en costes anuales de aproximadamente 865 euros.

En relación a los costes laborales, Sicras-Mainar et al. (2009) encontraron que la diferencia fue de 4.397 euros más por paciente con fibromialgia. Estos autores mantienen que los costes totales de esta enfermedad se asocian significativamente con el impacto percibido de la enfermedad, con la intensidad del dolor, con la interferencia en las actividades cotidianas y con la comorbilidad de ansiedad y depresión. En otro trabajo realizado en nuestro país (Rivera et al, 2009) se encontró que el 43,2% de los pacientes evaluados no estaba en activo en el momento de realizar el estudio y entre los que sí habían trabajado antes, un 67% informó de que la causa de la interrupción del trabajo fue la fibromialgia. Henriksson, Liedberg y Gerdle (2005) encontraron que la incapacidad para el trabajo secundaria a la fibromialgia se observaba entre las personas más jóvenes, con mayor comorbilidad, peor capacidad funcional, peor autoeficacia en el manejo del dolor, mayor percepción de interferencia de la sintomatología y mayor intensidad del dolor.

1.6. DIAGNÓSTICO

Actualmente el diagnóstico de la fibromialgia es clínico, ya que no se disponen de datos analíticos o de imagen específicos de esta enfermedad (Ángel-García et al., 2016).

Existen unos criterios diagnósticos elaborados por el Colegio Americano de Reumatología en 1990 (Wolfe et al., 1990), se conocen con el nombre de Criterios ACR, pero no están libres de problemas, entre ellos destaca que están limitados para descartar otras enfermedades (Ángel-García et al., 2016). A pesar de que no existe un *gold standard* para el diagnóstico clínico (Ángel-

García et al., 2016), los criterios ACR son los más aceptados para realizar el diagnóstico (Ángel-García et al., 2016; Ministerio de Sanidad, 2011). Estos criterios ACR se basan en la presencia simultánea de: 1) historia de dolor generalizado de al menos tres meses de duración que afecta a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial y 2) sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de los 18 puntos sensibles propuestos. La presión ejercida en cada uno de estos puntos debe ser de una fuerza aproximada de unos 4 kg (en la práctica equivale al momento en que cambia de coloración subungueal el dedo del examinador). Los 9 pares de puntos sensibles, también conocidos como puntos gatillo, son los siguientes:

- 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.

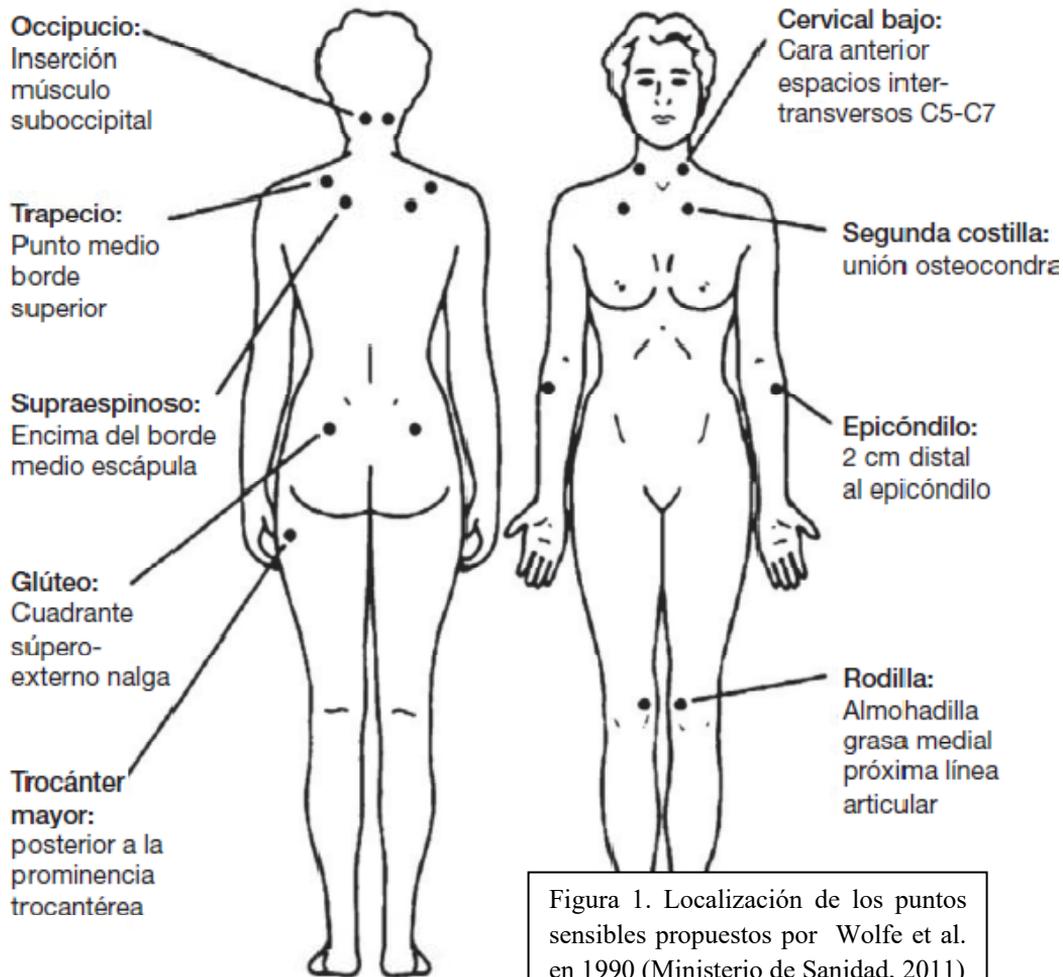


Figura 1. Localización de los puntos sensibles propuestos por Wolfe et al. en 1990 (Ministerio de Sanidad, 2011)

A pesar del uso extendido de los puntos sensibles para el diagnóstico de la fibromialgia, es necesario señalar que una exploración física incorrecta o incompleta hace de este examen una herramienta diagnóstica poco fiable (Buitrago et al., 2017). Este potencial peligro ya fue advertido por Wolfe et al. (2010) y unido al hecho de que los criterios ACR de 1990 no tienen en cuenta otros síntomas frecuentes en fibromialgia como por ejemplo el cansancio, este grupo de autores propuso una alternativa para el diagnóstico que eliminaba el recuento de los puntos sensibles y añadía un índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index, WPI) y una escala de gravedad de los síntomas (Symptom Severity Scale, SS Scale). Estos nuevos criterios (Wolfe et al., 2010) son: 1) una puntuación en el WPI ≥ 7 y ≥ 5 en la SS Scale o un WPI entre 3 y 6 y una SS Scale ≥ 9 puntos, 2) síntomas presentes sin cambios durante al menos 3 meses y 3) el paciente no tiene una enfermedad diferente que pueda explicar el dolor. Los tres criterios deben estar presentes para poder realizar el diagnóstico de fibromialgia. Se presentan los criterios de puntuación del WPI y SS Scale en la figura 2.

Por último, cabe señalar que para realizar un adecuado diagnóstico de fibromialgia es necesario realizar una exploración física detallada y exhaustiva tanto para confirmar la enfermedad como para descartar otras patologías (Buitrago et al., 2017).

Comprobación:

1)WPI: anotar el número de áreas en las cuales el paciente ha tenido dolor en la última semana. ¿En cuántas de ellas ha tenido dolor? Puntuación entre 0 y 19.

Cintura escapular, izq	Cadera (nalga, trocánter) izq	Mandíbula izq	Espalda sup, izq
Cintura escapular, dch	Cadera (nalga, trocánter) dch	Mandíbula dch	Espalda sup, dch
Brazo sup, izq	Pierna sup, izq	Pecho	Cuello
Brazo sup, dch	Pierna sup, dch	Abdomen	
Brazo inf, izq	Pierna inf, izq		
Brazo inf, dch	Pierna inf, dch		

**Izq=izquierdo; dch=derecho; sup=superior; inf=inferior.*

2)Puntuación de la Escala de Severidad de Síntomas (SS Scale):

Fatiga	Sueño no reparador	Síntomas cognitivos
--------	--------------------	---------------------

Para cada uno de los 3 síntomas anteriores, indicar el nivel de severidad durante la semana pasada utilizando la siguiente escala:

- 0 = ningún problema
- 1 = problemas leves, ocasionales, intermitentes
- 2 = moderados, presentes casi siempre
- 3 = graves, persistentes, grandes problemas

Considerando los síntomas somáticos en general (dolor muscular, intestino irritable, fatiga, dolor de cabeza, náuseas, boca seca, dolor al orinar, calambres en el abdomen, ojos secos, zumbidos, visión borrosa, depresión, nerviosismo, insomnio, pérdida de apetito, sensibilidad solar, úlceras orales...), indicar si el paciente ha tenido:

- 0 = ningún síntoma
- 1 = pocos síntomas
- 2 = moderado número de síntomas
- 3 = gran cantidad de síntomas

La puntuación de la SS Scale es la suma de la severidad de los 3 síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más la severidad de los síntomas somáticos en general. Puntuación entre 0 y 12.

Figura 2. WPI y SS Scale (Wolfe et al., 2010).

1.7. ETIOLOGÍA

La etiología de esta enfermedad hoy en día aún es desconocida (Buitrago et al., 2017; Cabo-Meseguer et al., 2017). Una de las teorías sugeridas es que los síntomas podrían deberse a una respuesta psicofisiológica anormal a los estresores cotidianos (Okifuji y Turk, 1999). Otros estudios más actuales han encontrado que existe una alteración en los neurotransmisores, lo que provocaría una disfunción en las vías del dolor y una distorsión en la percepción de algunos estímulos, percibiéndolos como más intensos de lo que en realidad son (Penacho, 2015). Aun así, la perspectiva más aceptada desde hace varios años y en la actualidad es la que incluye la influencia de factores biopsicosociales en el origen, desarrollo y mantenimiento del problema (Pastor et al., 1995; Pastor et al., 2006; Potter, Jones y Boardman, 2000), siendo numerosos los factores emocionales que tienen un peso modulador en la percepción del dolor (Martínez-Lavín, 20013).

1.7.1. Modelo biopsicosocial del dolor

La teoría del control de la puerta o de la compuerta (Melzack y Wall, 1965) supuso un importante avance en la comprensión del papel del sistema nervioso central en la modulación del dolor (García y Poca, 2006), posibilitando el paso de un enfoque unidimensional en el que el dolor se concebía únicamente como fenómeno fisiológico, a un enfoque multidimensional, mucho más complejo, en el que se contempla la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales.

El estímulo doloroso viaja por las vías ascendentes hasta el asta posterior de la médula espinal. Melzack y Wall propusieron la existencia de un mecanismo en el asta dorsal de la médula espinal, que actúa como compuerta permitiendo el paso de los impulsos cerebrales aferentes o inhibiéndolos, cerrando el paso en su trayecto hacia el cerebro. Este mecanismo tiene que ver con el tipo de fibra que se activa:

- Las fibras pequeñas C y las fibras pequeñas A-delta son de pequeño diámetro y facilitan la transmisión del impulso doloroso. Las fibras A están mielinizadas y su velocidad de conducción es relativamente alta, mientras que las fibras C son amielínicas y más lentas.
- Las fibras grandes A-beta son de gran tamaño y facilitan la activación de la interneurona inhibitoria, por lo que el resultado sería la inhibición de la transmisión de la información.

Además, estos impulsos aferentes pueden ser modulados por impulsos eferentes o descendentes, motivados por factores psicológicos: recuerdos de experiencias previas, emociones y cogniciones. Teniendo en cuenta dicha vía descendente, se puede explicar por qué disminuye el dolor si el cerebro está experimentando una distracción o por qué aumenta el dolor ante un estímulo que en el pasado provocó dolor intenso.

Los principales impulsos eferentes que modulan el dolor provienen de la sustancia gris periacueductual del mesencéfalo, del Locus Coeruleus de la protuberancia, de la amígdala, del hipotálamo y de ciertas regiones de la corteza cerebral (García y Poca, 2006).

A nivel bioquímico, en el núcleo del asta posterior el principal neurotransmisor es el glutamato y su centro de acción es principalmente sobre los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA). Allí existen también otros neurotransmisores: sustancia P (SP), neurocinina A (NKA) y un péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) (García y Poca, 2006). En dicho núcleo existen además receptores opiáceos m (MOR), de serotonina y de noradrenalina. Son las vías descendentes que confluyen en este lugar las que utilizan principalmente los neurotransmisores serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA) (García y Poca, 2006).

Posteriormente, la información viaja desde el asta posterior de la médula hasta los centros superiores cerebrales superiores, donde finalmente se construye la sensación de dolor. Intervienen muchas zonas cerebrales en el procesamiento de esta información y finalmente la corteza insular parece jugar

un importante papel en la integración de los componentes sensitivos, afectivos y cognitivos (Espejo-Saavedra, 2011).

1.7.2. Procesos que pueden influir en la cronificación del dolor

Aunque la etiología de la fibromialgia es desconocida, a continuación describiré ciertos mecanismos que podrían estar jugando un papel importante en la cronificación del dolor y ciertas alteraciones que se han encontrado frecuentemente en las personas con fibromialgia y que podrían estar influyendo en la transmisión de información dolorosa.

1.7.2.1. Sensibilización

Uno de los mecanismos subyacentes a la hiperalgesia es la sensibilización, proceso que ocurre a diferentes niveles (Casanova, 2013). La sensibilización puede ocurrir a nivel periférico (respuesta aumentada de los nociceptores) o a nivel central (sistema nervioso central).

La sensibilidad central incluye los procesos que ocurren después de la primera neurona sensitiva aferente y que condicionan una respuesta dolorosa persistente más allá del período inicial que dura el estímulo, volviéndose incluso independiente del propio estímulo (Casanova, 2013) o una respuesta más intensa de lo esperable según el estímulo aplicado, produciéndose un descenso del umbral del dolor. Los procesos de sensibilización central se producen cuando los estímulos nocivos son persistentes durante mucho tiempo, son de alta frecuencia y/o son de alta intensidad (Casanova, 2013).

Se considera que la sensibilización central es resultado de la plasticidad neuronal (Casanova, 2013). La plasticidad neuronal o neuroplasticidad es la capacidad del sistema nervioso para modificar su estructura y funcionamiento en reacción a las nuevas demandas del entorno (externo o interno del individuo) a lo largo del tiempo.

El término de sensibilización central es un término general que engloba diferentes procesos cuyo resultado es una hiperexcitabilidad neuronal. De esta manera, englobados en él, pueden describirse el fenómeno de la sumación temporal o el del incendio cerebral.

1.7.2.2. Efecto de “sumación temporal”

Existen evidencias que apoyan la existencia en los procesos de dolor crónico de un efecto llamado “sumación temporal” o “wind up” en la sinapsis del asta posterior de la médula espinal (García y Poca, 2006) que podría ser la clave de la hiperalgesia y la alodinia, síntomas característicos de la fibromialgia y presentes también en otras enfermedades que provocan dolor.

Este fenómeno fue descrito por primera vez en 1965 por Mendell y Wall y consiste en que la respuesta ante estímulos repetidos es mayor que la respuesta ante cada uno de ellos de forma aislada, es decir, la estimulación repetida aumenta la amplitud de la respuesta eléctrica de las neuronas del asta posterior.

En estos procesos de sumación temporal influyen las vías descendentes junto con sus principales neurotransmisores (serotonina y adrenalina) y tiene un papel fundamental el exceso de actividad de los receptores NMDA de glutamato, lo que provoca un aumento de la síntesis de óxido nítrico (ON) y éste estimularía la producción de sustancia P. El acoplamiento de esta sustancia con sus receptores de forma crónica provocaría una reorganización bioquímica en las sinapsis del asta posterior, lo que conllevaría cambios persistentes responsables de un aumento de la actividad sensorial en las vías espinotalámicas y provocando finalmente hipersensibilidad y alodinia. En estudios experimentales con animales y dolor crónico se ha visto que si se lesionan los receptores de serotonina se revierte la hiperalgesia y si se bloquea la vía descendente noradrenérgica se provoca hiperalgesia (García y Poca, 2006).

1.7.2.3. Fenómeno del “incendio cerebral” o kindling

Este fenómeno fue descubierto por Goddard en 1969 cuando realizaba experimentos con ratas y estimulación eléctrica para provocar las crisis convulsivas. Observó que si la estimulación eléctrica de un nivel inferior al umbral necesario para provocar una crisis, se administraba de forma repetida a lo largo del tiempo, se provocaba un estado de hiperexcitabilidad en las neuronas y estímulos eléctricos de baja intensidad eran capaces de provocar la crisis convulsiva (García y Poca, 2006).

Este fenómeno se puede aplicar a otros ámbitos, incluido el del dolor. Si un estímulo se aplica de forma repetida, se va produciendo el estado de hiperexcitabilidad en el cerebro del individuo y el estímulo que en condiciones normales no generaría respuesta, termina produciéndola. Y si se continúa con la estimulación, puede llegarse a tal estado de hiperexcitabilidad que se produce la respuesta en ausencia de estímulo. En el campo del dolor, podría suponer una explicación para la alodinia.

1.7.2.4. Factores psicológicos

Como ya he planteado anteriormente, en el modelo biopsicosocial del dolor se contemplan las esferas sensorial, cognitiva, afectiva y conductual (Wadell y Turk, 1992). Pero es en el dolor crónico cuando los factores psicológicos alcanzan un mayor peso, por ejemplo, resulta crucial el papel del aprendizaje y las cogniciones y emociones adquieren una fuerza moduladora mucho más potente que en el dolor agudo. Todo ello se explicará con mayor detalle en el apartado siguiente (“Fibromialgia y Psicología”).

1.7.3. Alteraciones fisiológicas observadas en personas con fibromialgia

1.7.3.1. Alteraciones en los neurotransmisores

Se han observado cambios bioquímicos que se asocian a la aparición de hipersensibilidad, parestesias y dolor. Las sustancias y elementos implicados son los siguientes (García y Poca, 2006):

- Serotonina. En general, en las personas con fibromialgia se observa una disminución de la actividad serotoninérgica. El principal metabolito de la serotonina es el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), se observa una disminución de dicho metabolito en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de estas personas. Así mismo se ha encontrado una disminución de hasta el 40% del metabolismo del triptófano, esta sustancia es precursora de la serotonina. Sin embargo, no se sabe si esto es causa o consecuencia de la enfermedad. Es importante destacar el importante papel de la serotonina, puesto que influye en las alteraciones de la percepción de la estimulación dolorosa, en las alteraciones neuroendocrinas del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, en los trastornos del ánimo y en la calidad del sueño.
- Sustancia P. Este neuropéptido, por un lado, estimula los receptores NK1, facilitando la acción de los neurotransmisores excitadores y provocando hiperalgesia y, por otro lado, puede provocar liberación de glutamato. Se ha encontrado que en personas con fibromialgia la sustancia P aparece elevada hasta tres veces más en el LCR. Además, este aumento podría provocar cambios neuroplásticos permanentes.
- Betaendorfinas. Son sustancias inhibitoras del dolor. En personas con fibromialgia, los niveles de betaendorfinas parecen estar disminuidos.
- Receptor de adenosina A2a. Está relacionado de forma directa con la actividad dopaminérgica. En personas con fibromialgia se encuentra anormalmente inactivo, lo que facilita el efecto de la dopamina.

- Factor de crecimiento neuronal (NGF). Según estudios sobre zonas sin terminaciones nerviosas (denervadas), parece que este factor potencia la sensibilidad dolorosa. En personas con fibromialgia se han observado niveles elevados de NGF.
- ¿Canales de potasio? Parece existir algún indicio de cambios en la expresión de los canales de potasio. Podría ser una vía a explorar basándonos en que la amitriptilina, fármaco frecuentemente utilizado para el tratamiento de la fibromialgia, potencia la acción de estos canales disminuyendo el dolor.

1.7.3.2. Alteraciones neuroendocrinas

Se ha encontrado que aproximadamente un 30% de las personas con fibromialgia poseen niveles bajos de hormona del crecimiento (GH) (García y Poca, 2006). Una de las hipótesis que explican este hecho es que dicha reducción es reflejo de un estrés crónico que produce una desregulación del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal (eje HHS) y ésta finalmente provoca la inhibición de la secreción de GH.

En menor medida, pero también con cierta frecuencia, se ha encontrado una disminución de los niveles de hormona adrenocorticotropa (ACTH, estimula la secreción de las glándulas suprarrenales) y consecuentemente alteraciones en los niveles de cortisol (García y Poca, 2006). De nuevo tiene sentido que las hormonas relacionadas con el eje HHS se encuentren alteradas en una situación de sufrimiento crónico (estrés crónico) como es la situación de fibromialgia, en la que se produciría una hiperactividad de este eje.

Existe una investigación del doctor Dirk Hellhammer de la Universidad de Trier en Alemania (García y Poca, 2006) en la que se observa que las experiencias traumáticas durante el embarazo en la madre se relacionan con una mayor incidencia de fibromialgia en las hijas. Además, las niñas sometidas a este estrés prenatal tienen disminuida la respuesta en la secreción de cortisol.

1.7.3.3. Alteraciones en resonancia magnética

Aunque no existen pruebas objetivas para el diagnóstico de la fibromialgia, existe una línea de investigación mediante pruebas de neuroimagen que estudia las alteraciones en la llamada “red del dolor”.

La red del dolor hace referencia al conjunto de áreas, estructuras y núcleos que se ocupan de la percepción, la transmisión y el procesamiento de los componentes sensoriales y afectivos que constituyen la experiencia de dolor (Murga, Gillen y Lafuente, 2017). En esta red del dolor se incluyen diferentes estructuras cerebrales, como son la corteza somestésica primaria y secundaria, la región anterior de la circunvolución del cíngulo, la ínsula, el tálamo, la corteza parietal posterior y la corteza prefrontal.

En una reciente revisión sobre el tema (Murga et al., 2017) se concluye que los principales hallazgos son cambios en el volumen en hipocampo, ínsula, corteza prefrontal y corteza cingular y cambios en los niveles de N-acetilaspártato, colina y glutamato, entre otros metabolitos. Sin embargo, estos hallazgos son inespecíficos y comunes a otros cuadros de dolor crónico (Murga et al., 2017).

En el modelo de transición del dolor agudo al dolor crónico propuesto por Apkarian, Baliki y Geha (2009) se propone una contribución del sistema nervioso central independiente del estímulo nociceptivo periférico, puesto que postula una reorganización de las vías sensoriales y afectivas del dolor.

Hay que señalar que la activación de la región anterior de la circunvolución del cíngulo (que forma parte del sistema límbico) está implicada en el componente emocional y cognitivo del dolor (Apkarian, Bushnell, Treede y Zubieta, 2005; Ridderinkhof, Ullsperger, Crone y Nieuwenhuis, 2004). Esta región junto con la corteza prefrontal interviene en los procesos de inhibición y facilitación del dolor, por lo que ambas estructuras influyen en la modulación del dolor. Los cambios estructurales en estos sistemas podrían contribuir al mantenimiento y cronificación del dolor tanto en la fibromialgia como en otros síndromes de dolor crónico (Murga et al., 2017).

CAPÍTULO 2.
FIBROMIALGIA Y
PSICOLOGÍA

CAPÍTULO 2. FIBROMIALGIA Y PSICOLOGÍA

Uno de los primeros trabajos modernos en el que se investiga la relación entre los aspectos psicológicos y la fibromialgia es el realizado por Payne et al. en 1982. Desde entonces, según señalan Merayo, Cano, Rodríguez, Ariza y Navarro (2007), existen dos líneas de investigación diferenciadas: las que intentan interpretar psicopatológicamente la fibromialgia y las que se centran en estudiar el impacto de diferentes factores psicosociales en la fibromialgia.

Dentro de la primera línea de investigación señalada se encuentran los trabajos en los que la fibromialgia se considera un trastorno psiquiátrico o subyacente a un proceso de somatización. Sin embargo, en la actualidad estas concepciones como etiología única se han desechado y la Organización Mundial de la Salud considera la fibromialgia como una enfermedad reumática, en la que existe un gran peso de los factores psicológicos.

En gran medida, la importancia de los factores psicológicos en la fibromialgia tiene que ver con el síntoma principal de dicha enfermedad: el dolor crónico. Si recordamos el modelo tridimensional del dolor desde el que se conceptualiza como una experiencia con tres dimensiones, a saber, sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa, es importante señalar que en las dos últimas dimensiones los aspectos psicológicos tienen un peso fundamental.

Por otro lado, la importancia del estudio de los factores psicológicos en la fibromialgia también está relacionada con el hecho de que se desconoce su etiología y no existen pruebas específicas ni hallazgos físicos que permitan justificar por sí solos la compleja sintomatología de esta enfermedad.

Por último, cabe destacar que desde la Psicología de la salud se postula que los factores emocionales, cognitivos y conductuales afectan a la salud física de los individuos, pudiendo funcionar en ocasiones como uno de los factores desencadenantes de la enfermedad y/o como factor mantenedor de una determinada enfermedad. En otras palabras, se adopta el modelo biopsicosocial.

Y es precisamente este enfoque el que prevalece en la actualidad cuando hablamos de fibromialgia.

2.1. EL PAPEL DEL APRENDIZAJE

En muchas ocasiones la experiencia de dolor se encuentra influida por los procesos de condicionamiento y el aprendizaje que conllevan. Vamos a ir viendo cómo se desarrollan estas influencias.

Un dolor agudo puede generar un estado de aprensión en el individuo que incrementará su actividad simpática y tensión muscular, lo que puede facilitar nuevos episodios de dolor. Además, si se produce de forma repetida en un lugar concreto, en una determinada postura o haciendo una determinada actividad, pueden quedar condicionados. De esta manera, dicho lugar, postura corporal o actividad podrían terminar produciendo dolor por un proceso de condicionamiento clásico, sin que sean estímulos que producirían dolor en condiciones normales.

Así mismo, la anticipación sobre que una actividad puede generar dolor, puede desencadenar por sí misma la respuesta condicionada (dolor) o también puede desencadenarse un episodio de dolor a través de la activación fisiológica y la tensión que se produce al anticipar dicho dolor (Collado et al., 2016). Dichos mecanismos también pueden aumentar la sensación de dolor, de manera que lo que en un inicio provoca un dolor moderado, a través de la anticipación de ese dolor y el miedo que ello conlleva, puede terminar experimentándose como dolor intenso (Collado et al., 2016).

Por otra parte, el miedo ante la aparición del dolor puede llevar al sujeto a evitar actividades o lugares (Collado et al., 2016). Un primer efecto de estas conductas es que el sujeto no puede contrastar sus predicciones y termina asociando lo evitado con dolor sin una posibilidad de romper esa asociación que cada vez se va haciendo más fuerte al dar por cierto la premisa “evito porque produce dolor”. Cuando se ha establecido esta asociación mental, será resistente al cambio, puesto que aun en el caso de que en una ocasión no se produjera la

evitación, es probable que la anticipación, el fenómeno de la profecía autocumplida, el estado de mayor atención a las sensaciones corporales y la tensión y activación fisiológica que se producirían, podrían provocar la aparición de dolor. Una segunda consecuencia que se desprende de la evitación es que se potencia la inactividad y la consiguiente pérdida de tono muscular, lo que a su vez aumenta el dolor cuando se vuelven a realizar mínimas actividades. La tercera consecuencia de la evitación es que ésta puede conducir a una reducción de reforzadores y si esta reducción llega a ser significativa en la vida del individuo, se facilita la aparición de los síntomas depresivos.

Existe una serie de conductas disfuncionales ante el dolor, como son evitar actividades, quejarse o mostrar una actitud victimista, que pueden verse reforzadas cuando sirven para evitar realizar actividades desagradables o costosas, obtener una mayor atención y cuidados especiales de la pareja, familia o amigos y conseguir bajas laborales o prestaciones económicas. De esta manera aumenta la probabilidad de que dichas conductas se repitan, se instauren en el repertorio del sujeto (a costa de no realizar otras conductas más adaptativas) y se perpetúe el problema por las ganancias secundarias que obtienen con estas conductas de dolor.

Por último, no hay que olvidar el papel del aprendizaje vicario o por observación. Los sujetos observan las conductas de otros y en función de las consecuencias, la incorporan a su repertorio conductual. De esta manera el sujeto aprenderá cómo reaccionar ante una experiencia dolorosa observando previamente a sus modelos de referencia en esas situaciones. Por eso las pautas parentales, el estilo de comunicación y la concepción del dolor a nivel familiar influirán enormemente en la forma de actuar del sujeto. Por ejemplo, en una familia en la que la comunicación fluida gira en torno al estado de salud y los dolores corporales, la niña aprenderá a “escucharse el cuerpo” con gran atención y cuando sea adulta probablemente los dolores y las enfermedades también ocuparán un lugar destacado en su comunicación y en su vida. Es a esto a lo que llamamos transmisión intergeneracional.

2.2. COGNICIONES DISFUNCIONALES

Las variables cognitivas son constructos relacionados con la manera en la que los individuos perciben el mundo. En el campo del dolor crónico suponen un importante modulador de la experiencia de dolor. De hecho, existen estudios en los que se concluye que funcionan como mediadores en la relación entre la percepción de dolor y el malestar emocional y/o disfuncionalidad (Lami, Martínez, Miró, Sánchez y Guzmán, 2018). Los constructos cognitivos más estudiados tanto en el dolor crónico como en la fibromialgia son el catastrofismo, la autoeficacia y el miedo al movimiento. Para algunos autores, como por ejemplo el grupo de trabajo de Dobkin (2010), consideran la percepción de autoeficacia como el principal proceso psicológico responsable de la mejoría en el manejo del dolor crónico. Sin embargo, otros autores, como por ejemplo Denison, Asenlöf, Sandborgh y Lindberg (2007), postulan que es necesario considerar tanto la autoeficacia como el catastrofismo y el miedo al movimiento puesto que los tres constructos tienen una alta capacidad predictiva sobre la sensación de dolor y la discapacidad asociada.

2.2.1. Catastrofismo

La variable “catastrofismo” se entiende como un procesamiento cognitivo basado en pensamientos y expectativas negativas ante el dolor (Sullivan et al., 2001), que consta de tres dimensiones: magnificación, rumiación e indefensión. La magnificación se refiere a la visión negativa y desproporcionada del dolor. La rumiación se describe como la imposibilidad de dejar de pensar en algo, en este caso en el dolor. Y, por último, la indefensión hace referencia a la sensación de que es imposible controlar el dolor.

Existen numerosos trabajos que muestran de forma consistente el efecto negativo del catastrofismo en los resultados de salud en los pacientes con dolor crónico y con fibromialgia (Zafra-Polo, Pastor-Mira y López-Roig, 2014). En un artículo de Van Damme, Crombez y Eccleston (2002) se demostró que las personas con alto catastrofismo tenían más dificultades para desviar la atención de las señales dolorosas y pensaban erróneamente que estas señales anticipaban

un dolor más intenso. En la misma dirección, otros autores han asociado los pensamientos catastrofistas sobre el dolor con un aumento del miedo (Vlaeyen, de Jong, Leeuw y Crombez, 2004) y han relacionado el catastrofismo con la reacción de ansiedad ante el dolor (Buenaver, Edwards y Haythornthwa, 2007). Así mismo, existen trabajos en los que se relaciona el catastrofismo con la percepción de intensidad del dolor (Esteve, Ramírez-Maestre y López-Martínez, 2007; Ramírez-Maestre, Esteve-Zaragoza y López-Martínez, 2001). De la misma manera, en el caso concreto de la fibromialgia los trabajos sobre catastrofismo indican consecuencias negativas, relacionándose dicho constructo con mayor intensidad y sensibilidad al dolor y mayor discapacidad y depresión (Buenaver, Edwards, Smith, Gramling y Haythornthwaite, 2008; García-Campayo et al., 2008; Vowles, McCracken y Eccleston, 2007), pudiéndose considerar el catastrofismo como un importante mediador entre la percepción de dolor y la presencia de mayor ansiedad/depresión, junto con mayor discapacidad (Lami et al., 2018).

En cuanto a los mecanismos de actuación del catastrofismo sobre el dolor, se considera fundamental el incremento de la atención al dolor, de manera que el alto nivel de catastrofismo favorecería una atención más selectiva e intensa a los estímulos relacionados con el dolor (García-Campayo y Rodero, 2011; Collado et al., 2016) y aumenta las conductas destinadas a evitar que sucedan las desgracias que el catastrofismo predice, por ejemplo rechazar participar en alguna actividad porque creen que el dolor empeorará o tomarse un analgésico antes de realizarla para prevenir (Collado et al., 2016). Así mismo se ha observado que los sujetos con alto catastrofismo tienen mayor actividad en las regiones responsables del procesamiento afectivo del dolor (corteza del cíngulo anterior y corteza insular) durante una experiencia de dolor agudo y que presentan alteraciones en los valores de cortisol e interleucina-6 (García-Campayo y Rodero, 2011).

2.2.2. Miedo al movimiento

Las personas que presenta un elevado miedo al movimiento creen erróneamente que la actividad produce más dolor y/o más daño y esta creencia

suele conducir a un patrón conductual de excesivo reposo y de evitación del movimiento, lo que es perjudicial en los procesos de dolor crónico (Peters, Vlaeyen y Weber, 2005).

Existen múltiples trabajos en los que se demuestra el efecto negativo del miedo al movimiento en la experiencia de dolor crónico (Hasset, Cone, Patella y Sigal, 2000; Martin et al., 1996; Turk, Robinson y Burwinkle, 2004) y lo han relacionado con una mayor discapacidad (Boersma y Linton, 2005; Denison, Asenlof y Lindberg, 2004; Goubert, Crombez y Van Damme, 2004; Peters et al., 2005). Además, existe acuerdo en considerar el miedo al movimiento como un factor psicológico relevante en los procesos de cronificación del dolor (Zafra-Polo et al., 2014).

En el caso concreto de la fibromialgia se han encontrado resultados similares a los encontrados en otros problemas de dolor crónico: el miedo al movimiento se asocia con mayor discapacidad, más emociones negativas y mayor intensidad del dolor (de Gier, Peters y Vlaeyen, 2003; Turk et al., 2004). Sin embargo, existe un interesante estudio (Zafra-Polo et al., 2014) en el que los autores no encontraron relación entre el miedo al movimiento y el estrés en pacientes con fibromialgia, lo que atribuyen a que la muestra utilizada se encontraba laboralmente activa y no existía una alta evitación de la actividad, dimensión importante en el constructo del miedo al movimiento y que suele estar presente en pacientes que puntúan alto en dicho constructo. Así mismo, los autores de este trabajo señalan que la puntuación media en miedo al movimiento era más baja que las puntuaciones medias de otros trabajos en los que sí se encuentran efectos negativos relacionados con el miedo al movimiento (Denison et al., 2004; Gómez-Pérez, López-Martínez y Ruiz-Párraga, 2011; Goubert et al., 2004; Turk et al., 2004).

2.2.3. Autoeficacia

La autoeficacia hace referencia a las creencias de una persona sobre sus propias capacidades para manejar una situación o alcanzar un determinado resultado o meta y dichas creencias son fundamentales en la conducta de la

persona puesto que se comportará en base a ellas para poder alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1982; Bandura 1997). De esta manera, ante un determinado desafío una persona con alta autoeficacia para lograr esa tarea, se esforzará por alcanzar la meta, puesto que se ve capaz de conseguirlo, mientras que una persona con baja autoeficacia podría desistir sin intentarlo, ya que no se considera capaz de lograrlo.

En el ámbito del dolor crónico, las expectativas de autoeficacia se refieren a la habilidad para manejar y afrontar el dolor, manejar las emociones negativas asociadas al dolor, mantener las actividades de la vida cotidiana, comunicar las necesidades a los profesionales de la salud y seguir las indicaciones o consejos sobre el dolor (Miles, Pincus, Carnes, Taylor y Underwood, 2011).

En este sentido la percepción de autoeficacia parece tener un importante papel en el ajuste biopsicosocial en los trastornos de dolor crónico (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano y Perri, 2004; Turk y Okifuji, 2002). Son numerosos los estudios en los que se asocia una mayor autoeficacia con un mejor estado de salud, ya sea en casos de dolor crónico musculoesquelético (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Pastor, Martín-Aragón y Lledó, 1999; Spinhover et al., 2004) como en la fibromialgia (González et al., 2009; Lledó et al., 2010; Pastor, Lledó, Pons y López-Roig, 2011). Además, se ha observado que la autoeficacia es un factor relevante en la adecuada utilización de recursos sanitarios por parte de pacientes con fibromialgia (Pastor, Lledó, López, Pons y Martín-Aragón, 2010). Así mismo, las expectativas de autoeficacia constituyen un constructo importante en la predicción longitudinal del estado de salud de los pacientes con fibromialgia en el contexto de Atención Primaria (Pons, 2009).

A pesar de la extensa bibliografía sobre el papel de la autoeficacia en el dolor crónico y en la fibromialgia, son escasos los estudios que analizan el papel de la autoeficacia de forma simultánea con otras variables cognitivas relevantes en la experiencia de dolor (Pastor et al., 2011). En esta dirección, Zafra-Polo et al. (2014) analizaron las relaciones del catastrofismo, la autoeficacia y el miedo al movimiento con los resultados de salud de la fibromialgia y encontraron que la autoeficacia era la única variable cognitiva

que presentaba relaciones significativas con la depresión, la discapacidad y la intensidad del dolor, mientras que el catastrofismo presentaba relaciones significativas con la ansiedad. Además, encontraron una relación de signo negativo entre autoeficacia y catastrofismo.

En relación a los hallazgos anteriormente señalados, Zafra-Polo et al., (2014) concluyeron:

- Aunque la autoeficacia y el catastrofismo han sido ambos relacionados con el *distrés* general en pacientes con fibromialgia, cabe señalar la relación diferencial que establece cada una de las variables con la ansiedad y con la depresión.
- Las personas con mayor percepción de autoeficacia para el manejo de su dolor, procesan de forma menos catastrofista la situación dolorosa, lo que tiene un efecto beneficioso en las consecuencias de la enfermedad.

Por otra parte, es interesante señalar que el papel de la autoeficacia en la fibromialgia podría ser más importante que en otros procesos de dolor crónico, puesto que esta enfermedad conlleva una mayor carga de incertidumbre (Reich, Olmsted y van Puymbroeck, 2006). En este sentido, la incertidumbre promueve el sentimiento de indefensión y disminuye la percepción de autoeficacia en el manejo y afrontamiento efectivo de la enfermedad (van Houdenhove y Luyten, 2008).

2.2.4. Otras variables cognitivas

Otros constructos cognitivos relevantes en los procesos de dolor crónico son el locus de control y el apoyo social percibido.

El locus de control se refiere a la percepción de control que tiene una persona sobre una situación, pudiendo situar dicho control en sí misma (locus de control interno) o en el exterior, ya sea atribuyéndolo a otras personas, a la situación/ambiente o al azar/suerte (locus de control externo).

Es importante señalar que la percepción de controlabilidad que una persona tiene sobre un estímulo estresante influye en la activación diferencial de los dos tipos de analgesia endógena: opiácea y no opiácea (Clariana y de los Ríos, 2011). Además, en el campo concreto de la fibromialgia, se ha encontrado que existe una relación de carácter negativo entre el locus de control interno y el estado emocional en términos de ansiedad y depresión de las personas con fibromialgia (Martín-Aragón et al., 2001).

En cuanto al apoyo social percibido, resaltar en primer lugar que el apoyo social no sería una variable cognitiva, sino social; sin embargo, en este apartado nos estamos refiriendo expresamente al apoyo social PERCIBIDO, lo que permite que podamos considerarlo como constructo cognitivo.

En el campo del dolor crónico, se ha visto que el apoyo social percibido contribuye al bienestar subjetivo en pacientes con desórdenes reumáticos crónicos (Goodenow, Reisine y Grady, 1990; Savelkoul, Post, de Witte y van den Borne, 2000) y se ha observado que en pacientes con fibromialgia influye favorablemente en la percepción del dolor (Montoya, Larbig, Braun, Preissl y Birbaumer, 2004). También se ha encontrado que el apoyo social percibido correlaciona negativamente con la sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia (Salgueiro et al., 2009).

2.3. FACTORES EMOCIONALES

Ya se ha comentado anteriormente que desde el modelo biopsicosocial del dolor se considera que los factores emocionales modulan la percepción de la experiencia dolorosa.

Por otro lado, es importante señalar que tanto la depresión como la ansiedad son patologías emocionales muy unidas a cualquier tipo de enfermedad crónica, apareciendo en un 30% de ellas y más concretamente en ámbito del dolor crónico, casi un 70% de estos pacientes presentan alteraciones psicológicas o psiquiátricas (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Así mismo, la depresión y la ansiedad son patologías que se asocian muy frecuentemente con la fibromialgia, pudiendo ser causa, comorbilidad o consecuencia de la misma (Revuelta et al., 2010). Los pacientes con fibromialgia tienen el doble de posibilidades de sufrir ansiedad o depresión (Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach y Pope, 2004). Además, Revuelta et al. (2010) concluyen en su revisión sobre el tema que la aparición de la depresión y la ansiedad crónica y empeora el curso y la evolución de la enfermedad.

Además, la comorbilidad ansiedad-depresión-dolor también se ha asociado al insomnio (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2016), otro problema frecuente en la fibromialgia. Así, la ansiedad y la depresión aumentan las manifestaciones dolorosas y a su vez esta triada agrava el insomnio (Chiu et al., 2005; Kim, Lee, Yoon, An y Yoon, 2015; Moreno, Lowden, Vasconcelos y Marqueze, 2016; Tang, Wright y Salkovskis, 2007). Del mismo modo, el dolor y el insomnio exacerbaban las manifestaciones depresivas y ansiosas (figura 3).

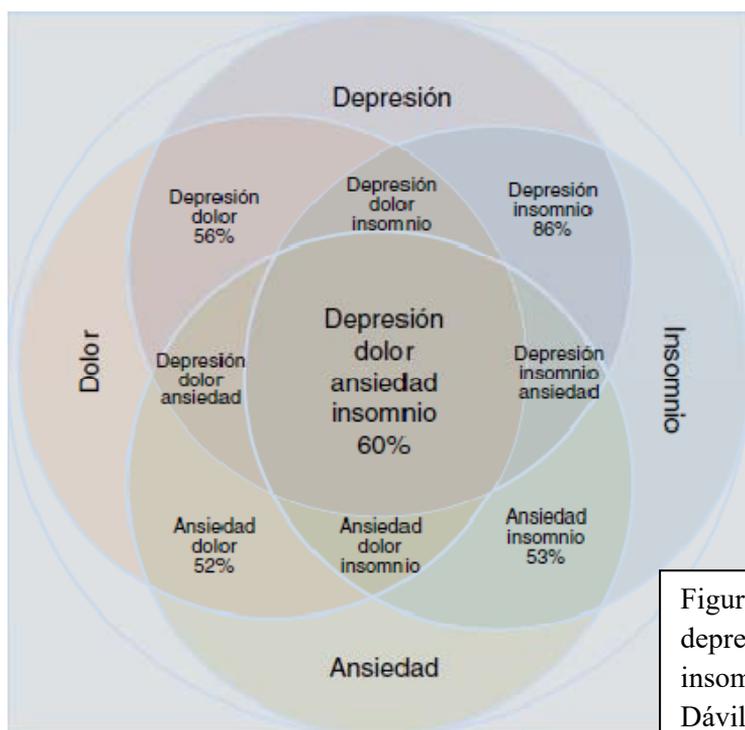


Figura 3. Relaciones entre depresión, ansiedad, dolor e insomnio. Tomado de Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2016.

2.3.1. Depresión

Un primer dato interesante es que padecer una enfermedad crónica aumenta entre 5 y 10 veces el riesgo de depresión (Evans et al., 2005). En cuanto al dolor crónico, ya se ha señalado el alto porcentaje de pacientes que padecen depresión o ansiedad y existen estudios en los que se ha demostrado que las puntuaciones en cada uno de ellos correlaciona con la intensidad y la gravedad del dolor (Xie et al., 2012), así mismo se ha visto que la depresión y la ansiedad tienen efectos independientes y acumulativos sobre la intensidad e interferencia del dolor, las limitaciones funcionales, los días de incapacidad y la calidad de vida (Yi, Kim, Ha y Lim, 2014).

Llegados a este punto, es también interesante estudiar la relación inversa: pacientes con depresión que informan de dolores concomitantes. En este sentido, se considera que los pacientes con depresión que presentan algún dolor significativo suponen un porcentaje entre el 30 y el 60% (Yi et al., 2014). En una revisión actual sobre este tema se concluye que en pacientes con depresión la prevalencia de síntomas de dolor se sitúa entre el 15 y el 100%, con una media aproximada de prevalencia del 65% (Jaracz, Gattner, Jaracz y Górna, 2016). Además, se ha observado que la presencia de síntomas dolorosos en pacientes con depresión aumenta la gravedad del estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés, la agitación o inhibición psicomotora, el aumento de peso, el insomnio, la fatiga y los problemas de concentración (Thase, 2016).

Por lo tanto, a la vista de estos resultados parece innegable la existencia de relación entre el dolor y la depresión. De hecho, existen numerosos estudios en los que se discuten las similitudes etiológicas, funcionales y estructurales entre el dolor crónico y la patología afectiva, en la que se incluye depresión y ansiedad. Arango-Dávila et al. (2016) nos ofrecen la siguiente recopilación de investigaciones sobre dicho tema:

- Los síntomas depresivo-ansiosos y los síntomas dolorosos pueden desencadenarse o agravarse por el estrés (Ashina et al., 2012; Blozik et al., 2009; Kroenke et al., 2013; Yavuz, Aydinlar, Dikmen e Incesu, 2013).

- El sistema de circuitos involucrados en la modulación del dolor tiene elementos comunes con los circuitos de regulación de la respuesta al estrés y el estado de ánimo (Borsook y Becerra, 2007; Valet et al., 2009).
- Los estudios de resonancia magnética nuclear funcional muestran que la corteza anterior del cíngulo es fundamental en el reconocimiento de la experiencia del afecto negativo en respuesta al dolor físico, área que también media en procesos de malestar asociados a exclusión social (Jaillard y Ropper, 2013; MacLulich et al., 2006).
- La transmisión del dolor emocional y la del dolor corporal comparten los mismos tractos en el sistema nervioso central (Rottmann, Jung, Vohn y Ellrich, 2010).
- Se han descrito cambios funcionales y estructurales de la amígdala y el hipocampo en trastornos del afecto y enfermedades dolorosas (Berna et al., 2010; Robinson et al., 2009).
- La disfunción de las estructuras límbicas contribuye a las perturbaciones en el funcionamiento neuroendocrino, autónomo e inmunitario que pueden influir en la generación o el agravamiento de los síntomas del estado de ánimo y del dolor. (Bellingrath, Behnken, Arolt y Zwanzger, 2013; Gotlib, Joormann, Minor y Hallmayer, 2008; Martin, Ressler, Binder y Nemeroff, 2010).
- La activación excesiva del sistema simpático, combinada con la elevada producción de citocinas proinflamatorias, desempeña un papel en la etiología depresiva y dolorosa (Strouse, 2007).
- En las células, se han señalado alteraciones en la relación neurona-glia en los síntomas tanto dolorosos como afectivos (Maletic y Raison, 2009; Syková y Chvátal, 2000).
- En la depresión-ansiedad y el dolor crónico se ha comprobado a escala molecular disfunción glutamatérgica y alteraciones de las cascadas de señalización intracelular y el soporte neurotrófico (Chao, Rajagopal y Lee, 2006; Norman et al., 2010; Stratini et al., 2013).

No obstante, también existen estudios en los que se concluye que existen dos mecanismos parcialmente segregados involucrados en el procesamiento neuronal del dolor y del afecto negativo (Jensen et al., 2010).

En cuanto al campo concreto de la fibromialgia, también existe una prevalencia significativamente mayor de síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia que la existente en población general, encontrándose en algunos estudios porcentajes cercanos a la mitad de la muestra estudiada (Bigatti, Hernandez, Cronan y Rand, 2008; Palomino, Nicassio, Greenberg y Medina, 2007; Rehm et al., 2010), mientras que en otros estudios las cifras son superiores al 50% de los casos (Jensen et al., 2010; Wilke, Gota y Muzina, 2010).

La estrecha asociación entre fibromialgia y depresión llevó a algunos autores a plantear que la fibromialgia podría estar incluida en las enfermedades del espectro afectivo o ser una consecuencia de ellos (Merayo, Cano, Rodríguez, Ariza y Navarro, 2007; Pérez-Pareja et al., 2004). En esta línea se plantearon 3 hipótesis: la fibromialgia como manifestación de la depresión, la depresión causada por la fibromialgia y la existencia de anormalidades fisiopatológicas comunes (Hudson y Pope, 1992, citado en Revuelta et al., 2010).

Sin embargo, la realidad es que no todos los pacientes con fibromialgia presentan síntomas de depresión. De ahí el sentido de las clasificaciones de tipos de fibromialgia según el perfil psicopatológico. Además, algunos autores sostienen que a diferencia de lo que ocurre con los factores clave de la fibromialgia, los factores implicados en la manifestación de la sintomatología depresiva parecen ser más de naturaleza cognitiva que estresante (Hassett et al., 2000; Okifuji, Turk y Sherman, 2000; Palomino et al., 2007). Así mismo, Panerai et al. (2002) defienden que la fibromialgia consiste en una activación del sistema inmunológico mientras que la depresión supone una supresión del mismo, describiendo así un diagnóstico diferencial de ambas patologías (Revuelta et al., 2010).

Al igual que en el campo del dolor crónico en general, existen estudios en los que se ha encontrado que los pacientes con fibromialgia y con síntomas

depresivos informaban de más dolor que los pacientes con fibromialgia sin síntomas depresivos (Aglugia, Salvi, Maina, Rossetto y Aguglia, 2011; de Souza, Potvin, Goffaux, Charest y Marchand, 2009). Sin embargo, esta relación, al menos de manera directa, es objeto de debate puesto que otros investigadores consideran que la depresión sintomática no ejerce influencia sobre la cantidad de dolor experimentado per se (Jensen et al., 2010), aunque sí puede ejercer influencia en procesos cognitivos implicados en la percepción del dolor como la atención (Bantick et al., 2002) o la anticipación (Song et al., 2006).

Mayor acuerdo existe en considerar que la sintomatología depresiva en la fibromialgia ejerce un gran efecto sobre el impacto físico y psicosocial de dicha enfermedad, ya sea por reducción del nivel de actividad o a través de la percepción negativa del funcionamiento físico (Lledó-Boyer et al., 2010). En este sentido, Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Díaz (2009) concluyen que cuanto mayor sea la gravedad de los síntomas depresivos, mayor será la evitación de la actividad, lo que conlleva mayor discapacidad. Así mismo, Phillips y Stuijbergen (2010) consideran que los síntomas depresivos en fibromialgia son un importante mediador de las limitaciones funcionales en base a las cuales se describe la discapacidad.

2.3.2. Ansiedad

Al igual que ocurre con la depresión, la ansiedad es una reacción emocional con alta prevalencia en los cuadros de dolor crónico (Gureje, 2008). De hecho, se considera que las personas sin dolor que se encuentran en contextos estresantes tienen aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar un cuadro de dolor generalizado frente a las que no se encuentran en dicho contexto (Collado et al., 2016).

En el caso concreto de la fibromialgia, también se ha encontrado una alta prevalencia de ansiedad entre los pacientes con esta enfermedad (Boyer, Mira, Calatayud, Lopez-Roig y Cantero, 2009; Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques y Pereira, 2004; Sansone, Levengood y Sellbom, 2004; White, Nielson, Harth,

Ostbye y Speechley, 2002). Las personas con fibromialgia presentan una alta ansiedad ante la evaluación y asunción de responsabilidades, ante algunos elementos fóbicos e incluso ante la vida cotidiana (Pérez-Pareja et al., 2004).

Se ha encontrado que las terapias psicológicas con las que mejora la ansiedad, también provocan una mejoría de la sintomatología dolorosa (Revuelta et al., 2010).

La ansiedad sostenida mantiene un nivel de activación de ciertos sistemas hormonales que pueden causar una alteración intracelular estable que contribuiría al mantenimiento de la amplificación de las respuestas dolorosas (Collado et al., 2016). No podemos olvidar tampoco los efectos cognitivos de la ansiedad (atención selectiva hacia los dolores, cogniciones ansiógenas...), así como los efectos que provoca el estado de tensión muscular sobre una zona corporal en la que se suelen experimentar dolores. Por lo tanto, tradicionalmente el estrés se ha propuesto como factor agravante y de mantenimiento de los síndromes dolorosos.

Centrándonos en el estrés percibido, existe un estudio (González-Ramírez, García-Campayo y Landero-Hernández, 2011) en el que se analiza la aplicabilidad del modelo transaccional del estrés de Lazarus a la fibromialgia. Este modelo postula que la reacción de estrés a una situación depende de la valoración cognitiva de la misma como amenazante, por tanto, la experiencia de estrés es una transacción entre la persona y el ambiente, de manera que el nivel de estrés depende de la percepción de discrepancia (real o no) por parte del individuo entre las demandas de la situación y sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984). En el estudio anteriormente citado de González-Ramírez et al. (2011) se subraya el importante papel que el estrés percibido tiene en el impacto de la fibromialgia y en la severidad de los síntomas.

Por otra parte, parece existir una relación bidireccional entre la sintomatología ansiosa en pacientes con fibromialgia y una mala percepción de salud física (Jensen et al., 2010). Además, el grado de ansiedad parece tener relación con el grado de incertidumbre que presentan los pacientes con fibromialgia (Reich, Johnson, Zautra y Davis, 2006). No se puede obviar que esta enfermedad conlleva una alta carga de incertidumbre en cuanto a etiología,

terapéutica y prognosis y que aún exista una notable incompreensión alrededor de ella.

En cuanto a trastornos concretos de ansiedad, las crisis de angustia aparecen con una frecuencia mayor en estos pacientes que en la población general. Éstas suelen ser reactivas a situaciones ambientales, como la dificultad, frustración o sentimientos de incapacidad que puedan presentar (Revuelta et al., 2010).

También tienen una prevalencia mayor que en la población general las fobias simples. En estos casos el objeto fóbico suele girar en torno al miedo a las enfermedades o a realizar actividades que previamente a la enfermedad el sujeto realizaba sin problemas, lo que le produciría ansiedad e intentaría evitarlas (Revuelta et al., 2010).

Así mismo, la prevalencia de la fobia social es más elevada entre pacientes con fibromialgia que en población general. En este caso Revuelta et al. (2010) consideran que deriva del miedo a estar con personas por el hecho de padecer una enfermedad incapacitante y tener un aspecto de persona sana unido junto a la desconfianza que la fibromialgia crea en la sociedad.

Igualmente, la prevalencia de estrés postraumático es mayor que en población general. Existen estudios que apoyan la idea de que sufrir un trauma psicológico, sobre todo durante la infancia y/o adolescencia aumenta la probabilidad de padecer fibromialgia (Amital et al., 2006; Anderberg, Marteinsdottir, Theorell y von Knorring, 2000). Sin embargo, éste aún es un tema controvertido y tal y como exponen Collado et al. (2016), los datos actuales aún no permiten concluir que los acontecimientos traumáticos graves tengan un claro papel en el inicio, la gravedad o la evolución de la fibromialgia.

2.3.3. Impacto y calidad de vida

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud es “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y del sistema de valores y en relación con sus objetivos,

expectativas, normas y preocupaciones” (OMS, 2002; WHOQOL, 1995). Ésta es una definición muy amplia que se puede aplicar a diversos ámbitos. Concretando este concepto al ámbito de la salud obtenemos el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que se refiere a la porción de la calidad de vida que está influenciada por el estado de salud del individuo, incluyendo la esfera física, psicológica y el funcionamiento social (Tander et al., 2008).

La literatura científica disponible sobre la calidad de vida de personas con fibromialgia coincide en considerar que dicha enfermedad tiene un gran impacto sobre la CVRS de estas personas y tal y como señalan Hoffman y Dukes (2008) en su revisión sobre el tema, existe consenso en considerar que las personas con fibromialgia sufren un grave deterioro del bienestar físico, psicológico y social. En la misma dirección, Nampiarapampil y Shmerling (2004) definieron la fibromialgia como un síndrome complejo con perjuicio significativo en la calidad de vida y Martínez (2004) señala que la escasa calidad de vida tiene un impacto global e importante.

Además, existen diferentes estudios que señalan que la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con fibromialgia es peor que la CVRS de la población general o que la dimensión psicológica de la CVRS de otras poblaciones con dolencias crónicas, como por ejemplo la artritis reumatoide (Hoffman y Dukes, 2008; Mas et al., 2008; Tander et al., 2008; Ubago et al., 2008). En este sentido, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la CVRS, los pacientes con artritis reumatoide mostraban más afectación en la dimensión física, mientras que los pacientes con fibromialgia mostraban mayor deterioro en la dimensión psicológica (Tander et al., 2008).

En cuanto a los factores que podrían estar implicados en determinar una peor calidad de vida relacionada con la salud o una peor salud percibida se señalan los siguientes:

- Intensidad del dolor y síntomas de ansiedad y depresión (Campos y Vázquez, 2012).
- Estado de ánimo deprimido, cansancio, número de hijos y edad (Ubago et al., 2008).

- Estrategias de afrontamiento focalizadas en las emociones (Campos y Vázquez, 2012). Aunque hay que señalar que otros autores como Theadom et al. (2007) no encontraron que las estrategias de afrontamiento influyeran en la calidad de vida.
- Calidad del sueño (Theadom et al., 2007).
- Creencia de que la fibromialgia es una alteración grave con importantes efectos colaterales a nivel social y económico (van Wilgen, van Ittersum, Kaptein y van Wijhe, 2008).

2.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y/o conductuales que la persona pone en marcha ante las demandas internas o externas que son percibidas como excesivas para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984). Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento se pueden considerar un medio para restablecer el equilibrio entre los recursos del individuo y las demandas excesivas a las que se enfrenta, es decir, para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor, 1990).

A partir de la década de los 90, se empezaron a realizar trabajos sobre el afrontamiento en población con fibromialgia (Pastor, Lledó, Martín-Aragón, López-Roig y Rodríguez-Marín, 2001) e incluso algunos autores consideraron el modo de afrontar un factor causal en la cronificación del problema (Goldenberg, 1996; Okifuji y Turk, 1999). En relación con esto, en un reciente estudio (Lami et al., 2018) se ha encontrado una correlación significativa inversa entre realizar conductas de afrontamiento y el malestar emocional y/o disfuncionalidad en la fibromialgia.

Los principales cuestionarios que evalúan este constructo, como por ejemplo el *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI) o la Subescala de Estrategias de Afrontamiento del Índice Combinado de Afectación de Enfermos con Fibromialgia (ICAF), constan de dos grupos de estrategias:

- Estrategias de afrontamiento pasivas o centradas en el dolor: protegerse, descansar, pedir ayuda, búsqueda de apoyo social...
- Estrategias de afrontamiento activas, no-focalizadas en el dolor o focalizadas en el bienestar: persistencia en la tarea, práctica de la relajación, realización de ejercicio físico moderado o estiramientos, autoafirmaciones de afrontamiento...

En un estudio en el que se comparaban las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con fibromialgia frente a pacientes con otros dolores crónicos, se encontró una mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivas entre los pacientes con fibromialgia (Mellegard, Grossi y Soares, 2001).

En cuanto a la utilización de estrategias específicas, Vallejo et al. (2009) encontraron que las estrategias más frecuentemente usadas en una muestra de pacientes con fibromialgia fueron descansar y protegerse, mientras que las menos frecuentemente utilizadas fueron búsqueda de apoyo social, petición de ayuda, realización de ejercicio o estiramientos y relajación.

En este punto es necesario señalar que la búsqueda de apoyo social puede representar un arma de doble filo. Algunos autores advierten de que la atención dispensada por los allegados puede suponer un refuerzo a las conductas de dependencia, rol de enfermo y a la utilización del catastrofismo y exageración de las quejas como método para conseguir atención (Lackner y Gurtman, 2004; Sullivan, Tripp y Santor, 2000). Sin embargo, en otros estudios se ha encontrado que el apoyo social fomenta la adaptación a la situación, con menor percepción del dolor e incluso menor activación de las zonas cerebrales implicadas en el procesamiento del dolor (Montoya, Larbig, Braun, Preissl y Birbaumer, 2004; Montoya et al., 2005; Staud et al., 2003; White, Nelson, Harth, Ostbye y Speechley, 2002), así como la existencia de una correlación entre las valoraciones más positivas de apoyo social percibido y menores puntuaciones en sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia (Salgueiro et al., 2009).

Otra variable que hay que tener en cuenta en relación con el afrontamiento es la aceptación del dolor. Se ha observado que la lucha por controlar las sensaciones de dolor se asocia de forma paradójica a mayor dolor

y mayor malestar (McCracken, Eccleston y Bell, 2005). En cambio, la aceptación del dolor crónico se relaciona con mejor funcionamiento emocional, social y físico de las personas afectadas (Lami et al., 2018; McCracken y Eccleston, 2003). En estudios de laboratorio también se ha encontrado que la mayor tolerancia al dolor se produce con su aceptación en vez de cuando se centran en su control (Gutiérrez-Martínez, Luciano-Soriano, Rodríguez-Valverde y Fink, 2004).

En la misma dirección, González, Fernández y Torres (2010) encontraron que la aceptación de la experiencia dolorosa (formada por la implicación en las actividades de la vida cotidiana y por la aceptación *experiencial* del dolor) se asociaba a menor dolor, menor cansancio, menor ansiedad y menor depresión, así como a una menor afectación de la calidad de vida.

2.5. PERSONALIDAD

La personalidad puede ser un factor importante en el funcionamiento físico y mental de las personas (Fishbain et al., 2006; Noyes et al., 2001). En el campo del dolor, la investigación relacionada con la personalidad se ha centrado principalmente en obtener perfiles diferenciales de personalidad, discriminar entre diferentes tipos de dolor y predecir resultados ante diferentes abordajes terapéuticos (Serrano, Cañas, Serrano, García y Caballero, 2002).

Existe una abundante bibliografía en torno a las características de personalidad de las personas con fibromialgia. Sin embargo, la variabilidad metodológica entre los diferentes estudios es notable, ya que se han utilizado diferentes instrumentos de medida.

Cuando se ha utilizado el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), algunos autores encontraron un elevado perfil de conversión (elevada hipocondría e histeria) entre muestras de pacientes con fibromialgia e incluso se ha llegado a concluir en alguna ocasión que fibromialgia e histeria son el mismo trastorno con diferente nombre (Barrera et

al., 2005). Sin embargo, tal y como señala García (2013) estudios posteriores han cuestionado ampliamente dichos resultados.

En algunos trabajos en los que se ha utilizado en MMPI (ya sea en su primera o segunda versión) se han encontrado dos perfiles, presentando uno de ellos mayor desajuste psicológico (Blasco et al., 2006; Keller, 2013). Por otra parte, lo que se encontró en otro trabajo que utilizó el MMPI-2 fue una sobredimensión de las respuestas dadas por el grupo de personas con fibromialgia frente al grupo control y a otro grupo con dolor crónico sin fibromialgia y se concluyó que este hallazgo podría deberse a un estado de hipersensibilidad y sensibilidad ante la ansiedad de las personas con fibromialgia (Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi y Palmer, 2010).

Desde la perspectiva psicobiológica, los estudios que han utilizado el Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI) encontraron que los sujetos con fibromialgia, frente a los controles sanos, presentaban niveles más elevados en Evitación del Riesgo (ER) y más bajos en Autodirección (AD) (Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg, Anderberg y Gerdle, 2009; Mazza et al., 2009). Así mismo, Lundberg et al., (2009) encontraron que la dimensión Búsqueda de Novedad (BN) era menor entre los pacientes con fibromialgia.

Desde la perspectiva de los grandes factores de personalidad, se ha utilizado el Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) y el Inventario de Cinco Factores NEO (NEO-FFI), encontrándose puntuaciones elevadas en Neuroticismo (lo más destacable) y bajas en Extraversión (Besteiro et al., 2008; Martínez, Sánchez, Miró, Medina y Lami, 2011).

En alguna ocasión también se han utilizado tests breves, como es el caso del estudio de Cerón, Centelles, Abellana y Garcia (2010) en el que se utilizó el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (*International Personality Disorders Examination*, IPDE) y se encontró un elevado número de rasgos positivos por paciente, siendo los rasgos límite y obsesivo los más frecuentes. Evidentemente este instrumento de medida no permite hablar de trastornos al ser un test de cribado.

Respecto a estos hallazgos, cabe señalar que aunque en el estudio de Sansone, Whitecar, Meier y Murry (2001) y en el Documento de consenso de la sociedad española de reumatología (Rivera et al., 2006) se asocia la fibromialgia con el trastorno límite de personalidad, la mayoría de trabajos sobre la personalidad en fibromialgia describe a estas pacientes como personas perfeccionistas, con rasgos de personalidad desadaptativos pero sin un trastorno de personalidad patognomónico de la fibromialgia (Cerón et al., 2010).

Diferentes autores coinciden en definir a las personas con fibromialgia con características relacionadas con el perfeccionismo, la responsabilidad y/o pasividad (perfil cluster C). Así, Martínez, González y Crespo (2003) las definen como exigentes, curiosas, ordenadas, honestas, responsables, morales y meticulosas. Camino, Jiménez, de Castro-Palomino y Fábregas (2009) las definen como personas emocionalmente dependientes, poco asertivas y con un patrón de comportamiento rígido. Ayats, Martín y Soler (2010) encuentran un patrón de funcionamiento en el que destaca el estilo pasivo y la tendencia a ser reservadas, ambivalentes, perfeccionistas, prudentes, indecisas y dependientes.

Otra característica que en ocasiones se ha encontrado asociada a estas pacientes con fibromialgia es la alexitimia. Por ejemplo, Van Middendorp et al. (2008) encontraron alta emocionalidad negativa y alexitimia en estas pacientes y Tuzer et al., (2010) observaron mayores puntuaciones en alexitimia entre la muestra de pacientes con fibromialgia frente a controles sanos y otro grupo con dolor lumbar crónico. Respecto a esto, la falta de expresión emocional se ha relacionado con una mayor experiencia dolorosa (Truyols, Pérez-Pareja, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

Por último, señalar que parece que las variables cognitivas y emocionales explican mejor que las variables de personalidad las diferencias individuales en torno a la percepción y tolerancia del dolor (Truyols et al., 2008).

2.6. CLASIFICACIÓN. TIPOS DE FIBROMIALGIA

Las personas con fibromialgia representan un grupo muy heterogéneo y precisamente este aspecto ha motivado la búsqueda de diferentes subgrupos dentro de esta enfermedad. Ya en 1989 Turk y Flor señalaron que se podía realizar una clasificación en función del perfil psicosocial. A partir de ahí, las diferentes clasificaciones que se han propuesto parten de utilizar el perfil psicopatológico para discriminar los diferentes grupos.

En 2003 Giesecke et al. propusieron una clasificación basada en tres factores: sensibilidad dolorosa ante la presión, factores emocionales (ansiedad y depresión) y factores cognitivos (catastrofismo y control percibido ante el dolor). A través de un análisis metodológico de clusters, obtuvieron tres grupos diferenciados de personas con fibromialgia. El primer grupo se caracterizaba por índices moderadamente aumentados de sensibilidad dolorosa y ansiedad-depresión y por puntuaciones medias en los factores cognitivos. El segundo grupo presentaba índices altamente elevados de sensibilidad dolorosa y valores significativamente altos en ansiedad-depresión y en los factores cognitivos. En el tercer grupo se observaban índices extremadamente elevados de sensibilidad dolorosa pero no se identificaban factores emocionales o cognitivos que estuvieran contribuyendo al incremento en la percepción dolorosa. Estos autores consideraban que el primer grupo era el prototípico de los ambientes de atención primaria, el segundo grupo sería más común en consultas especializadas, mientras que el tercer grupo caracterizaba la presentación neurobiológica de la fibromialgia, en la que no hay base psicológica.

En 2004 Thieme, Turk y Flor identificaron 3 subgrupos de personas con fibromialgia. Llamaron al primer grupo “disfuncional”, compuesto por pacientes con elevada percepción de dolor y elevado malestar psicológico y que realizan escasa actividad debido al dolor. El segundo grupo estaba formado por pacientes con elevado sufrimiento interpersonal (informaban de que sentían que las personas importantes en sus vidas no les apoyaban con el tema del dolor) y que presentaban problemas psiquiátricos asociados. Por último, el tercer grupo estaba formado por pacientes que realizaban un afrontamiento adaptativo,

informaban de buen apoyo social, menor percepción de dolor y mantenían un nivel alto de actividad.

En 2006 Blasco et al. observaron la presencia de dos tipos de perfiles psicopatológicos diferentes entre pacientes con fibromialgia, los llamó perfil A y perfil B. El grupo del perfil B presentaba mayor desajuste psicológico: menores recursos de afrontamiento al estrés, más demandas de ayuda, mayor dependencia, introversión, falta de autoconfianza, hipersensibilidad a la crítica, tendencia a abandonar, alta preocupación por los síntomas neurocognitivos, mayor ansiedad, más rumiaciones, cambios de humor e irritabilidad, miedo al conflicto interpersonal y mayor frecuencia de rasgos disfuncionales de personalidad. Las personas del perfil A presentan mayor preocupación por los síntomas físicos que por los neurocognitivos, presentan mayor competencia social, son más expresivas, informan de mayor autoconfianza, intentan normalizar su vida y sobrellevar los síntomas.

En 2007 Müller, Schneider y Stratz propusieron una clasificación empírica en la que diferenciaban entre cuatro grupos de pacientes con fibromialgia. El primer grupo está compuesto por personas con fibromialgia con extrema sensibilidad al dolor y sin patología psiquiátrica asociada. El segundo y tercer grupo tienen límites difusos, puesto que ambos incluyen fibromialgia y depresión, en concreto el segundo grupo comprende a personas con fibromialgia y que presentan depresión asociada al dolor comórbido, mientras que el tercer grupo está formado por personas con depresión y síndrome fibromiálgico concomitante. El cuarto grupo se refiere a la fibromialgia debida a somatización.

En 2009 Berenguer, Ramos-Casals, Siso y Rivera realizaron una revisión sistemática sobre los tipos de fibromialgia y propusieron una clasificación en cuatro grupos. En primer lugar, se encuentra la fibromialgia tipo I o fibromialgia ideopática, sin perfil psicopatológico asociado; en relación a este grupo, los autores señalan que es un subgrupo que ya fue identificado por Giesecke y por Müller. En segundo lugar, está la fibromialgia tipo II o fibromialgia asociada a enfermedades crónicas, puesto que se ha descrito fibromialgia en pacientes que ya presentaban otras enfermedades crónicas,

sobre todo del área de reumatología y en menor medida autoinmunes, siendo las más comunes el síndrome de Sjögren's y la artritis reumatoide; estos pacientes presentan un perfil psicopatológico con síntomas de ansiedad y/o depresión, que los autores llamaron perfil A. En tercer lugar, se encuentra la fibromialgia tipo III o fibromialgia en pacientes con patología psiquiátrica asociada, son pacientes que presentan una severa alteración psicopatológica, se corresponden con otro de los grupos propuesto por Giesecke y según Berenguer y sus colaboradores presentan un perfil psicopatológico relacionado con la somatización, al que denominan perfil B. Por último, está la fibromialgia tipo IV o fibromialgia simulada, grupo que los autores proponen porque observaron que en varios estudios se encontraba un grupo de pacientes que exponía síntomas fácilmente reconocibles a través de búsquedas sencillas en internet, cuyo principal objetivo era obtener la discapacidad para el trabajo y que dejaban de acudir al médico cuando sus objetivos quedaban descubiertos.

En ese mismo año (2009), de Souza et al. se plantearon encontrar subgrupos de fibromialgia a través del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, por tratarse de un instrumento sencillo y frecuentemente utilizado en la clínica con estos pacientes. Encontraron un perfil caracterizado por niveles más bajos de ansiedad, depresión y cansancio matutino (fibromialgia tipo I) y otro perfil caracterizado por niveles elevados de dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez, ansiedad y depresión (fibromialgia tipo II).

En la misma línea, Keller, de Gracia y Cladellas (2011) realizaron un estudio en el que también utilizaron el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia para identificar subgrupos de fibromialgia y obtuvieron dos grupos diferenciados, muy similares a lo obtenido por de Souza et al. La fibromialgia tipo I describe un perfil de pacientes con niveles muy elevados de fatiga, cansancio matutino y ansiedad y niveles altos en rigidez articular, dolor y síntomas depresivos. La fibromialgia tipo II describe un perfil con niveles moderados de fatiga y cansancio matutino, niveles moderadamente bajos de dolor y rigidez articular y niveles bajos de ansiedad y depresión. Cabe señalar que un mayor porcentaje de la muestra (62,2%) pertenecía al tipo I y es precisamente este grupo el que mostró peor salud percibida y más alteración en

la esfera psicopatológica, con mayor número de síntomas psicopatológicos y mayor gravedad e intensidad de los síntomas percibidos.

A la luz de estos estudios se puede concluir que el perfil de la fibromialgia es muy heterogéneo y probablemente existan subgrupos diferenciados, en los que juega un importante papel el perfil psicopatológico. De hecho, Keller et al. (2011) sugieren que dicha heterogeneidad puede ser debida a las diferencias existentes en sintomatología ansiosa y depresiva.

Otra conclusión que se desprende de los resultados obtenidos en estos estudios es que la sintomatología psiquiátrica no está presente en todos los pacientes con fibromialgia (Keller et al., 2011), lo que desmiente la hipótesis de considerar esta enfermedad como una forma de depresión enmascarada. El mismo argumento se puede utilizar para desmentir la hipótesis en la que se considera la fibromialgia como un trastorno somatomorfo, puesto que tal y como señalan Hauser, Bernardy y Arnold (2006) no todos los pacientes con fibromialgia cumplen los criterios para el trastorno somatomorfo. En cambio, los síntomas que sí están siempre presente son la hiperalgesia, cansancio y rigidez (Keller et al., 2011).

Por último, señalar que la identificación de diferentes perfiles tiene también aplicaciones terapéuticas y apoya la importancia de personalizar los tratamientos (Keller et al., 2011). En este sentido, Giesecke et al. (2003) señalan que la psicoterapia será más beneficiosa para el grupo 2 de su clasificación y los psicofármacos antidepresivos también serán de mayor ayuda para este grupo, mientras que la combinación de fármacos con propiedades antidepresivas y analgésicas será más efectiva para el grupo 3. Así mismo, Müller et al. (2007) señalan que el grupo 1 de su clasificación parece beneficiarse de fármacos que bloquean los receptores 5-HT₃, consideran que los grupos 2 y 3 probablemente respondan a antidepresivos, mientras que el grupo 4 necesitaría fundamentalmente psicoterapia.

Con el objetivo de aumentar la claridad sobre las clasificaciones mencionadas, se muestra a continuación una tabla resumen de dichas clasificaciones:

AUTORES	CLASIFICACIÓN
Giesecke et al. (2003)	Grupo 1. Típico en atención primaria. Valores medios en sensibilidad y factores emocionales y cognitivos.
	Grupo 2. Típico en consultas especializadas. Valores altos en sensibilidad y en factores emocionales y cognitivos.
	Grupo 3. Presentación neurobiológica de la fibromialgia. Valores muy altos en sensibilidad dolorosa y bajos en factores emocionales y cognitivos.
Thieme et al. (2004)	Grupo 1. Disfuncional. Elevado malestar y escasa actividad.
	Grupo 2. Elevado sufrimiento interpersonal.
	Grupo 3. Afrontamiento adaptativo.
Blasco et al. (2006)	Perfil A. Mayor preocupación por síntomas físicos, menor disfuncionalidad.
	Perfil B. Mayor desajuste psicológico.
Müller et al. (2007)	Grupo 1. Extrema sensibilidad al dolor y sin patología psiquiátrica.
	Grupo 2. Fibromialgia con depresión asociada.
	Grupo 3. Depresión y síndrome fibromiálgico concomitante.
	Grupo 4. Fibromialgia debida a somatización.
Berenguer et al. (2009)	Tipo I. Ideopática. Sin perfil psicopatológico asociado.
	Tipo II. Asociada a enfermedades crónicas. Perfil psicopatológico A, con síntomas de ansiedad y/o depresión.
	Tipo III. Con patología psiquiátrica asociada. Perfil psicopatológico B, relacionado con la somatización.
	Tipo IV. Simulada.
De Souza et al., (2009)	Tipo I. Niveles más bajos de ansiedad, depresión y cansancio matutino.
	Tipo II. Niveles elevados de dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez, ansiedad y depresión.
Keller et al. (2011)	Tipo I. Niveles más altos en fatiga, cansancio matutino, rigidez, dolor, ansiedad y depresión.
	Tipo II. Niveles más bajos de fatiga, cansancio matutino, dolor, rigidez, ansiedad y depresión.

Tabla 2. Resumen de las clasificaciones propuestas de fibromialgia.

2.7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Como ya se dijo anteriormente, el principal instrumento diagnóstico para la fibromialgia es la entrevista clínica, mediante la cual se debe recoger toda la información aportada por el paciente: antecedentes, historia del dolor, nivel del dolor, factores que lo agravan/alivian, otros síntomas asociados, impacto funcional y psicológico, actividad física, apoyo social y familiar, comorbilidad psiquiátrica, especialmente ansiedad y depresión, interferencia a nivel laboral... (Conserjería de Sanidad Comunidad Valenciana, 2014; Ministerio de Sanidad, 2011).

Además, las guías clínicas sobre fibromialgia (Conserjería de Sanidad Comunidad Valenciana, 2014; Ministerio de Sanidad, 2011) aconsejan realizar una valoración específica de los aspectos psicológicos. Para ello proponen los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de impacto de la fibromialgia (CIF/FIQ).
- Índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia (ICAF).
- Cuestionario de Salud SF-36
- Adaptación a población española con fibromialgia del Health Assessment Questionnaire (FHAQ).
- Escala visual analógica (EVA) o la numérica, para valorar la intensidad del dolor percibido.
- Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión HADS.
- Escala para valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor.
- Percepción de autoeficacia en dolor crónico CADC.

Es importante señalar que los 4 primeros instrumentos sirven para valorar impacto de la fibromialgia y estado de salud percibida, por lo que son redundantes y es necesario elegir cuáles utilizar.



CAPÍTULO 3.
TRATAMIENTO

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO

3.1. TRATAMIENTO MULTIMODAL

Puesto que el encuadre más lógico para entender la complejidad de la fibromialgia es la perspectiva biopsicosocial, el abordaje de esta enfermedad también se debe plantear desde un enfoque multidimensional (Bennett, 2002).

La aproximación multimodal o interdisciplinar para el tratamiento/manejo de la fibromialgia ha demostrado provocar un efecto positivo sobre sus principales manifestaciones, tales como dolor, fatiga, estado de ánimo, función física y autoeficacia (Häuser, Bernardy, Arnold, Offenbächer y Schiltewolf, 2009).

La opción de tratamiento combinado con componentes farmacológicos, psicológicos y ejercicio físico se presenta con un alto grado de recomendación en las principales guías para el manejo de la fibromialgia basadas en la evidencia (Buckhardt et al., 2005; Carville et al., 2008).

En nuestro país, la guía sobre fibromialgia editada y distribuida por el ministerio de Sanidad (MSE, 2011) ofrece información sobre el grado de recomendación de los distintos tratamientos. Existen cuatro grados de recomendación (A, B, C y D) en función de los niveles de evidencia científica (tablas 3 y 4).

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 3. Niveles de evidencia, tomado de la guía del MSE, 2011.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN*	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolable desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

**Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.*

Tabla 4. Grados de recomendación, tomado de la guía del MSE, 2011.

A continuación, se presentan los diferentes tratamientos, para qué aspectos de la enfermedad se recomiendan y el grado de recomendación, según la guía del Ministerio de Sanidad de 2011:

Tratamiento	Recomendación	Grado de la recomendación
Amitriptilina	Reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente. Puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas.	A
Duloxetina	Reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional. Puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas.	A
Ciclobenzaprina	Reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño. Puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas.	A
Pregabalina	Reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida. Puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas.	A
Ejercicio	Se recomiendan programas de ejercicio físico aeróbico de bajo impacto, con una intensidad inicial baja o programas mixtos, combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular. Una alternativa serían los programas de fortalecimiento muscular	A B
Terapia cognitivo conductual (TCC)	Hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la TCC sobre el control del dolor, malestar físico y el estado de ánimo.	A

Terapia conductual operante (TCO)	Hay evidencia sobre el efecto de la TCO en la reducción del número de visitas médicas.	A
Tratamiento multicomponentes	Se recomienda la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos, ya que se ha demostrado eficaz en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y capacidad física.	A
Fluoxetina	Su evidencia sobre el dolor, sueño y fatiga en estos pacientes es controvertida. Parece eficaz en depresión y limitación funcional. Es necesario confirmar su potencial beneficio antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual como único fármaco.	B
Tramadol	Hay moderada evidencia sobre su efecto para el manejo del dolor como fármaco único o combinado con el paracetamol.	B
Métodos de relajación	Utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado su eficacia.	B
Gabapentina, pramipexol, oxibato sódico, hormona del crecimiento, nabilona	Son necesarios más estudios para corroborar el beneficio de todos ellos y no se recomienda su uso en la práctica clínica habitual para el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia.	C
Agentes físicos	Varios estudios sugieren un efecto positivo a corto plazo del láser, la termoterapia superficial, los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal.	C
Terapia manual	No se ha demostrado de forma	C

	suficiente el efecto beneficioso del tratamiento quiropráctico y del masaje en el tratamiento de la fibromialgia y por lo tanto no se recomienda su uso.	
Acupuntura	No hay suficiente evidencia para recomendar la acupuntura como tratamiento de la fibromialgia, aunque algunos estudios demuestran una leve mejora del dolor en estos pacientes.	C
Homeopatía	No hay suficiente evidencia para recomendarla como tratamiento.	C
Qi-Gong, Reiki	No se ha demostrado su eficacia ni de otras terapias naturales.	C
Información/educación al paciente	Debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento.	D
Paracetamol	Aunque no hay ningún ECCA comparado con placebo que analice su eficacia en fibromialgia, parece razonable la utilización de este fármaco por razones de tolerancia y seguridad.	D
Glucocorticoides	No se recomiendan, ya que ningún estudio avala su eficacia en fibromialgia y además en tratamientos continuados la aparición de efectos secundarios es frecuente.	D

Tabla 5. Tratamientos y grados de recomendación, tomado de la guía del MSE, 2011.

Como se puede ver, esta guía también otorga un grado de recomendación A (máximo) a los tratamientos multicomponentes (combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos) y son precisamente este tipo de tratamientos los que más aspectos de la enfermedad abarcan. En este sentido cabe señalar que, aunque haya determinados fármacos

o tratamientos unicomponentes que también están recomendados con un grado A, lo están para un determinado aspecto de la enfermedad; por lo tanto, el tratamiento de elección será el que se dirija a abordar más aspectos de la enfermedad con un grado de recomendación A, siendo el tratamiento que cumple ambas características el multicomponente.

Estas recomendaciones son generales, pero si tenemos en cuenta la existencia de diferentes subgrupos de pacientes con fibromialgia cabe diferenciar diferentes líneas de intervención, según la importancia que adquiere cada componente terapéutico. De esta manera, siguiendo la clasificación de Giesecke, los grupos 1 y 2 se beneficiarían en mayor medida del tratamiento farmacológico para la ansiedad y depresión junto con la psicoterapia, que cobra una especial relevancia en el grupo 2, mientras que en el grupo 3 lo más importante sería insistir en el ejercicio físico individualizado (Alegre et al., 2010).

De todas formas, es necesario insistir en que para conseguir un abordaje de todos los aspectos disfuncionales de la fibromialgia se hace imprescindible un tratamiento interdisciplinar, lo que ya ha demostrado su efectividad en condiciones de dolor crónico (Stanos, 2012).

En una reciente revisión sobre el abordaje clínico de la fibromialgia en las diferentes guías clínicas (Ángel, Martínez y Saturno, 2016) se concluye que los abordajes terapéuticos que deben elegirse prioritariamente son las medidas no farmacológicas, dentro de las cuales las que mayor evidencia y beneficio neto tienen son el ejercicio y la terapia cognitivo-conductual, pero siempre respetando una aproximación multimodal y reservando el uso de fármacos para episodios de dolor intenso o síntomas no controlados.

A este respecto, el ejercicio y el tratamiento cognitivo-conductual se mantienen constantes en las guías creadas a partir del 2008 con el mayor nivel de evidencia (Ángel et al., 2016). Por último, es importante señalar que el establecimiento del ejercicio físico como base del tratamiento debe complementarse con las medidas farmacológicas como no farmacológicas necesarias para el manejo individualizado del paciente (Ángel et al., 2016).

3.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

En las revisiones de las guías, el área de psicología es el que cuenta con menos recomendaciones, sin embargo, esta área es también una de las que reúne mayor evidencia sólida y resultados positivos, en concreto, gracias a la terapia cognitivo-conductual (Ángel et al., 2016).

Las terapias psicológicas en fibromialgia se centran en el tratamiento de síntomas específicos, tales como los problemas de sueño, estrés, ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento desadaptativas (Macfarlane et al., 2017).

Desde 2016 la división 12 de la APA considera que el *gold standard* para las psicoterapias en fibromialgia es el tratamiento cognitivo-conductual por la fuerte evidencia empírica que lo respalda, considerándose una terapia bien establecida (Pérez-Aranda et al., 2017).

3.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual

3.2.1.1. Descripción

Desde el enfoque cognitivo-conductual aplicado al dolor se tienen en cuenta los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y físicos y se subraya la influencia de las creencias del individuo sobre la experiencia del dolor (Bennett y Nelson, 2006; Bernardy, Klose, Welsch y Häuser, 2018).

La teoría cognitivo-conductual considera que los pensamientos, emociones y conductas influyen los unos en los otros y que los pensamientos disfuncionales en los que se basa el sistema de creencias del individuo son responsables de las emociones negativas. Consecuentemente la terapia cognitivo conductual se basa en tres principios: 1) la hipótesis de acceso, según la cual los pensamientos no son inconscientes y se puede acceder a ellos, 2) la hipótesis de mediación, según la cual los pensamientos median en las respuestas emocionales y conductuales a las situaciones y 3) la hipótesis del cambio, según

la cual podemos modificar de forma intencionada la respuesta que damos a las situaciones en las que nos encontramos (Bennett y Nelson, 2006).

Por lo tanto, la TCC pretende modificar el patrón de pensamientos y actitudes negativos o disfuncionales, lo que tendrá una influencia en las emociones y en la conducta del sujeto e incluso en la percepción del dolor, en cuanto a que la experiencia del dolor comprende aspectos cognitivos y afectivos. En concreto, la modificación de pensamientos disfuncionales busca mejorar el manejo del dolor, la capacidad funcional física y las habilidades de autocuidado (Menzies, 2016; Williams et al., 2002), así como establecer objetivos realistas, potenciar que se reconozca la influencia del estrés y aceptar la posibilidad de recaídas (Bennett, 2016). Tal y como señalan Pérez-Aranda et al. (2017) con la modificación de los pensamientos disfuncionales sobre el dolor se persigue modificar las estrategias de afrontamiento del individuo.

3.2.1.2. Componentes

Bajo la nomenclatura de terapia cognitivo-conductual se incluye una amplia variedad de técnicas para trabajar aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales, lo que puede provocar que existan diferentes combinaciones de tratamiento en función de los objetivos terapéuticos (Buitrago et al., 2017). De hecho, no existe una definición universalmente aceptada de qué técnicas incluye la terapia cognitivo-conductual (Morley, 2011).

Independientemente de las técnicas concretas, normalmente la TCC dirigida a la fibromialgia integra un componente psicoeducativo y otro de entrenamiento en la adquisición y mejora de habilidades para el afrontamiento del dolor y sus consecuencias (Buitrago et al., 2017).

El componente psicoeducativo es fundamental para ajustar las expectativas del paciente a su situación en cuanto a pronóstico, curso, factores agravantes, posibilidades de actuación... La educación potencia que se adopte un rol activo, el autocuidado, la sensación de empoderamiento y la capacidad

para manejar los diferentes aspectos de la enfermedad (Bennett, 2016; Iversen, Hammond y Betteridge, 2010; Menzies, 2016).

Además de ser esencial para el paciente, la parte educativa debería extenderse a otros miembros de la familia cuando sea posible, ya que les ayuda a entender que los síntomas son reales y no imaginados (Menzies, 2016).

En cuanto al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, los diferentes programas suelen estar compuestos por todas o por alguna combinación de las siguientes técnicas:

- Técnicas de relajación o de regulación de la activación fisiológica mediante *biofeedback*. La idea general que se transmite al paciente es que si los músculos están tensos, duelen más que si están relajados y es mediante el entrenamiento en relajación la manera de destensarlos, ayudando así a disminuir la intensidad del dolor (Peña y Casals, 2009). Además, se considera que la relajación puede disminuir la actividad adrenérgica y aumentar la actividad parasimpática, lo que ayudará a disminuir la ansiedad, factor que influye en la percepción del dolor estableciéndose un círculo vicioso entre dolor-aumento de ansiedad-aumento de dolor y así sucesivamente. En cuanto a la utilización de *biofeedback* en un programa en el que ya se integran estrategias de relajación, según los resultados del estudio de Garaigordobil y Govillard (2016), no parece aportar beneficios adicionales objetivables.
- Control de la atención. Según el modelo tridimensional de la experiencia dolorosa, la dimensión cognitivo-evaluativa del dolor incluye, entre otros, factores atencionales. La idea que se transmite al paciente es que, si focaliza la atención en el dolor, la experiencia dolorosa se potencia y se percibe mayor dolor, mientras que si la atención se dirige a otros temas, la sensación de dolor queda diluida, aunque no significa que desaparezca. En este epígrafe se incluyen técnicas de distracción cognitiva y realización de actividades distractoras, ya sean individuales o en compañía.

- Reestructuración cognitiva. Anteriormente ya se ha explicado el papel de las cogniciones disfuncionales en la percepción del dolor. Teniéndolo en cuenta, se hace necesario que los pacientes aprendan a identificar los pensamientos distorsionados en relación al dolor, la fibromialgia y lo que pueden o no hacer y se les ayude a irlos sustituyendo por pensamientos y expectativas más realistas.

- Manejo de emociones. La experiencia de dolor tiene una dimensión afectiva que puede intensificar su percepción, lo que a su vez retroalimentaría las emociones disfuncionales, especialmente ansiedad y depresión (en el apartado anterior se ha explicado con mayor detalle la influencia de ambas emociones). Se trabaja la identificación de emociones y su relación con el dolor y estrategias para manejarlas: distanciamiento de las emociones, búsqueda de pensamientos distorsionados subyacentes y reevaluación, autoverbalizaciones y formas de expresión emocional.

- Solución de problemas. Se pretende disminuir las posibilidades y ocasiones de bloqueo ante una situación, con las consecuentes emociones desagradables que ello conlleva, de manera que se minimice la interferencia de estas posibles emociones desagradables en la experiencia del dolor. Así mismo, este entrenamiento puede aumentar la sensación de autoeficacia y de control sobre las diferentes situaciones difíciles que se puedan encontrar. Esta técnica se compone de las siguientes fases: orientación hacia el problema (identificación), definición y formulación del problema, generación de soluciones/alternativas, toma de decisiones y por último ejecución y verificación.

- Habilidades sociales. Como ya se ha señalado anteriormente, la fibromialgia tiene un fuerte impacto en el círculo familiar y social de la persona que la sufre, sintiéndose a menudo poco comprendida y poco apoyada. Además, en el apartado sobre personalidad se ha señalado que en algunos estudios se consideraban a estos pacientes (o al menos un subgrupo de ellos) poco asertivos. Por estos motivos, es importante que aprenda a manejar de forma asertiva las situaciones interpersonales y minimizar así las emociones desagradables que se

pueden generar en tales situaciones y que podrían verse aumentadas a raíz de un mal manejo interpersonal.

3.2.1.3. Evidencia científica

La terapia cognitivo-conductual aplicada en formato grupal ha demostrado su efectividad y eficiencia en un rango amplio de trastornos en el contexto de dolor crónico (Thorn y Kuhajda, 2006). Así mismo, numerosos ensayos clínicos han demostrado la utilidad de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento y manejo de la fibromialgia (Bennett y Nelson, 2006).

En primer lugar, se presentarán las recomendaciones de las guías de práctica clínica, ya que éstas se encuentran en lo más alto de la pirámide de información (Haynes, 2006) y son la forma de transmitir los resultados de la investigación a los profesionales y de disminuir la variabilidad en la práctica (*Institute of Medicine*, 2011). Sin embargo, tal y como se verá a continuación existen variaciones entre las distintas guías.

La guía de la European League Against Rheumatism, EULAR (Carville et al., 2008) otorga a la terapia cognitivo-conductual para la fibromialgia un grado de recomendación C, esta fuerza de recomendación es débil, equivalente a la opinión de expertos. Según este grado de recomendación no existe evidencia en contra del tratamiento, encontrándose en balance los beneficios y los costes. Los autores de esta guía apoyan dicho nivel de recomendación en un nivel de evidencia B1, cuyos criterios son existencia de estudios observacionales comparativos con diferencias estadísticas.

En cambio, la Sociedad Americana del Dolor (Buckhardt et al., 2005) otorga el más alto nivel de recomendación a la terapia cognitivo conductual basándose en la calidad de las revisiones sistemáticas (Pérez-Aranda et al., 2017).

En esta misma dirección se encuentran varias guías. Las guías de la Universidad de Texas (UoT, 2009), del Ministerio de Sanidad de España (MSE, 2011), de la Agencia de información, evaluación y calidad en salud de la

Generalidad de Cataluña (AIAQS, 2011), de la Asociación de Sociedades Médicas científicas de Alemania (AWMF, 2012) y de la Sociedad Canadiense del Dolor (CPS, 2012) otorgan un grado de recomendación A a la terapia cognitivo-conductual (Ángel et al., 2016; Agencia de información, evaluación y calidad en salud de la Generalidad de Cataluña, 2011; Eich et al., 2012; Fitzcharles et al., 2013; Ministerio de Sanidad de España, 2011). Es el grado de recomendación más alto, se interpreta como “debe hacerse”, sugiere aplicar el tratamiento porque el beneficio es significativamente mayor que los posibles efectos adversos. Estas guías basan la fuerza de la recomendación en un nivel de evidencia A1, cuyos criterios son existencia de varios ensayos clínicos aleatorizados con $p < 0,01$ con metaanálisis.

Como síntesis de las indicaciones en las diferentes guías es conveniente señalar que según la AWMF (Eich et al., 2012) y la CPS (Fitzcharles et al., 2013) la terapia cognitivo conductual es útil para disminuir el miedo al dolor y a la actividad incluso a corto plazo, así como que el aumento en autoeficacia, según la CPS, ayuda al paciente a controlar sus síntomas. Por su parte, el MSE concluye que hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la terapia cognitivo-conductual sobre el control del dolor, malestar físico y estado de ánimo en pacientes con fibromialgia.

En cuanto a la mayoría de las revisiones y metaanálisis recientes concluyen que la terapia cognitivo-conductual reduce los principales síntomas de la fibromialgia (Pérez-Aranda et al., 2017). Sin embargo, existe cierta variabilidad entre los diferentes estudios en cuanto a las medidas, a los síntomas que han mejorado, el número de sesiones... Por ejemplo, el estudio de Alda et al. (2011) se realizó con 6 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual y encontraron mejoría en funcionalidad, calidad de vida, catastrofización y aceptación del dolor respecto a los controles (tratamiento usual en atención primaria y farmacológico). En cambio, Karlsson, Burell, Anderberg y Svärdsudd (2015) aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual a lo largo de 20 sesiones y se obtuvo una mejoría en el afrontamiento al dolor crónico y efectos positivos en depresión, cansancio vital y conductas de estrés frente a los controles, que eran los sujetos de la lista de espera.

En un reciente metaanálisis (Bernardy et al., 2018) en el que se analizaba la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual, se concluyó que esta terapia era superior a los controles (lista de espera, control atencional, tratamiento usual, otras terapias no farmacológicas) en alivio del dolor, mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, reducción del estado de ánimo negativo y disminución de la discapacidad al final del tratamiento, así como en estas dos últimas variables a los 6 meses del tratamiento.

En otro metaanálisis (Glombiewski et al., 2010) en el que se estudiaba la eficacia de la terapia psicológica en fibromialgia sobre el dolor, sueño, depresión, catastrofización y funcionalidad, se concluyó que la terapia psicológica tiene efectos similares a la farmacológica a corto plazo, pero no ocurre así a largo plazo, puesto que sólo la psicológica mantiene los efectos a lo largo del tiempo.

Sin embargo, aún hay preguntas sin responder sobre cómo deberían ser los tratamientos cognitivo-conductuales para optimizar la eficacia, ya que dentro de los estudios revisados existe una alta variabilidad entre los diferentes aspectos de estos tratamientos, especialmente sobre qué técnicas concretas utilizar y el número óptimo de sesiones.

En relación con este interrogante, existe un estudio en el que se pretendía conocer la eficacia de la utilización de la técnica específica de *biofeedback* en los programas cognitivo-conductuales para la fibromialgia (Garaigordobil y Govillard, 2016), para ello se diseñaron tres grupos: 1) tratamiento cognitivo-conductual sin *biofeedback* (aunque sí se incluyen técnicas de relajación), 2) tratamiento cognitivo-conductual con *biofeedback* (los módulos de tratamiento son exactamente iguales que los del grupo anterior y también se incluyen técnicas de relajación) y 3) grupo control sin tratamiento. En ambos grupos de tratamiento se encontraron mejorías en disminución de la ira y hostilidad, ansiedad (tanto estado como rasgo) y depresión; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticas entre los resultados de los dos tratamientos. Por lo tanto, la introducción de *biofeedback* o no en un tratamiento en el que ya se integran técnicas de relajación, no obtuvo diferencias.

En cuanto al número de sesiones, la mayoría de estudios que aplican programas cognitivo-conductuales oscilan entre 6 y 20 sesiones, apareciendo incluso mayor variabilidad en relación a las horas totales de tratamiento, tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Autor	Número de sesiones de TCC	Número total de horas de la TCC
Alda et al., 2011	6	15
Ang et al., 2010	6	3
Burckhardt et al., 1994	6	9
Castel et al., 2009	12	18
Castel et al., 2012	14	28
Edinger et al., 2005	6	6
Falcao et al., 2008	20	30
García-Palacios et al., 2015	6	12
Karlsson et al., 2015	20	60
Kashikar-Zuck et al., 2005	8	12
Kashikar-Zuck et al., 2012	8	6
King et al., 2002	12	18
Luciano et al., 2011	8	16
Martínez et al., 2014	6	9
Miró et al., 2011	6	9
Nicassio et al., 1997	10	15
Redondo et al., 2004	8	20
Soares and Grossi, 2002	10	20
Thieme et al., 2006	15	30
Vlaeyen et al., 1996	12	18
Wigers et al., 1996	15	30
Williams et al., 2002	6	6

Tabla 6. Número de sesiones y horas de TCC. Adaptada de Bernardy et al., 2018.

3.2.2. Otros tratamientos psicológicos

En ocasiones se ha intentado utilizar solo un componente de la terapia cognitivo-conductual, siendo los más comúnmente elegidos solo la psicoeducación o solo la relajación, sin embargo, de forma aislada no han demostrado su eficacia para los pacientes con fibromialgia (MSE, 2011).

Además de la terapia cognitivo-conductual, se han intentado aplicar otros enfoques a estos pacientes. Los tratamientos más destacados son: terapia conductual operante, terapia de aceptación y compromiso, terapia de reducción del estrés basada en la atención plena, terapia de compasión basada en el apego, hipnosis/imaginación guiada, escritura terapéutica y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

3.2.2.1. *Terapia conductual operante (TCO)*

La terapia conductual operante se basa en los principios del aprendizaje, considerando sumamente importantes las consecuencias de las conductas, por ello son relevantes los procesos de refuerzo y castigo, así como la disponibilidad de información y la existencia de “modelos” de los que aprender las conductas.

En definitiva, se trata de utilizar los principios del condicionamiento operante para aumentar o disminuir conductas. Al ser una terapia muy centrada en la conducta problema, suele producir resultados rápidos.

De las guías revisadas, únicamente aparece la terapia conductual operante en la guía del Ministerio de Sanidad de España (MSE, 2011) y en ella se concluye que hay evidencia sobre el efecto de la TCO en la reducción del número de visitas médicas, por lo que la otorgan un grado de recomendación A, basándose principalmente para esta afirmación en la revisión sistemática y metaanálisis de Bernardy, Füber, Köllner y Haüser (2010).

3.2.2.2. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) considera el sufrimiento como algo inherente a la vida humana y defiende que la intervención esté dirigida a la aceptación y a los valores personales (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villate y Pistorello, 2013; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

Desde este enfoque se plantea el trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001) como dimensión funcional común de los distintos trastornos psicológicos, fundamentándose en la permanente huida del malestar, lo que al final limita nuestra vida si nos conduce a evitar hacer/conseguir lo que queremos y provoca “rigidez conductual”. Por eso, uno de los principales objetivos de la ACT es mejorar la funcionalidad a través de aumentar la “flexibilidad psicológica”, entendiendo por este término la capacidad de ser consciente y aceptar los pensamientos, emociones y sensaciones corporales (placenteros o desagradables) sin actuar sobre ellos para facilitar un comportamiento dirigido a los valores personales y consecución de metas a pesar de esas experiencias internas desagradables (Hayes et al., 1999; Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006).

La flexibilidad cognitiva se logra entrenando seis procesos cognitivos: aceptación, des-fusión cognitiva, conciencia del momento presente, contacto con el autoconcepto, formulación de valores y realización de acciones según compromisos personales. Se pueden sintetizar estos 6 procesos en dos: por un lado, atención plena y aceptación y, por otro lado, compromiso y cambio de comportamiento (Hayes et al., 2006).

Conociendo estos principios básicos de la ACT se puede intuir las interesantes aplicaciones de la misma al campo del dolor crónico. En este contexto la flexibilidad psicológica significa aceptar las sensaciones dolorosas, la atención se centra en las situaciones presentes y sus posibilidades, des-focalizándose de los pensamientos rumiativos y catastrofistas y el comportamiento se dirige a conseguir objetivos y metas valiosas para el sujeto a pesar del dolor (McCracken y Vowles, 2014).

Desde la ACT, en el campo del dolor crónico, se separa por un lado el dolor objetivo y por otro lado el sufrimiento y la disfuncionalidad (Yang y McCracken, 2005). Lo que predice la funcionalidad/disfuncionalidad es la disposición a experimentar dolor y la capacidad de actuar según los valores personales a pesar del dolor (McCracken, Vowles y Eccleston, 2004; Yu y McCracken, 2016).

En cuanto a su efectividad, la División 12 de la Asociación Americana de Psiquiatría lo ha incluido como un tratamiento empíricamente validado para el “dolor crónico o persistente en general” (APA Division 12, 2016).

En el campo concreto de la fibromialgia, el estudio de la efectividad de este tratamiento es aún muy reciente y se considera que aún está comenzando (Pérez-Aranda, 2017). No obstante, existen estudios sobre la eficacia de la ACT que informan de mejoras significativas en la aceptación, flexibilidad psicológica y funcionamiento global y cambios pequeños pero también significativos en catastrofismo, calidad de vida subjetiva, ansiedad y depresión (Hughes, Clark, Colclough, Dale y McMillan, 2017; Luciano et al., 2014).

3.2.2.3. *Intervenciones basadas en la atención plena (MBI).*

La atención plena o mindfulness se define como la conciencia que surge al prestar atención de manera intencionada al momento presente y sin juzgar la experiencia (Kabat-Zinn, 2003).

Existen diferentes programas basados en la atención plena, entre los que destacan la terapia de reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR), que fue propuesta por Kabat-Zinn en 1982 para aliviar el dolor en sujetos con dolor crónico y mejorar el bienestar físico y emocional, y la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), propuesta por Seagal, Williams y Teasdale en 2001, que integra la MBSR con la terapia cognitiva-conductual, de gran aplicación en el campo de la depresión (Kabat-Zinn, 2003).

Cualquier intervención basada en la atención plena incluye diferentes prácticas formales en informales de mindfulness (Crane et al., 2017). Tal y

como recogen Pérez-Aranda et al. (2017) estas prácticas sirven como método para entrenar el control atencional (Garland y Howard, 2013), los procesos emocionales incrementando la tolerancia al malestar (Holzel et al., 2011) y los procesos cognitivo-evaluativos disminuyendo la catastrofización (Davis, Zautra, Wolf, Tennen y Yeung, 2015).

Los principios teóricos de las primeras intervenciones basadas en la atención plena se desarrollaron pensando en personas con problemas físicos, que sufren dolor, bajo estado de ánimo y ansiedad relacionada con la salud (Alsubaie et al., 2017). No es de extrañar ya que los procesos psicológicos que se entrenan con la atención plena ayudan a modular la experiencia de dolor (Ludwing y Kabat-Zinn, 2008).

En cuanto a la aplicación de estos programas a la fibromialgia, existen estudios que informan de mejoras en los principales síntomas de la fibromialgia después de aplicar programas de atención plena (Cash et al., 2015; van Gordon, Shonin, Dunn, Garcia-Campayo y Griffiths, 2017), sin embargo, las revisiones sistemáticas sobre el tema arrojan resultados contradictorios: mientras que algunas advierten de la baja calidad de la evidencia y la falta de evidencia a largo plazo (Crowe et al., 2016; Lauche, Cramer, Dobos, Langhorst y Schmidt, 2013) o que no ofrecen mejorías superiores a las de la atención habitual (Theadom, Cropley, Smith, Feigin y McPherson, 2015), otras señalan que estas intervenciones mejoran los síntomas de la fibromialgia (Henke y Chur-Hanse, 2014; Kozasa et al., 2012; Martínez, Miró y Sánchez, 2016).

Existe una actual revisión narrativa sobre la eficacia de estos programas (Pérez-Aranda, 2017) en la que se diferencia entre la MBSR y la MBCT. En cuanto a la MBSR (que es a la que pertenecen la mayor parte de los programas de atención plena aplicados a la fibromialgia) concluye que presenta resultados prometedores aunque la evidencia aún no es tan fuerte como la de otras terapias (Pérez-Aranda, 2017). En cuanto a la MBCT, Pérez-Aranda (2017) señala que sólo existe un ensayo controlado aleatorizado que prueba su eficacia en la fibromialgia, por lo que se necesita más investigación para probar su eficacia en esta enfermedad. En dicho ensayo se encontró una reducción de síntomas

depresivos y del impacto de la enfermedad tras aplicar la MBCT (Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013).

3.2.2.4. Terapia de compasión basada en el apego (ABCT)

La terapia basada en la compasión se encuadra dentro de las psicoterapias de tercera generación y se está utilizando en los últimos años asociada al mindfulness (García-Campayo, Navarro-Gil y Demarzo, 2016). Los principales mecanismos de acción de estas terapias son la disminución de la autocrítica, la reducción de las rumiaciones, la revaloración de los eventos negativos y la regulación emocional (García-Campayo et al., 2016).

La palabra “compasión” puede llevarnos a error, pues no debe entenderse tal y como se entiende desde el castellano. En Psicología una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Goetz: sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de otro y que conlleva un deseo de ayudar (Goetz, Keltner y Simon-Thomas, 2010). Paul Gilbert, uno de los principales fundadores de la terapia basada en la compasión, lo define como la profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y del de otros junto con el deseo de ayudar a evitarlo (Gilbert, 2015), subrayando que la compasión es una motivación que orienta la conducta a ayudar.

En la actualidad existen diferentes intervenciones basadas en la compasión, siendo una de ellas la terapia de compasión basada en los estilos de apego, desarrollada por García-Campayo. Tal y como se desprende de su nombre este modelo se basa los diferentes estilos de apego, destacando su importancia por ser uno de los constructos fundamentales de la psicología para explicar las relaciones interpersonales y la autoimagen (García-Campayo et al., 2016).

Recientemente se ha aplicado la ABCT a un grupo de pacientes con fibromialgia como tema de una tesis y se ha encontrado que el grupo que recibió dicha terapia experimentó un aumento del estado de salud percibido y una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión (Navarro-Gil, 2017). Sin

embargo, tal y como señalan Pérez-Aranda et al., (2017) aún no existe suficiente evidencia para valorar su eficacia.

3.2.2.5. *Hipnosis/imaginación guiada*

En el campo del dolor crónico, la hipnoterapia suele consistir en sugerencias de cambio en la percepción y en el afrontamiento (Elkins, Johnson y Fisher, 2012). La hipnosis se ha utilizado para el manejo del dolor crónico tanto oncológico como no oncológico y aunque en 2006 una guía de tratamientos concluía que aún se encontraba en fase experimental (Díaz, Comeche y Vallejo, 2006), otros estudios posteriores lo consideran eficaz para el manejo del dolor (Elkins et al., 2012; Mendoza y Capafons, 2009).

La imaginación guiada es otra técnica cognitiva en la que se utiliza la sugestión para crear imágenes mentales (siendo una de las más comunes la creación de un lugar seguro) para conseguir un estado mental relajado y concentrado, tanto es así que esta técnica se puede definir como la experiencia de ver con los ojos de la mente y oír con los oídos de la mente (Kosslyn, Ganis, y Thompson, 2001). Esta técnica también se ha aplicado al campo del dolor crónico con resultados prometedores (Díaz et al., 2006; Velázquez, Vázquez y Alvarado, 2009).

En cuanto a la aplicación de la hipnosis o la imaginación guiada a la fibromialgia, son técnicas que aparecen en varias de las guías clínicas anteriormente mencionadas. En la guía de la Universidad de Texas (UoT, 2009) y en la guía de la Asociación de Sociedades Médicas científicas de Alemania (AWMF, 2012) se otorga a la hipnosis o imaginación guiada un nivel de recomendación B (Ángel et al., 2016; Eich et al., 2012), lo que se traduce en “puede hacerse” y se considera que los beneficios son mayores que los posibles efectos adversos. Esta recomendación en ambas guías se apoya en un nivel de evidencia A2 (existencia de varios ensayos clínicos aleatorizados con $p < 0,01$, sin metaanálisis).

En cambio, en la guía del Ministerio de Sanidad de España (MSE, 2011) se otorga a la hipnosis o imaginación guiada un nivel de recomendación C, que significa que no existe recomendación en contra del tratamiento y que los beneficios y efectos adversos se encuentran en balance. Esta recomendación se apoya en un nivel de evidencia C2 (insuficiente número de estudios para un metaanálisis o ensayos clínicos aleatorizados sin diferencias significativas o ensayos clínicos aleatorizados con resultados inconsistentes).

3.2.2.6. *Escritura terapéutica*

La escritura terapéutica es una técnica de expresión emocional. Se incluye en este apartado puesto que aparece nombrada entre el resto de tratamientos psicológicos para la fibromialgia en dos de las guías revisadas; sin embargo, en ninguna de ellas alcanza una fuerza de recomendación alta. En la guía del Ministerio de Sanidad de España (MSE, 2011) se la otorga un nivel de recomendación C, basado en un nivel de evidencia C2. En la misma dirección se encuentra la recomendación de la guía de la Asociación de Sociedades Médicas científicas de Alemania (Eich et al., 2012), que otorga un nivel de recomendación tipo I, que significa que la evidencia es pobre o insuficiente para decantarse a favor o en contra, basando esta recomendación en un nivel de evidencia C2.

3.2.2.7. *Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (Eye Movement desensitization and Reprocessing, EMDR)*

El EMDR se utilizó originariamente para tratar problemas de estrés postraumático, fue desarrollado por Shapiro, quien descubrió que los movimientos oculares voluntarios, así como otras vías de estimulación cerebral bilateral, se podían utilizar para reducir la intensidad de las emociones que se encontraban vinculadas a pensamientos negativos (Shapiro, 2007; Shapiro y Maxfield, 2002).

Esta técnica se centra en los recuerdos traumáticos del individuo, aunque actualmente tiene más aplicaciones que las del trastorno de estrés postraumático, pudiéndose también utilizar para la resolución de dificultades emocionales como fobias, ataques de pánico o duelos complicados y otros problemas (Gerhardt, Eich, Seidler y Tesarz, 2013; Shapiro, 2002; Shapiro, 2007; Solomon y Shapiro, 2008).

En la actualidad, se están aplicando algunos tratamientos para abordar la comorbilidad entre dolor físico y trauma psicológico (Kinori, Picado, Serra y Castellano-Tejedor, 2017). Y desde esta perspectiva varios estudios concluyen que el EMDR es efectivo para reducir la percepción subjetiva del dolor (Tefft y Jordan, 2016; Tesarz et al., 2014).

En una revisión sistemática sobre la aplicación del EMDR en dolor crónico (Tesarz et al., 2014) se encontraron dos estudios en los que la patología concreta de dolor era la fibromialgia. En el primero de ellos se concluye que la aplicación de esta técnica probablemente reduzca el estrés y el dolor, aumentando la relajación (Friedberg, 2004). En la misma dirección, en el segundo estudio se concluyó que la terapia EMDR fue efectiva para el tratamiento de los participantes del estudio (Kavakci, Semiz, Kaptanoglu y Ozer, 2012). Es interesante señalar que algunos de estos participantes habían informado de trauma en el pasado y la terapia EMDR se focalizó en el trauma, mientras que otros participantes no informaron de dicho componente y la terapia EMDR se focalizó en el dolor. Por lo tanto, la aplicación del EMDR para el tratamiento de la fibromialgia podría ser un enfoque prometedor, sin embargo, los estudios que se han comentado tienen muchas limitaciones metodológicas, como el escaso tamaño de la muestra y la ausencia de grupo control.

3.3. SALUD, EXPRESIÓN EMOCIONAL Y ACTIVIDAD ARTÍSTICA. APLICACIÓN A LA FIBROMIALGIA

Existen numerosos problemas físicos y psicológicos relacionados con el estrés, entre ellos están la fatiga, debilidad, dolor muscular, problemas de sueño, enfermedades psicosomáticas, *burnout*, depresión e irritabilidad (Christopher, Ramsey y Antick, 2013; Glise, Ahlborg y Jonsdottir, 2014). Nótese que varios de estos problemas se encuentran también asociados a la fibromialgia, como ya se ha señalado en apartados anteriores.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2010) incluyó como actividad utilizada por aquellos que informaban de un mejor estado de salud la realización de una actividad placentera para lidiar con el estrés. Por lo tanto, los pasatiempos se pueden considerar un factor protector de la salud (Vanegas-Farfano, Quezada-Berúmen y González-Ramírez, 2016).

Entre los beneficios para la salud de los pasatiempos se encuentra la relajación, dedicarse un tiempo de respiro y el apoyo en el manejo de emociones (Iwasaki y Mannell, 2000; Trenberth y Dewe, 2005). Y entre los distintos pasatiempos sobresale la práctica artística en formatos bidimensionales, como papel, lienzo o tabla, por estar presente en diferentes ambientes desde edades tempranas (Menzer, 2015).

Desde hace décadas se está estudiando el vínculo arte-salud y actualmente la utilización de la práctica artística se está aceptando en el contexto de los centros de salud comunitarios (Lafrenière, Hurlimann, Menuz y Godard, 2012; Vanegas-Farfano et al., 2016).

Una de las razones por las que la actividad artística aporta efectos beneficiosos a la salud es que se puede utilizar como distractor y se vincula de esa manera al alivio de preocupaciones, ya que al centrar la atención en estímulos placenteros se vincula a estados emocionales incompatibles con los estresores (Reynolds, Vivat y Prior, 2008; Stacey y Stickley, 2010; Van Lith, Fenner y Schofield, 2011).

Sin embargo, ese no es el único beneficio, pues también se pueden utilizar como trabajo terapéutico: las actividades artísticas posibilitan la apertura a una resignificación de los eventos y un reencuentro individual, puesto que al usar la propia simbología de la persona se facilitan los procesos de autoconocimiento y de cambio (Van Lith et al., 2011).

De esta manera la actividad artística en el ámbito terapéutico facilita la exposición a elementos estresantes y a los factores que median entre la persona y dichos elementos a través del desarrollo de dibujos, pinturas, esculturas o poesías (Marxen, 2011; Read, 2009).

Teniendo en cuenta estos beneficios y utilidades, la actividad artística se está utilizando en distintos contextos con pacientes adultos. Por ejemplo, se ha aplicado a mujeres con cáncer encontrando un mayor bienestar subjetivo y mayor sensación de control (Reynolds y Lim, 2007), así como en el contexto de adolescentes con estrés postraumático encontrando una reducción de estrés (Quinlan, Schweitzer, Khawaja y Griffin, 2015).

En tanto en cuanto que la fibromialgia es una enfermedad relacionada con el dolor crónico en la que los factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y el estado de ánimo afectan a la vivencia de los síntomas físicos que experimentan estos pacientes, consideramos que pueden beneficiarse de la utilización de las actividades artísticas como componente terapéutico.

De hecho, existen estudios en los que se está investigando la utilización de las actividades artísticas en el tratamiento de la fibromialgia con resultados prometedores en cuanto a comprensión de la enfermedad por parte de los afectados y aumento de la satisfacción personal (Guiote, 2011; Guiote, 2012; Parente, 2013).

CAPÍTULO 4.
JUSTIFICACIÓN DEL
ESTUDIO

CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el primer capítulo de este trabajo se señaló la alta prevalencia de la fibromialgia en la población española (en torno al 2,4%), así mismo a lo largo del trabajo se ha abordado la alta interferencia que puede llegar a provocar esta enfermedad en la calidad de vida y la relación con diferentes variables psicológicas. Por todo ello es evidente el motivo por el que se hace necesario incluir el tratamiento psicológico para el abordaje integral de esta enfermedad.

Ya se ha dicho que las guías clínicas recomiendan con un alto nivel de evidencia el tratamiento cognitivo-conductual, siendo éste el *gold standard* en cuanto a tratamientos psicológicos se refiere. No obstante, aún quedan muchas incógnitas por resolver en torno a la elaboración de estos tratamientos, tal y como se detalla a continuación.

Una de ellas tiene que ver con el número de sesiones, pues ya se ha señalado anteriormente la gran variabilidad que existe en cuanto a número de sesiones y duración de éstas en los diferentes estudios. Saber cuántas sesiones son necesarias y suficientes para lograr una mejoría es una cuestión de eficiencia (máximo beneficio con un mínimo coste), por lo que nos proponemos realizar una intervención cognitivo-conductual breve en la que se dote de las estrategias necesarias para que los pacientes alcancen una mejoría. Proponemos 6 sesiones, en primer lugar, porque revisando la literatura es el número mínimo más repetido entre los diferentes estudios y, en segundo lugar, porque es el mínimo número de sesiones en el que podemos introducir todos los componentes de nuestro programa sin que cada sesión tenga una duración excesivamente larga.

La otra gran incógnita se refiere a que no existe un protocolo unificado de tratamiento cognitivo-conductual. Los componentes de cada tratamiento varía de unos estudios a otros e incluso muchos estudios que investigan la eficacia de estos programas no se explicita los componentes concretos que han formado parte del tratamiento cognitivo-conductual impartido, ni su distribución en sesiones, lo que dificulta su posterior implementación, teniendo consecuencias tanto a nivel de investigación (dificultad para replicar los resultados) como a

nivel asistencial (se ofrece un tratamiento de base cognitivo-conductual, pero con el que no se puede estar seguro de haber incluido todos o los mismos componentes que en los estudios que avalan su eficacia, por lo que el nivel de eficacia del tratamiento ofrecido podría no ser el mismo que el conseguido en el estudio a causa de elementos diferenciales en la composición del tratamiento). Por este motivo, pretendemos estructurar un programa con los componentes que mayor apoyo tienen para esta población que sirva de guía para los terapeutas que quieran aplicarlo a sus pacientes.

Nuestro programa tiene un importante componente de psicoeducación sobre la fibromialgia, la experiencia dolorosa y la interrelación con los factores psicológicos, incluye trabajo de reestructuración cognitiva y manejo emocional, se enseñan distintas estrategias de afrontamiento para la vida cotidiana (establecimiento de metas realistas, aprender a priorizar, delegar y pedir ayuda, solución de problemas) y técnicas de asertividad y se entrenan distintas técnicas de relajación. Sobre este último componente decir que se ha preferido utilizar la relajación frente al *biofeedback* por su mayor facilidad de aplicación en todos los ambientes e integración en la vida cotidiana de cualquier persona. Así mismo destacar que las técnicas de relajación elegidas están relacionadas con la respiración abdominal, la visualización o la autosugestión, por su mayor similitud con las técnicas de hipnosis/imaginación guiada que por sí solas están logrando resultados prometedores en el campo del dolor crónico, tal y como se señaló en el apartado correspondiente. Las sesiones detalladas se ofrecen en el anexo I.

Por otro lado, nos parece interesante el desarrollo de la investigación sobre salud y expresión emocional a través de actividades artísticas y su actual aplicación a adultos con patologías físicas, como por ejemplo el cáncer. Ya hemos señalado que la OMS considera a la fibromialgia una enfermedad reumática, con patrón biopsicosocial. Además, se han señalado los numerosos factores psicológicos que, de presentarse, indudablemente afectan al curso de esta enfermedad, entre ellos la existencia de ansiedad, estrés o depresión. Así mismo también se ha señalado anteriormente que una de las características de personalidad que en ocasiones se ha encontrado asociada con la fibromialgia es la alexitimia y, precisamente, la falta de expresión emocional se ha relacionado

con una mayor experiencia dolorosa en general. Todo ello hace que nos preguntemos si la inclusión de un componente de expresión emocional a través del dibujo en el tratamiento convencional aportaría mayores beneficios a estos pacientes. De ahí la propuesta de nuestro tratamiento experimental, detallado en el anexo II.

Destacar que para este tratamiento experimental hemos elegido como actividad artística el dibujo, en primer lugar, por su facilidad de implantación tanto en el tratamiento como en la vida cotidiana de cualquier persona y en segundo lugar porque permite expresar sin necesidad de palabras (pensando en aquellos casos en los que les resulta difícil traducir a palabras lo que sienten). En todos los ejercicios propuestos hay una primera parte de expresión en la que representan un concepto o una emoción y una segunda parte de elaboración en la que transforman ese dibujo según unas directrices para enriquecerlo y diluir las sensaciones amenazantes y/o estresantes vinculadas al primer dibujo (misma estructura que siguen los ejercicios de esculturas del Psicodrama). Además, la utilización del dibujo puede servir también como actividad distractora a los dolores y como actividad placentera que ayude a relajarse, aumentar la sensación de control/autoeficacia y como reforzador.

PARTE

EMPÍRICA

CAPÍTULO 5.
OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y
MÉTODO

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO

5.1. OBJETIVOS

Existen numerosos estudios en los que se pretende analizar la eficacia de programas cognitivo-conductuales en pacientes con fibromialgia. Sin embargo, ya hemos visto que aún quedan muchas incógnitas por resolver en esta área. Además, no existe un protocolo unificado de tratamiento que sigan todos los estudios y en muchos casos ni siquiera se ofrece una descripción detallada del tratamiento seguido ni se especifica qué componentes se han utilizado para construir el programa implementado, lo que hace difícil la réplica de sus resultados a manos de otros investigadores y la generalización del tratamiento a nivel clínico.

En este trabajo se pretende analizar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en pacientes con fibromialgia, a los que dicha enfermedad les está produciendo repercusiones emocionales en sus vidas. Para ello se ha utilizado un programa cognitivo-conductual compuesto por los elementos que mayor apoyo tienen en la literatura científica para el tratamiento de pacientes con este diagnóstico. Se ofrece una descripción detallada de este tratamiento en el anexo I.

Así mismo, se ha confeccionado otro tratamiento cognitivo-conductual añadiendo al tratamiento convencional mencionado en el párrafo anterior un componente de expresión emocional a través del dibujo (descripción en el anexo II). Se pretende analizar su eficacia y compararla con la del tratamiento convencional.

Ambos tratamientos se han realizado con un número pequeño de sesiones, con el propósito de no alargar el tratamiento innecesariamente y buscar un punto de eficiencia.

Llegado a este punto es necesario aclarar que en el presente trabajo se valora la eficacia de los programas de tratamiento a través de medidas de funcionalidad, percepción del dolor y malestar emocional (depresión y ansiedad). Así mismo, se recogerá información sobre posibles variables

mediadoras: catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento y percepción de autoeficacia.

Por lo tanto, los objetivos del presente trabajo son:

- Estructurar dos tratamientos cognitivo-conductuales relativamente breves (6 sesiones), uno realizado con los elementos convencionales cognitivo-conductuales y otro al que se añade un componente de expresión emocional a través del dibujo.
- Comprobar si existen diferencias en las medidas de funcionalidad, percepción del dolor y malestar emocional después de aplicar los tratamientos, respecto al momento previo al tratamiento.
- Comprobar si existen diferencias en las medidas de las variables consideradas mediadoras después de aplicar los tratamientos, respecto al momento previo al tratamiento.
- Si existen diferencias en las medidas de eficacia, comparar si se producen en la misma medida con ambos tratamientos.
- Si existen diferencias en las medidas de las variables mediadoras, comparar si se producen en la misma medida con ambos tratamientos.

5.2. HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta la bibliografía revisada y los objetivos propuestos, se parte de las siguientes hipótesis:

- Las medidas de funcionalidad, percepción del dolor y malestar emocional serán significativamente mejores después de aplicar cualquiera de los dos tratamientos.
- Las medidas de las variables mediadoras serán significativamente mejores después de aplicar cualquiera de los dos tratamientos.
- Las puntuaciones en funcionalidad, percepción del dolor y malestar emocional obtenidas por el grupo de sujetos a los que se ha

aplicado el tratamiento con el componente de expresión emocional a través del dibujo serán significativamente mejores que las obtenidas por el grupo de sujetos a los que se ha aplicado el tratamiento convencional.

- Las puntuaciones de las variables mediadoras obtenidas por el grupo de sujetos a los que se ha aplicado el tratamiento con el componente de expresión emocional a través del dibujo serán significativamente mejores que las obtenidas por el grupo de sujetos a los que se ha aplicado el tratamiento convencional.

5.3. METODOLOGÍA

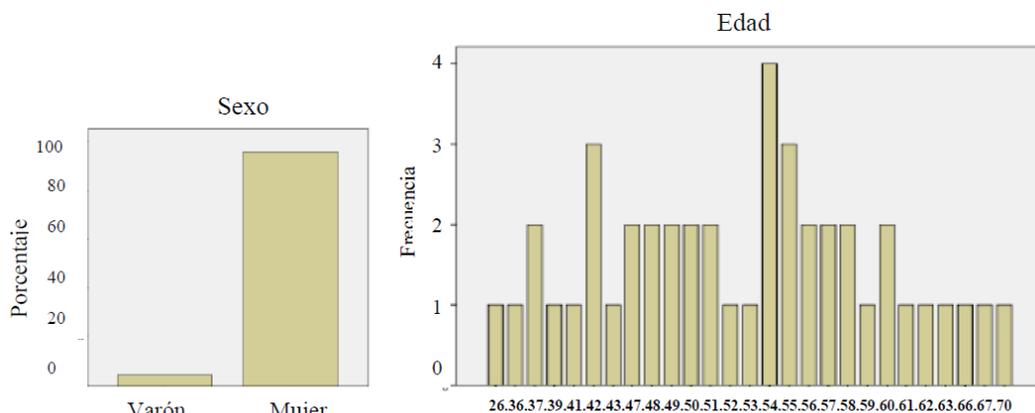
5.3.1. Participantes

La muestra obtenida para este estudio es de 44 personas con diagnóstico de fibromialgia que completaron los tratamientos, 22 de ellos recibieron el tratamiento cognitivo conductual convencional (grupo A) y los otros 22 el tratamiento con componente de expresión emocional a través del dibujo (grupo B). Adicionalmente se cuenta con un grupo de 8 personas que no desearon/pudieron realizar el tratamiento pero que sí realizaron las evaluaciones en dos momentos temporales, por lo que podría considerarse como un pequeño grupo control (grupo C).

La muerte experimental en esta investigación es del 31,25%, puesto que en un principio el número total de personas que accedió a participar en los tratamientos fue de 64. Sin embargo, algunos no se presentaron a la primera cita y otros no acudieron al tratamiento completo, quedándose la cifra final en 44, como ya se ha señalado.

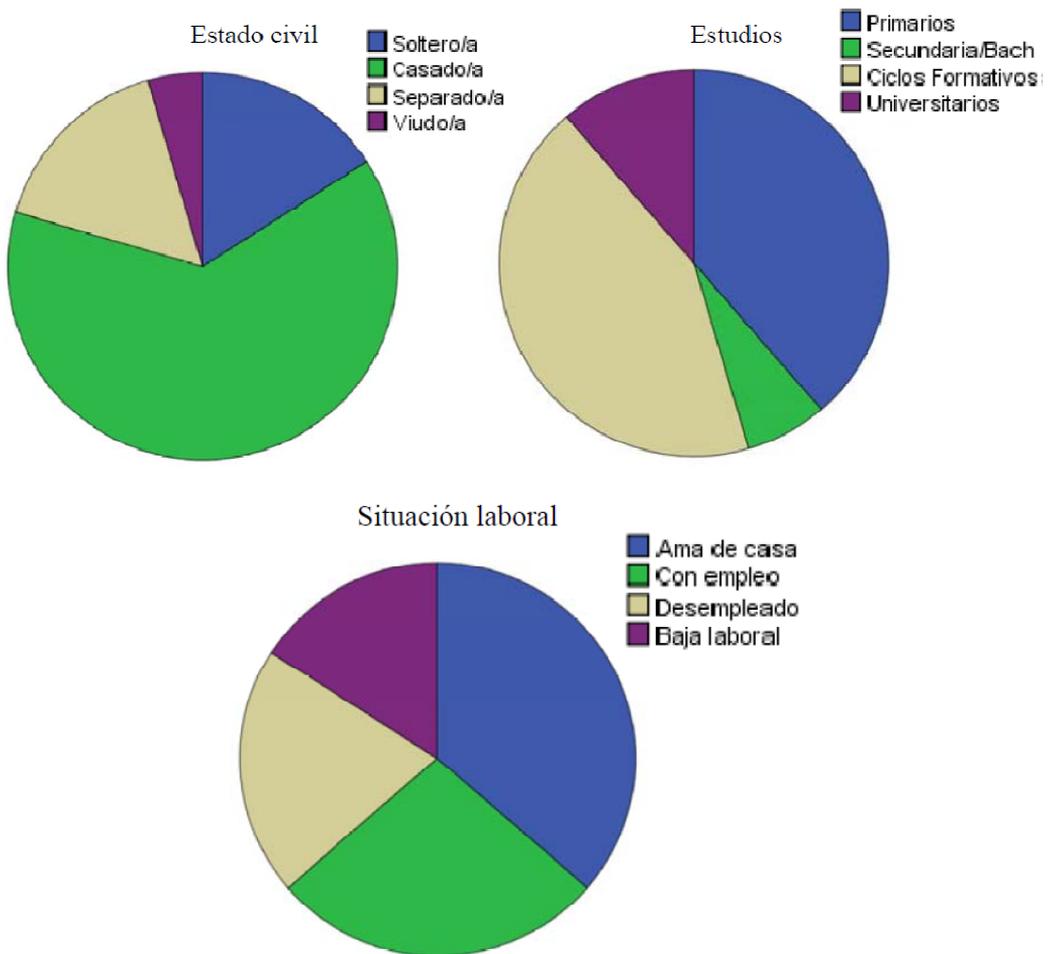
La muestra de personas que completó los tratamientos está formada por 42 mujeres y 2 hombres, lo que constituye un 95,5% de mujeres y un 4,5% de hombres (figura 4). La media de edad es de 51,61 años, siendo el valor mínimo 26 y el máximo 70. En la figura 5 se observa la distribución de la variable edad.

Todos ellos tienen nacionalidad española y residen en la provincia de Palencia (remítase al anexo VII si se desea observar a mayor tamaño).



Figuras 4 y 5. Distribución de la muestra por sexo y por edad, respectivamente.

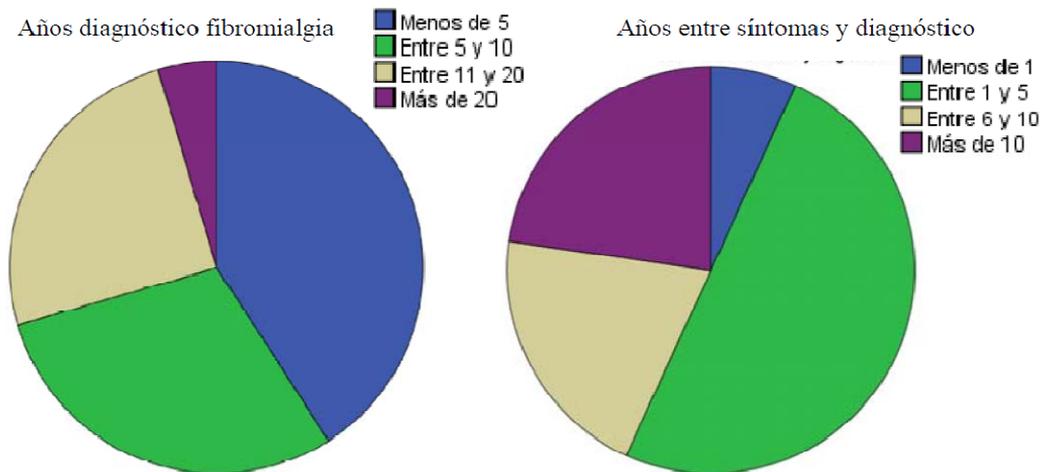
En cuanto al estado civil, el 15,9% son solteros/as, el 63,6% son casados/as, el 15,9% son separados/as o divorciados/as y el 4,5% son viudos/as (figura 6). En lo referente al nivel de estudios, el 38,6% tiene estudios primarios, el 6,8% secundaria y bachillerato (o su equivalente según los planes de estudios antiguos), el 43,3% ciclos formativos y el 11,4% estudios universitarios (figura 7). En cuanto a la situación laboral, el 36,4% son amas de casa, el 27,3% tienen empleo fuera de casa, el 20,5% se encuentra en desempleo (buscando empleo activamente) y el 15,9% está de baja laboral (figura 8).



Figuras 6, 7 y 8. Distribución de la muestra por estado civil, nivel de estudios y situación laboral, respectivamente.

Todos los participantes tienen diagnóstico de fibromialgia. El 40,9% lo ha recibido en los últimos 5 años, el 29,5% entre los últimos 5 y 10 años, el 25% entre 11 y 20 años atrás y el 4,5% hace más de 20 años (figura 9). El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico se distribuye de la siguiente manera: en el 6,8% de los casos transcurrió menos de un año, en el

50% entre 1 y 5 años, en el 20,5% entre 6 y 10 años y en el 22,7% más de 10 años (figura 10). Hay que señalar que este último porcentaje abarca principalmente a las personas con mayor edad y a las personas que afirman que sus síntomas se remontan a la adolescencia.



Figuras 9 y 10. Distribución de la muestra según los años de diagnóstico y según los años transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, respectivamente.

La comorbilidad psiquiátrica del eje I se distribuye de la siguiente manera: el 13,6% tiene diagnosticado trastorno depresivo, el 18,2% algún trastorno de ansiedad, el 9,1% distimia, el 47,7% trastorno adaptativo, el 9,1% trastorno depresivo y de ansiedad y el 2,3% algún trastorno de ansiedad junto a distimia (figura 11). Sin embargo, solo el 72,7% recibe tratamiento en el servicio de salud mental, mientras que el 27,3% no lo recibe y únicamente está en seguimiento por su médico de atención primaria.

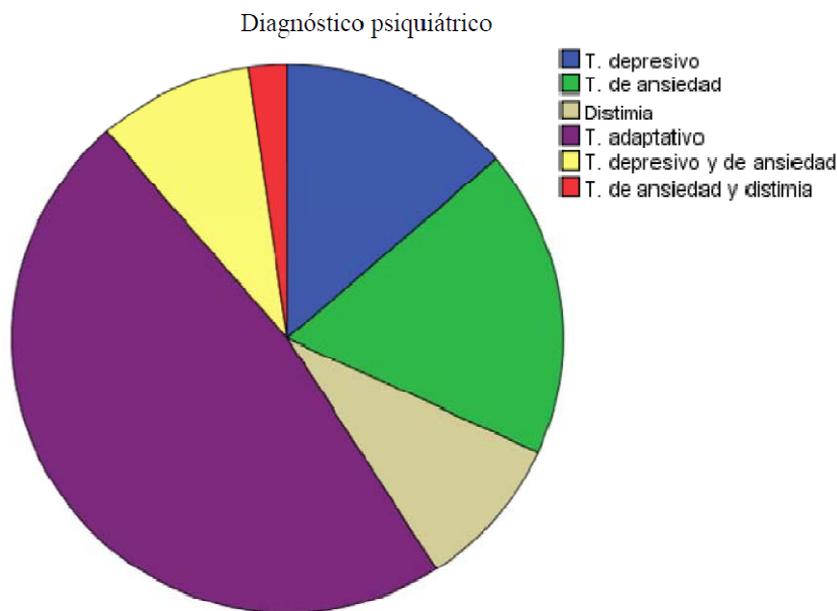
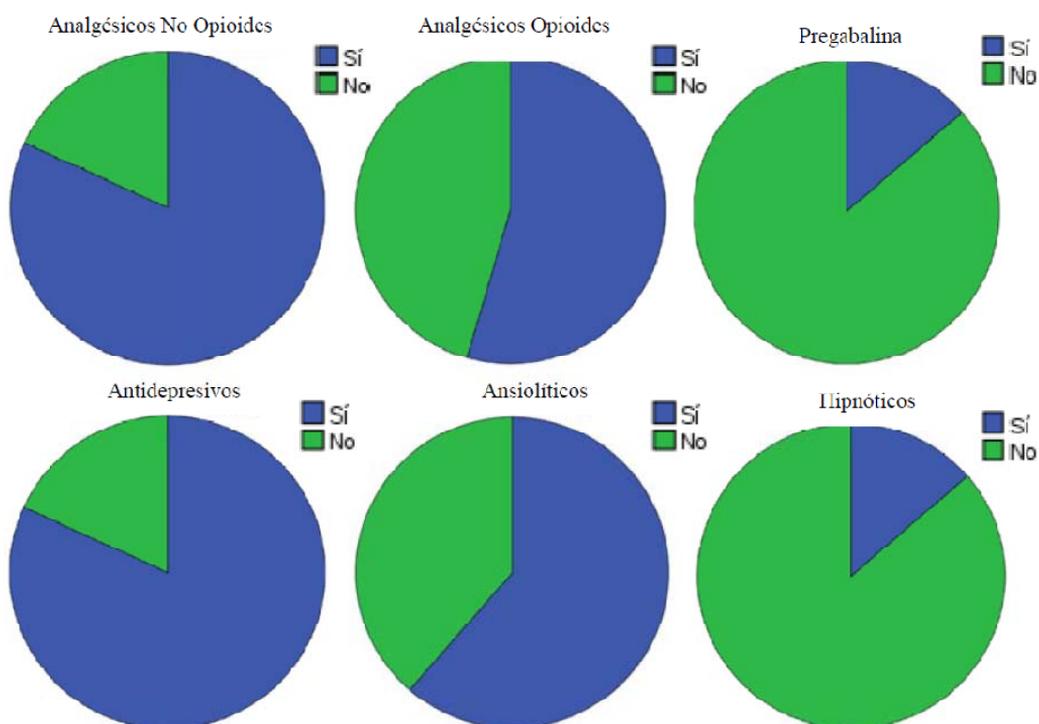


Figura 11. Distribución de la muestra según la comorbilidad psiquiátrica.

Todos los participantes toman medicación para el control del dolor y/o los síntomas emocionales. El 93,3 % tiene pautada una combinación de diferentes tipos de medicamentos frente al 6,8% que sólo tiene de un tipo. En concreto, la distribución por grupos de medicamentos es la siguiente: el 81,8% toma analgésicos no opioides (figura 12), el 54,5% analgésicos opioides (figura 13), el 13,6% pregabalina (figura 14), el 81,8% antidepresivos (figura 15), el 61,4% ansiolíticos (figura 16) y el 13,6% hipnóticos (figura 17).



Figuras 12, 13, 14, 15, 16 y 17. Distribución de la muestra según diferentes tipos de medicación tomados.

Estos datos descriptivos aparecen desglosados según los dos grupos muestrales que recibirán los diferentes tratamientos en la siguiente tabla.

	GRUPO A (N=22)	GRUPO B (N=22)
Edad en años		
Media (DT)	51,73 (9,498)	51,50 (8,954)
Sexo, n (%)		
Hombres	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Mujeres	21 (95,5%)	21 (95,5%)
Estado civil, n (%)		
Soltero/a	6 (27,3%)	1 (4,5%)
Casado/a	14 (63,6%)	14 (63,6%)
Separado/a	0 (0%)	7 (31,8%)
Viudo/a	2 (9,1%)	0 (0%)

Nivel de estudios, n (%)			
	Primarios	9 (40,9%)	8 (36,4%)
	Secundaria y Bach	1 (4,5%)	2 (9,1%)
	Ciclos formativos	11 (50%)	8 (36,4%)
	Universitarios	1 (4,5%)	4 (18,2%)
Situación laboral, n (%)			
	Ama de casa	8 (36,4%)	8 (36,4%)
	Con empleo	6 (27,3%)	6 (27,3%)
	Desempleado	4 (18,2%)	5 (22,7%)
	Baja laboral	4 (18,2%)	3 (13,6%)
Diagnóstico fibrom., n (%)			
	Menos de 5 años	9 (40,9%)	9 (40,9%)
	Entre 5 y 10 años	5 (22,7%)	8 (36,4%)
	Entre 11 y 20 años	6 (27,3%)	5 (22,7%)
	Más de 20 años	2 (9,1%)	0 (0%)
Demora diagnóstico, n (%)			
	Menos de 1 año	3 (13,6%)	0 (0%)
	Entre 1 y 5 años	10 (45,5%)	12 (54,5%)
	Entre 6 y 10 años	4 (18,2%)	5 (22,7%)
	Más de 10 años	5 (22,7%)	5 (22,7%)
Comorbilidad psiq, n (%)			
	T. depresivo	4 (18,2%)	2 (9,1%)
	T. ansiedad	3 (13,6%)	5 (22,7%)
	Distimia	2 (9,1%)	2 (9,1%)
	T. adaptativo	11 (50%)	10 (45,5%)
	T. depresivo y ansiedad	1 (4,5%)	3 (13,6%)
	T. ansiedad y distimia	1 (4,5%)	0 (0%)
Tratam. en Salud Mental, n (%)			
	Sí	15 (68,2%)	17 (77,3%)
	No	7 (31,8%)	5 (22,7%)
Combina medicaciones, n (%)			
	Sí	20 (90,9%)	21 (95,5%)
	No	2 (9,1%)	1 (4,5%)
Medicación, n (%)			
	Analgésicos	no 18 (81,8%)	18 (81,8%)
	opioides	9 (40,9%)	15 (68,2%)
	Analgésicos opioides	2 (9,1%)	4 (18,2%)
	Pregabalina	18 (81,8%)	18 (81,8%)
	Antidepresivos	12 (54,5%)	15 (68,2%)
	Ansiolíticos	2 (9,1%)	4 (18,2%)
	Hipnóticos		

Tabla 7. Datos descriptivos de la muestra

Los participantes que únicamente rellenaron las evaluaciones constituyen un grupo de 8 personas, en su totalidad mujeres y con una media de edad de 53 años (DT: 9,227). Todas ellas reciben tratamiento en Salud Mental y la comorbilidad psiquiátrica se distribuye así: el 12,5% tiene diagnóstico de trastorno depresivo, el 37,5% de distimia, el 12,5% de trastorno adaptativo, el 25% de trastorno depresivo y de ansiedad y el 12,5% de ansiedad y distimia. Todas ellas combinan analgésicos y medicación psiquiátrica (antidepresivos, ansiolíticos y/o hipnóticos).

Por último, señalar que gracias a que en la entrevista inicial se pasó un breve cuestionario de personalidad (IPDE, módulo CIE-10) a las personas que iban a realizar los tratamientos, se conocen los rasgos de personalidad más predominantes. En este punto es importante destacar que solo podemos hablar de rasgos y no de trastornos, puesto que el cuestionario empleado por sí solo únicamente permite realizar orientaciones sobre la personalidad, pero no juicios diagnósticos. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente figura:

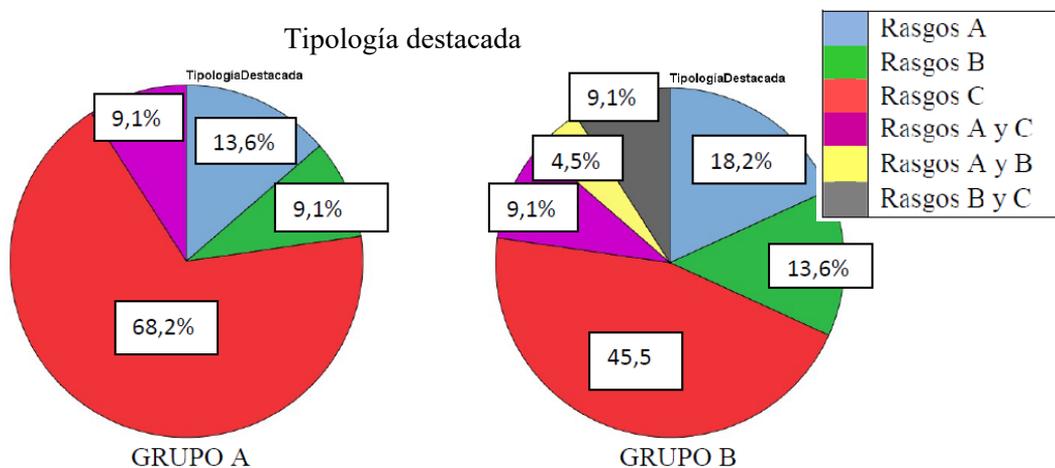


Figura 18. Distribución de la muestra por tipología de personalidad.

En ellas se puede apreciar que destacan los rasgos C en ambos grupos: en el grupo A aparecen en el 68,2% de participantes más el 9,1% que aparece en combinación (rasgos A y C) y en el grupo B aparecen en el 45,5% más en el 18,2% que aparecen en combinación (9,1% combinación de rasgos A y C más 9,1% combinación de rasgos B y C). Por otra parte, en cuanto a los rasgos A, como observación cualitativa podemos decir que la mayoría de los sujetos que puntuó alto en paranoia tenía un discurso muy centrado en que “los demás se reían a causa de su enfermedad porque no era visible” y que “la sociedad les negaba las ayudas (prestaciones) que les debería corresponder”. Nos ha parecido importante destacarlo puesto que este rasgo de personalidad podría estar “sobre-medido”, a causa de los sentimientos de injusticia que algunos participantes albergan contra el sistema y su enfermedad, puesto que las explicaciones a esos ítems se reducían únicamente a ese ámbito.

Criterios de selección:

Se seleccionó a los participantes mediante muestreo incidental consecutivo, a través de las derivaciones de los profesionales de las consultas externas del Servicio de Salud Mental del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA) y de los médicos de Atención Primaria de los Centros de Salud de Palencia.

Los criterios de selección fueron:

- Tener entre 18 y 70 años.
- Estar diagnosticado de fibromialgia, desde al menos hace 6 meses, haber aceptado el diagnóstico y presentar afectación emocional por dicha enfermedad.
- Ser usuario de las consultas externas del servicio de salud mental del CAUPA y/o del servicio de atención primaria de Palencia.
- No tener diagnóstico de: enfermedad mental grave (esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares), trastornos del espectro autista, retraso mental, demencia ni patología cerebral. No presentar problemas de alcoholismo ni drogadicción.

- Firmar el consentimiento informado y participar voluntariamente.

Los criterios de exclusión fueron no cumplir alguno de los criterios de inclusión.

La asignación al grupo de tratamiento A o B se realizó de forma consecutiva y emparejando por sexo y edad.

5.3.2. Instrumentos

Una vez que el paciente es derivado al programa se le realiza una entrevista clínica en la que se explora su historia clínica y el impacto emocional y funcional que la fibromialgia tiene en su vida actual. Si el paciente cumple los criterios de inclusión, se completa la evaluación con las siguientes pruebas psicométricas (que van servir como medida pretratamiento):

- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF) (Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007). Se trata de la versión española del FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*), cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, siendo el índice de validez de criterio de 0,76 ($p < 0,001$). Tiene 10 ítems, el primero de ellos se divide a su vez en 10 preguntas sobre la capacidad funcional del evaluado, quien debe responderlas en una escala de cuatro puntos que oscila de 0 (siempre) a 3 (nunca). El resto de los ítems no se descomponen en otras preguntas y el sujeto debe responder utilizando una escala de frecuencia semanal de 0 a 7 puntos para los ítems 2 y 3 (número de días que se sintió bien y días que no pudo hacer su trabajo habitual) y para el resto de ítems una escala de intensidad de 0 a 10 en la que se puntúan las diferentes sensaciones (dolor, cansancio, agarrotamiento, tensión, ansiedad, tristeza). Es un instrumento recomendado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) para valorar la discapacidad y el impacto global de la

fibromialgia (Rivera et al., 2006). Según la Guía de Sanidad de 2011 es el instrumento de elección para evaluar el impacto global de esta enfermedad.

- Escala Visual de Intensidad del Dolor, versión numérica (EVA numérica). Es una escala muy sencilla, se trata de una regla graduada de 0 a 10 en la que cada persona indica en qué punto considera que se encuentra su nivel de dolor. Es muy popular su uso en contextos de dolor crónico y también es adecuada para la investigación. Se encuentra entre los instrumentos recomendados por la Guía de Sanidad de 2011 para evaluar los síntomas de la fibromialgia.

- Adaptación española de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Herrero et al., 2003). Consta de 14 ítems, son preguntas formuladas en primera persona en las que el evaluado debe elegir entre 4 opciones de respuesta que varían en el nivel de intensidad en el que se pueden presentar las sensaciones por las que se pregunta. Está compuesta por una subescala de Ansiedad (7 ítems) y otra de Depresión (7 ítems), además posibilita obtener una puntuación total de Distrés sumando todos los ítems. Sus propiedades psicométricas son adecuadas: índices de consistencia interna y fiabilidad test-retest $\geq 0,70$ y de sensibilidad y especificidad $\geq 0,80$ para la escala total (Terol et al., 2007). Es una escala recomendada por la SER para valorar el estado emocional de pacientes con fibromialgia como instrumento de elección (Rivera et al, 2006).

- Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC) (Martín-Aragón, 1999). Consta de 19 ítems que el evaluado debe responder en una escala de 0 a 10 según sea su sentimiento de capacidad para las diferentes tareas propuestas. Los ítems giran en torno a la capacidad para controlar/afrentar diferentes síntomas que puede experimentar una persona con dolor crónico: controlar su fatiga, regular su actividad física, hacer algo para sentirse mejor si

está triste... (autoeficacia en el control de síntomas), a la capacidad para realizar diferentes actividades y tareas cotidianas: ejercicio físico, tareas domésticas, actividades sociales, obligaciones de trabajo... (autoeficacia en el funcionamiento físico) y a la capacidad para regular/modificar su sensación de dolor (autoeficacia en el manejo del dolor). En cuanto a la fiabilidad, el índice alfa de Cronbach utilizado para valorar la consistencia interna fue de 0,91 (Martin-Aragón et al., 1999). Este cuestionario es muy utilizado en la investigación sobre variables cognitivas y fibromialgia, puesto que es una variable que se relaciona con la disfunción y distrés que provoca esta enfermedad (Zafra-Polo et al., 2014).

- Escala de pensamientos catastrofistas ante el dolor, adaptación española del PCS (*Pain Catastrophizing Scale*) (García-Campayo et al., 2008). Es una escala de 13 ítems, cada uno de ellos tiene la forma de un pensamiento negativo relacionado con el dolor y la vida con dolor, las respuestas se hacen sobre una escala tipo *likert* de 0 a 4. El análisis factorial de la adaptación española identifica dos factores en su estructura: Rumiación y Magnificación-Indefensión, en vez de los tres propuestos en la versión original (Lami, Martínez, Miró y Sánchez, 2013). Se han identificado propiedades psicométricas adecuadas: alfa de Cronbach de 0,94 y óptimas combinaciones de sensibilidad y especificidad, siendo la mejor la que recae en el punto de corte 11 (sensibilidad = 0,80 y especificidad = 0,78) (Lami et al., 2013). Se suele utilizar en estudios en los que se evalúa la dimensión cognitiva en fibromialgia, ya que se ha visto que esta variable está relacionada con la disfunción y distrés que genera esta enfermedad (Zafra-Polo et al., 2014).

- Escala de Miedo al Movimiento, adaptación española del TSK (*Tampa Scale for Kinesiophobia*) (Gómez-Pérez et al., 2010). Se trata de la versión reducida de 11 ítems (frente a los 17 que tenía la original), puesto que es la más apropiada para la muestra española (Gómez-Pérez, López-Martínez y Ruiz-Párraga, 2011). Los ítems

adoptan la forma de pensamientos relacionados con el ejercicio, el movimiento y el daño y el evaluado debe indicar el grado en el que está de acuerdo con las afirmaciones, siguiendo una escala de 1 a 4. El análisis factorial identificó la presencia de dos factores (Evitación de la actividad y Daño) y en el análisis de la fiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,79 para la muestra de dolor crónico y de 0,81 para la muestra de dolor agudo (Gómez-Pérez et al., 2011). Esta escala se utiliza generalmente en estudios sobre variables cognitivas y fibromialgia, porque se ha encontrado relación entre esta variable y la disfunción y distrés que provocan las enfermedades asociadas al dolor crónico (Turk et al., 2004).

- Subescala de Estrategias de Afrontamiento del ICAF (índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia) (Vallejo, Rivera y Esteve-Vives, 2010). Esta subescala forma parte de una herramienta que proporciona 5 índices: emocional, físico, estrategias de afrontamiento activas, estrategias de afrontamiento pasivas y total, pudiéndose utilizar de forma global o para un área determinada. La subescala que se ha decidido utilizar presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 para el índice de estrategias de afrontamiento activas y uno de 0,77 para el de las pasivas (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Rejas, 2011). Consta de 22 ítems, de los cuales 12 corresponden a las estrategias de afrontamiento activo y 10 a las estrategias pasivas. El evaluado responde cada ítem según el número de días que ha realizado esa estrategia de afrontamiento en la última semana (escala de 0 a 7 puntos).

- Adaptación española del Cuestionario de Evaluación IPDE, módulo CIE-10 (López-Ibor, Pérez y Rubio 1996). La abreviatura IPDE corresponde al nombre en inglés del instrumento original: *International Personality Disorders Examination* (Loranger et al., 1994), cuya traducción es Examen Internacional de los trastornos de la personalidad. Éste se compone de una entrevista semiestructurada y de un cuestionario. En el presente trabajo se ha utilizado el

cuestionario, que es un instrumento breve para valorar la personalidad, sin embargo, no se puede utilizar para realizar diagnósticos puesto que produce un número considerable de falsos positivos (López-Ibor, 1996). Se trata de un instrumento compuesto por 59 ítems de respuesta verdadero/falso. Cuando se utiliza junto a la entrevista semiestructurada del mismo nombre, se considera que el IPDE es un instrumento válido y útil para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, 1994; López-Ibor, 1996). En este trabajo lo hemos utilizado como un instrumento de screening para observar la predominancia de rasgos de personalidad de la muestra.

5.3.3. Procedimiento

Se trata de un diseño cuasi-experimental, realizado en el contexto de la investigación aplicada, con los casos clínicos diagnosticados disponibles en cada momento y que realmente recibieron tratamiento psicológico, por lo que no ha sido posible la completa aleatorización ni la existencia de un grupo control riguroso.

Es un diseño pre-postest, con dos grupos experimentales que recibieron tratamientos diferentes y un pequeño grupo control formado por pacientes que no quisieron recibir el tratamiento pero que accedieron a las evaluaciones. Con este estudio se pretende comparar ambos tratamientos, siguiendo para ello una estructura factorial inter-intra de dos factores, con cuatro grupos: la variable inter-sujetos corresponde a los diferentes tratamientos y la variable intra-sujetos corresponde al momento de la evaluación (pre y post). Tras estos análisis el pequeño grupo control se utilizará para comprobar si el simple paso del tiempo produce los mismos resultados que los obtenidos tras el tratamiento.

Fases del procedimiento:

1. Selección de la muestra:

Se contactó con los profesionales que iban a derivar a los pacientes con fibromialgia al tratamiento: psicólogos y psiquiatras de las consultas externas del Servicio de Salud Mental del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA) y médicos de atención primaria de los Centros de Salud de Palencia. Se les informó del programa que se iba a llevar a cabo con los pacientes, el doble objetivo asistencial y de investigación y se insistió en los criterios de inclusión/exclusión para el estudio.

Según se recibían las derivaciones se asignaban provisionalmente a un grupo de tratamiento u otro por orden de llegada y teniendo en cuenta edad y sexo para homogeneizar esas variables. La asignación se haría definitiva posteriormente, cuando se comprobase criterios de inclusión, disposición para acudir a las sesiones y compromiso de participación.

Se contactaba telefónicamente con los posibles participantes y se les citaba para una entrevista individual. En esta entrevista se comprobaba que cumplieran los criterios de inclusión, entre ellos la repercusión emocional de la fibromialgia en su vida actual, y si efectivamente los cumplían, se continuaba con la entrevista, en la que se obtenían todos los datos que se han utilizado para describir a los participantes, y se pasaba el cuestionario de personalidad IPDE. En ese contacto también se obtenía el consentimiento informado para participar en el estudio y se insistía en la importancia de completar el programa de tratamiento.

En cada grupo había 8 plazas, cuando se completaban las 8 plazas del grupo de tratamiento A y las 8 plazas del grupo de tratamiento B, se comenzaban ese par de tratamientos. Paralelamente, se seguían recibiendo derivaciones y realizando la asignación de pacientes y las entrevistas individuales hasta completar las siguientes 16 plazas, momento en el que se comenzaba con el siguiente par de tratamiento; si no se había terminado con el par anterior, los nuevos tratamientos se realizaban otro día de la semana en el

mismo horario. En total se realizaron 8 grupos de tratamientos (4 del tratamiento A y 4 del tratamiento B).

A lo largo de todo el proceso de selección se encontraron 8 pacientes que afirmaron que no podían acudir a las sesiones de tratamiento, pero que accedieron a completar la evaluación pretratamiento en ese momento “si no era muy larga” y a acudir transcurridas 6 semanas para volverla a realizar. Para optimizar el tiempo se optó por prescindir de la recogida de los datos descriptivos y del cuestionario de personalidad IPDE y se pasó directamente al protocolo de evaluación pretratamiento. Las razones que plantearon por las que no accedieron a acudir a las sesiones fueron en la mayoría de los casos “falta de tiempo” (independientemente que trabajaran o no fuera de casa) y en algunos casos “demasiados dolores como para venir todas las semanas”.

2. Evaluación pretest

El protocolo de evaluación pretest se diseñó en función de los objetivos y de las recomendaciones existentes en la bibliografía revisada para esta población. Recuérdese que se pretende medir funcionalidad, percepción del dolor, malestar emocional (ansiedad y depresión), catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento y percepción de autoeficacia. Los instrumentos utilizados para ello aparecen descritos en el apartado de “Instrumentos” y son los siguientes:

- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)
- Escala Visual de Intensidad del Dolor, versión numérica (EVA numérica)
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)
- Escala Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC)
- Escala de pensamientos catastrofistas ante el dolor (adaptación española del PCS)
- Subescala de estrategias de afrontamiento del ICAF
- Escala de Miedo al Movimiento (adaptación española del TSK).

La evaluación pretest se llevó a cabo durante el primer contacto grupal. El entrevistador explicaba las instrucciones para completar cada cuestionario cuando todos los miembros del grupo estaban preparados para comenzar. Todos ellos son instrumentos autoaplicados y se insistió en la importancia de completar todas las preguntas, de hacerlo de manera individual y de no comentar las respuestas con los compañeros. La duración para completar los cuestionarios fue de 20 minutos aproximadamente.

3. Aplicación del programa

La fase de aplicación del programa se refiere a la implantación de los dos tipos de tratamiento diseñados. Ambos son tratamiento cognitivo-conductuales, grupales, de 6 sesiones y semanales. La duración media de las sesiones es de aproximadamente 2 horas, aunque varía ligeramente según el grupo de tratamiento.

Se realizaron un total de 8 grupos (4 para el tratamiento A y 4 para el tratamiento B). El número máximo de participantes en cada grupo era de 8 y aunque se confirmó la asistencia de 64 personas, en la práctica sólo asistieron y completaron el programa 44 pacientes, siendo el número medio de asistentes por grupo de 5,5. La distribución de participantes por grupo se detalla en la siguiente tabla

	Tratamiento A	Tratamiento B
Convocatoria 1	4	6
Convocatoria 2	6	5
Convocatoria 3	5	5
Convocatoria 4	7	6
TOTAL	22	22

Tabla 8. Distribución de participantes por grupo.

El tratamiento A se diseñó incluyendo los elementos más comunes que aparecían en los diferentes estudios sobre tratamientos cognitivo-conductuales

para pacientes con fibromialgia. El tratamiento B se diseñó manteniendo esos elementos y añadiendo un componente de expresión emocional a través del dibujo estructurado e integrado en el programa. Como ambos tratamientos son de tipo cognitivo-conductual, ambos poseen partes psicoeducativas y partes de aprendizaje de habilidades. Así mismo, a lo largo de ambos programas se trabajó la aceptación de la vida con la enfermedad, a la vez que se plantea que existen estrategias para modificar y/o modular síntomas, situaciones, comportamientos de manera que todo ello repercutirá en su bienestar. Exceptuando la primera sesión que era más simple, el esquema básico de cada sesión para ambos tratamientos fue:

- Dudas de la sesión anterior y revisión de tareas.
- Contenido teórico.
- Ejercicios sobre el contenido explicado. En el caso del tratamiento B, se añadieron ejercicios de dibujo/pintura.
- Práctica de una técnica de relajación. Todas las que se presentaron son “mente-cuerpo”, excepto la respiración abdominal.

A continuación se detalla el contenido de los programas.

SESIÓN 1: “Introducción. La fibromialgia”.

Esta sesión comienza presentándose los participantes del grupo y realizando de forma individual la evaluación pretratamiento.

Una vez que se han recogido los cuestionarios, se explica la estructura del tratamiento, el calendario de sesiones y los contenidos a tratar. Se recuerdan los objetivos y que el tratamiento está dirigido a que aprendan cómo funciona la enfermedad y el dolor para poder manejarlo mejor y conseguir que la enfermedad sólo sea una pequeña parte de sus vidas. Se vuelve a insistir en la importancia de acudir a todas las sesiones y se resuelven las posibles dudas sobre el tratamiento que se va a llevar a cabo.

El contenido teórico de esta sesión gira en torno a qué es la fibromialgia: definición, síntomas, epidemiología. Además, se anima a que cada individuo

exponga lo que conoce sobre esta enfermedad y que comparta su experiencia personal.

Antes de finalizar se explica y practica la técnica de relajación del Lugar seguro. Esta técnica se basa en la visualización, con bastante libertad de imaginación, cada uno puede imaginar el lugar que prefiera. Además, se insiste en la importancia de que la practiquen regularmente en casa para lograr efectividad y se reparten CDs con la grabación de las técnicas de relajación para que puedan practicar durante la semana la técnica que se ha ensayado en sesión facilitando así su aprendizaje.

Señalar que esta sesión es igual en ambos tratamientos, aunque en el caso del tratamiento B se añade una pequeña justificación del uso del dibujo en la explicación del tratamiento en la dirección de expresión emocional, distracción cognitiva y estrategia de relajación.

SESIÓN 2: “El dolor crónico y las distorsiones cognitivas”.

Esta sesión gira en torno a conocer el funcionamiento del dolor y los factores que lo agravan, incluyendo entre ellos los pensamientos distorsionados.

Se conceptualiza el dolor como una experiencia subjetiva, se diferencia entre dolor agudo y crónico para centrarnos en este último y se explican las tres dimensiones que lo componen (sensorial, afectiva y evaluativa). El siguiente paso es centrarse en los factores que agravan o mejoran el dolor y en base a ellos recapacitar sobre qué se puede hacer para modular el dolor. Es muy importante que los participantes tomen conciencia de este punto y puedan identificar los factores que a ellos les afectan y estrategias para manejarlo. Para ello se utilizan autorregistros.

Tras esto, nos centramos en las principales distorsiones cognitivas que existen y los pensamientos distorsionados que pueden provocar en relación al dolor, la capacidad funcional, la autoeficacia... y sus consecuencias sobre el estado emocional (sobre lo que se ahondará en la próxima sesión). Se proponen

autorregistros para realizar en casa, insistiendo en la importancia de proponer un pensamiento alternativo para modular la emoción y la conducta.

La última parte de la sesión se destina a las técnicas de relajación. Se revisan posibles problemas o dificultades en el entrenamiento guiado por CD en casa de la técnica aprendida en la sesión anterior y se entrena la respiración abdominal. Esta técnica consigue la relajación a través de una respiración profunda y diafragmática.

En el tratamiento B los ejercicios específicos que se añaden a este guión son: representar el dolor y cómo es ese dolor manejado.

- Ejercicio 1: Representa con un dibujo, una mancha de color, un garabato... lo que es para ti el dolor. Este ejercicio se pide que lo hagan después de la parte de psicoeducación sobre el dolor, antes de comenzar con los factores que lo agravan.
- Ejercicio 2: Representa cómo es ese dolor manejado. Este ejercicio se les pide después de haber realizado los autorregistros, cuando se han concienciado de que pueden hacer algo para manejarlo. Se trata de que aumenten esa conciencia y que tengan una representación visual de que pueden hacer algo, que puedan evocarla en momentos difíciles y les anime a poner en práctica diferentes posibles estrategias. Además, ambos ejercicios sirven como vía de expresión emocional.

SESIÓN 3: “Las emociones”

En primer lugar, se revisa la tarea para casa y se deja un tiempo para la puesta en común de los pensamientos alternativos y debatir el grado en el que creen que les podría ser útil en los “malos” momentos.

En esta sesión es importante destacar la interacción entre pensamiento y emoción y la influencia que éstas tienen en el estado físico. Deben hacerse conscientes de que estas interacciones son bidireccionales y que llevan a formar círculos viciosos entre pensamientos catastrofistas, emociones de polo negativo

y sensaciones físicas desagradables entre las que se encuentra una percepción de dolor intensificada. A su vez todo ello influye en la conducta.

Se ofrece psicoeducación sobre lo que son las emociones, cuáles son las emociones básicas y cómo diferenciar qué son sentimientos y qué son pensamientos. Es muy importante enfatizar que las emociones no son ni buenas ni malas por sí mismas, son las que son y todas son necesarias, pero pueden resultar saludables o no saludables según cómo se gestionen. Se exponen los pasos de una adecuada gestión emocional, incluyendo en estos una buena conciencia emocional, la expresión emocional, la aceptación de aquellas emociones saludables (aunque sean de polo negativo) y la modulación de las no saludables a través de un análisis de pensamientos disfuncionales y desadaptativos y de la búsqueda de otros más adaptativos. Se trabajan estos pasos a través de la exposición y análisis de ejemplos personales.

Se solicita un nuevo autorregistro (situación y pensamiento antecedente, emoción, qué hiciste y qué pensabas después de sentir la emoción, cómo te sentías físicamente y grado de dolor, pensamiento alternativo, cómo te hubiera hecho sentir y qué otros cambios hubieras experimentado) como tarea para casa. Y se insiste en la importancia de la práctica diaria para conseguir efectividad.

En cuanto a las técnicas de relajación, se revisan posibles dificultades del entrenamiento en casa de la técnica aprendida la semana anterior y se entrena una nueva técnica: el jardín privado. Es una técnica basada en la visualización, al igual que en la primera sesión, la diferencia está en que en este caso hay mayor guía para la imaginación de elementos.

En el tratamiento B los ejercicios específicos que se añaden a este guión son: representar la tristeza y modificar ese dibujo al recordar la última situación en la que estuvieron tristes evocando los pensamientos y todos los detalles posibles.

- Ejercicio 1: Representa con un dibujo, una mancha de color, un garabato... lo que es para ti la tristeza. Este ejercicio se pide que lo hagan al comienzo de la psicoeducación sobre las emociones.

- Ejercicio 2: Recuerda la última vez que sentiste tristeza con el máximo de detalles posibles: la situación, qué estabas haciendo y qué pensabas. Ahora mira tu dibujo y modifica lo que creas necesario para que represente cómo te estabas sintiendo en esa situación en particular. Este ejercicio se les pide tras acabar el anterior y con ello se persiguen principalmente dos objetivos: 1) aumentar la conciencia de cómo los pensamientos y las acciones influyen en la emoción y 2) practicar una vía de expresión para sus emociones.

SESIÓN 4: “Impacto de la enfermedad. Estrategias para la vida cotidiana”

Se dedica el primer espacio de la sesión a revisar la tarea para casa y debatir grado de utilidad y percepción individual de autoeficacia para incorporar los autorregistros y los ejercicios de gestión emocional a su vida cotidiana. Se discuten posibles problemas.

Posteriormente se pide que reflexionen sobre los cambios que han experimentado a raíz de la enfermedad en su vida cotidiana, incluyendo el área física, de ocupación/laboral y de ocio. El objetivo es que sean conscientes de que puede haber cambios positivos, no todo es negativo, de que existen pequeñas estrategias que ayudan en el proceso de adaptación y que es más adaptativo utilizarlas para poder llevar una vida completa que dejar de realizar actividades, puesto que esto provoca consecuencias negativas tanto en el estado emocional como a nivel físico, lo que a su vez retroalimenta la inactividad y así sucesivamente. Así mismo se pretende aumentar el nivel de autoeficacia y motivación para utilizar las diferentes estrategias e integrarlas en su vida cotidiana.

Las estrategias que se exponen y sobre las que se trabaja con ejercicios son: marcarse un ritmo y aprender a priorizar, pedir ayuda, establecimiento de metas realistas y resolución de problemas. Es también importante destacar el papel del aprendizaje y las anticipaciones negativas en la dirección de “no voy a ser capaz”.

Como tarea para casa se pide que cada uno reflexione sobre sus objetivos personales y establezca un plan de metas realistas a corto y a largo plazo. También deben poner en práctica cada una de las estrategias aprendidas al menos en una ocasión durante la siguiente semana.

En el tiempo dedicado a la relajación se revisan posibles problemas en el entrenamiento de la técnica aprendida en la sesión anterior y se entrena la siguiente técnica: relajación por sugestión. En ella se guía al grupo a sentir sensaciones de relajación mediante verbalizaciones escritas en primera persona.

En el tratamiento B los ejercicios específicos que se añaden a este guión son: representa cómo te hacen sentir los cambios experimentados en tu vida y modifícalo para representar cómo te sientes después de conocer que puedes utilizar diferentes estrategias.

- Ejercicio 1: Representa con un dibujo, una mancha de color, un garabato... cómo te hacen sentir los cambios que has experimentado en tu vida cotidiana a raíz de la enfermedad. Este ejercicio se pide que lo hagan después de las reflexiones sobre los cambios de cada uno.
- Ejercicio 2: Modifica el dibujo anterior para representar cómo te sientes al saber que puedes modular esos cambios con diferentes estrategias. Este ejercicio se pide después de haber trabajado sobre las diferentes estrategias que pueden utilizar en su vida cotidiana. Con la modificación de la imagen se pretende intensificar la sensación de control sobre cómo se sienten a través de la utilización de diferentes estrategias. Y ambos ejercicios sirven como vía de expresión emocional.

SESIÓN 5: “Impacto de la enfermedad en las relaciones sociales”

Se revisan las tareas para casa y se comentan las posibles dificultades que hayan aparecido al utilizar las diferentes estrategias y su nivel de utilidad.

Se les pide que reflexionen sobre cómo perciben que han cambiado las relaciones con los demás (familia, pareja, amigos) a raíz de la enfermedad y los posibles motivos. Se pretende que tomen conciencia sobre la interacción entre su actitud, la actitud del otro y la información disponible para ambos. Se pide que piensen en un problema interpersonal reciente y se plantea un autorregistro con las siguientes columnas: situación, pensamiento, emoción, conducta, cómo reaccionó el otro y posibles pensamientos y emociones del otro.

También es importante que tomen conciencia sobre sus patrones de comunicación, el papel del aprendizaje en este ámbito, qué estilo de comunicación tienden a utilizar y las reacciones más probables que despierta cada estilo de comunicación.

Se plantea el estilo asertivo como el más eficaz, se dan pautas de asertividad y se aplican a situaciones ejemplo relacionadas con problemas interpersonales y fibromialgia: pedir ayuda en determinados momentos, enfrentarse a comentarios peyorativos sobre su enfermedad y a otras situaciones de incompreensión por parte de los demás en diferentes situaciones relacionadas con las dificultades más.

La tarea para casa es que busquen ejemplos de diferentes problemas interpersonales suyos, los analicen siguiendo el autorregistro planteado al principio de la sesión, identifiquen los estilos de comunicación y debajo describan cómo podrían haber actuado siguiendo un estilo asertivo, especificando lo que dirían.

En cuanto a las técnicas de relajación, se revisan posibles problemas en la ejecución de la técnica anterior y se practica la siguiente técnica: respiración atenta. Consiste en aumentar la conciencia de las sensaciones al respirar, es un ejercicio de meditación, en sí mismo no persigue la relajación, pero sí es un efecto que se logra al practicarlo.

En el tratamiento B los ejercicios específicos que se añaden a este guión son: representa cómo te hacen sentir los cambios experimentados en tus relaciones sociales y modificalo para representar cómo te sientes después de conocer que puedes modular esas interacciones.

- Ejercicio 1: Representa con un dibujo, una mancha de color, un garabato... cómo te hacen sentir los cambios que has experimentado en tus relaciones sociales a raíz de la enfermedad. Este ejercicio se pide que lo hagan después de las reflexiones sobre los cambios de cada uno.
- Ejercicio 2: Modifica el dibujo anterior para representar cómo te sientes al saber que puedes modular esos cambios según sea tu interacción. Este ejercicio se pide después de haber trabajado sobre los estilos de comunicación. Al igual que en la sesión anterior, con la modificación de la imagen se pretende intensificar la sensación de control, en este caso sobre sus relaciones personales. También está presente la función de expresión emocional de ambos ejercicios.

SESIÓN 6: “Repaso y recaídas”

Al igual que en sesiones anteriores, se destina la primera parte de la sesión a revisar las tareas para casa y comentar posibles dificultades.

Se deja espacio para comentar lo que ellos han aprendido, lo que les ha parecido más útil, lo que les resulta más fácil de utilizar... Se recogen todas las ideas y se completa el resumen, de manera que al final queden recogidas las principales herramientas que se han trabajado: autorregistros, búsqueda de pensamientos alternativos, aceptación de emociones saludables y de las situaciones que no se pueden cambiar, priorizar, planteamiento de metas realistas con las que comprometerse, resolución de problemas, pautas de asertividad, técnicas de relajación y en el caso del grupo B, expresión emocional a través del dibujo. Se insiste en que son herramientas que se han puesto a su disposición y de que su efectividad depende en gran medida de su práctica habitual. A lo largo de todo el programa se ha fomentado la aceptación de que la enfermedad es crónica y con brotes, habrá cosas que no se puedan cambiar, pero cada uno puede poner en marcha muchas estrategias para vivir mejor y de forma normalizada, por lo que es fundamental el papel que ellos mismos juegan en su propia enfermedad.



Figura 19. Espacio que ocupa la enfermedad.

Se plantea como actividad que cada uno elabore un plan de acción para posibles brotes. Se ponen en común y se intentan identificar qué dificultades pueden surgir al ponerlos en práctica y posibles soluciones o alternativas.

En el espacio para las técnicas de relajación, se revisan las posibles dificultades con la técnica anterior y se comentan las diferentes experiencias en la práctica de las técnicas aprendidas. En esta sesión no se ofrece ninguna técnica nueva, sino que se vuelve a realizar la que el grupo en general prefiera (por votación a mano alzada).

Antes de finalizar se realiza la evaluación post-tratamiento.

En el tratamiento B los ejercicios específicos que se añaden a este guión son: representa tu futuro y modifícalo si no te gusta lo que ves.

- Ejercicio 1: Representa con un dibujo, una mancha de color, un garabato... tu futuro. Este ejercicio se pide después de haber revisado las tareas para casa de la sesión anterior.
- Ejercicio 2: Si no te gusta lo que representa el dibujo anterior, modifícalo para que represente un futuro que te gusta y que te transmita sensaciones de bienestar. Este ejercicio se pide después de realizar el repaso del programa. Una vez más se vuelve a trabajar sensación de control y autoeficacia (sentirse capaz de realizar cambios), motivación (es posible y me apetece hacerlos) y expresión emocional.

4. Evaluación postest

Esta evaluación se realizó durante la última parte de la última sesión de los grupos. De esta manera nos aseguramos de que todos los participantes que completaron el tratamiento, realizaban la evaluación postest.

El protocolo de evaluación postest era exactamente el mismo que el aplicado en la evaluación pretest al comienzo del programa y se aplicó de la misma manera y con la intención de medir las mismas dimensiones. Recuérdese que los instrumentos utilizados eran los siguientes:

- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)
- Escala Visual de Intensidad del Dolor, versión numérica (EVA numérica)
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)
- Escala Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC)
- Escala de pensamientos catastrofistas ante el dolor (adaptación española del PCS)
- Subescala de estrategias de afrontamiento del ICAF
- Escala de Miedo al Movimiento (adaptación española del TSK).

Además, al finalizar se añadió un breve cuestionario de satisfacción (ver anexo III) para obtener feedback del programa.

CAPÍTULO 6.
RESULTADOS

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

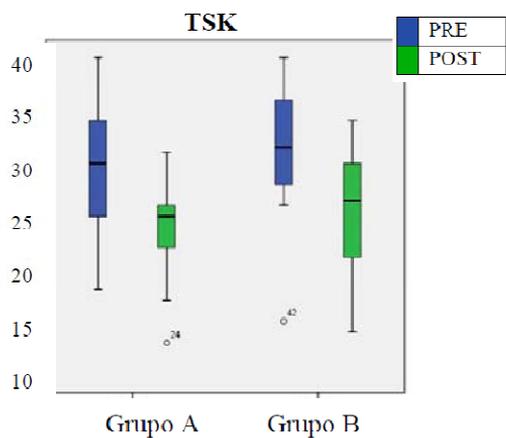
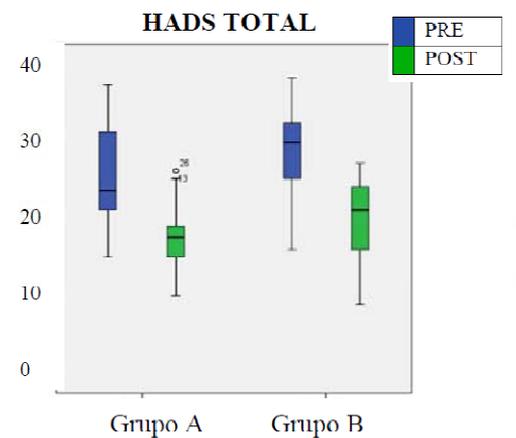
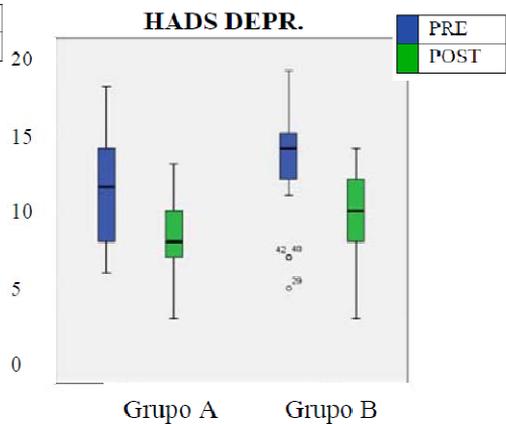
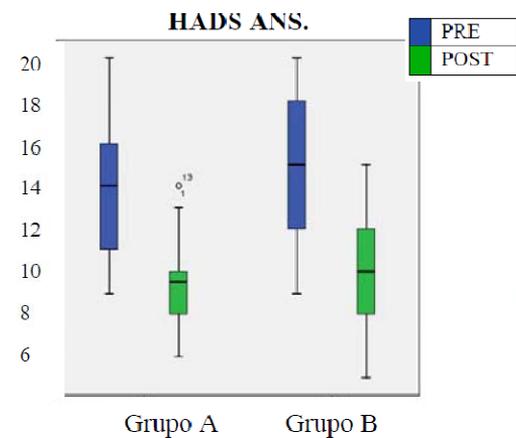
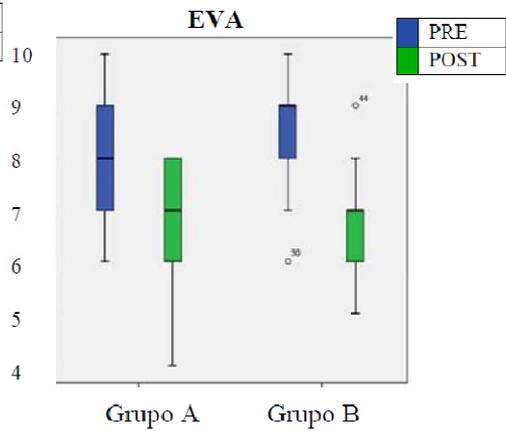
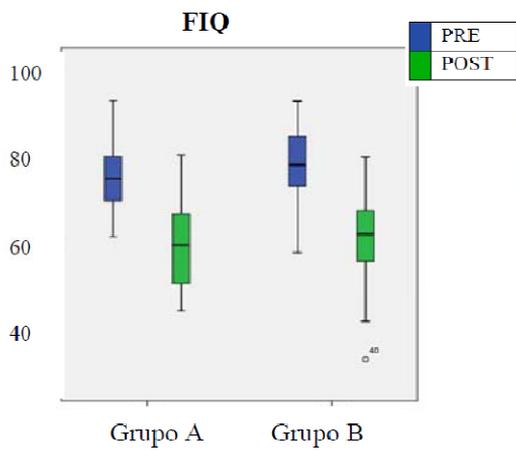
6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios. Los análisis se realizaron bajo el paradigma del Modelo Lineal General y en todos los casos se consideró un nivel de significación $\leq 0,05$. Los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS 22 para Windows.

6.2. RESULTADOS

En primer lugar se analizó la estructura de los datos para saber si se cumplen los supuestos de normalidad, homocedasticidad y esfericidad. La prueba de normalidad utilizada fue la de Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors junto con los gráficos Q-Q normales y los resultados obtenidos indican que los datos se distribuyen normalmente (anexo IV). El supuesto de homocedasticidad se comprobó tanto con la prueba de Levene como con la prueba M de Box, indicando los resultados obtenidos que se cumple la igualdad de varianzas para todas las variables (anexo V). En cuanto al supuesto de esfericidad, se ha utilizado la prueba de Mauchly y los resultados obtenidos indican que también se cumple (anexo VI).

En los siguientes diagramas de caja (figura 20) se puede contemplar de una forma muy visual la distribución de los datos de cada una de las variables. Además, al estar divididos por grupos de tratamiento (A y B) y momentos temporales (pre y post) se observa que las medianas de ambos grupos de tratamiento son muy semejantes en el momento del pretratamiento y ocurre lo mismo en el momento del postratamiento. A su vez se puede intuir la existencia de diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento de ambos grupos en las distintas variables, posteriormente con los análisis comprobaremos si esas diferencias son significativas.



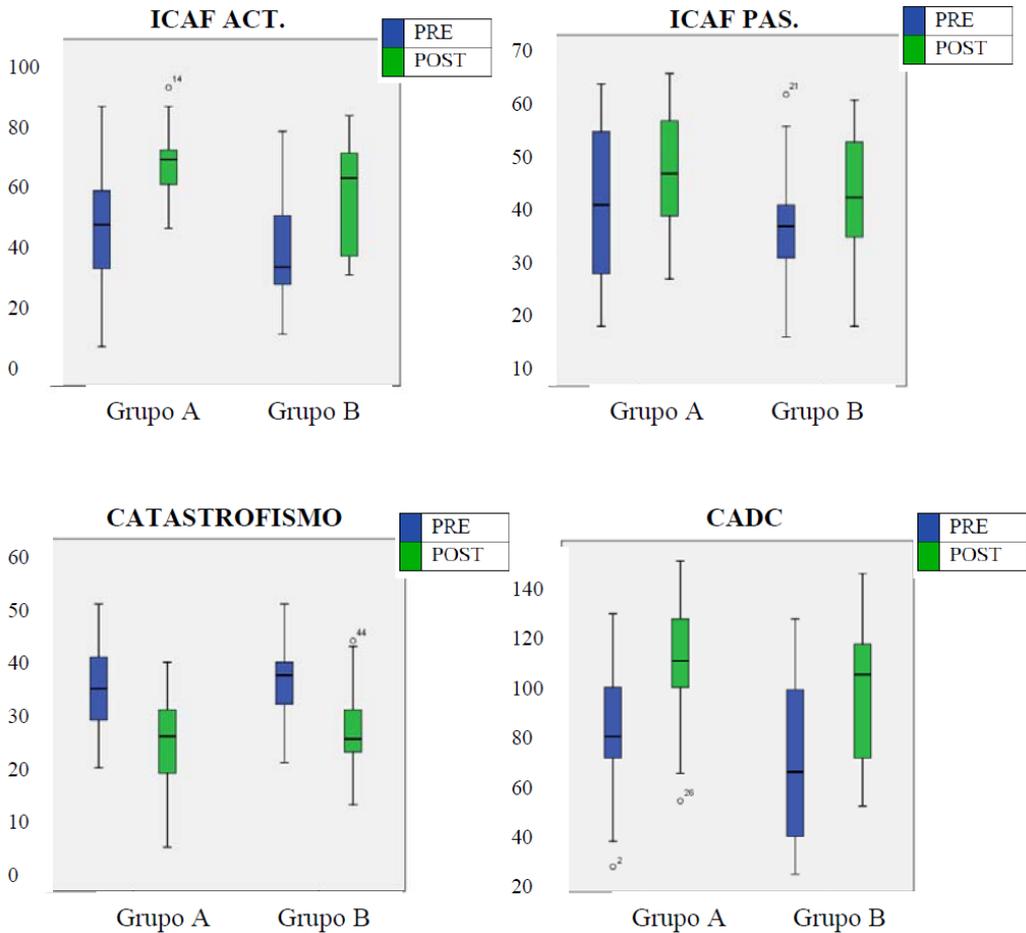


Figura 20. Diagramas de caja: distribución de los datos en cada una de las variables de estudio.

A continuación, en la tabla 9, se ofrecen los estadísticos descriptivos de todas las variables objeto de estudio obtenidos por el grupo A y por el grupo B en la evaluación pretratamiento y en la evaluación postratamiento.

Estadísticos descriptivos

		Grupo	Desviación		
		muestral	Media	estándar	N
FUNCIONALIDAD	FIQ pre	Grupo A	75,6136	7,96341	22
		Grupo B	77,6827	7,80268	22
		Total	76,6482	7,86121	44
	FIQ post	Grupo A	60,7873	11,13889	22
		Grupo B	62,4377	10,70258	22
		Total	61,6125	10,82738	44
PERCEPCIÓN DE DOLOR	EVA pre	Grupo A	7,9545	1,04550	22
		Grupo B	8,5000	1,10195	22
		Total	8,2273	1,09680	44
	EVA post	Grupo A	6,5455	1,33550	22
		Grupo B	6,7273	,93513	22
		Total	6,6364	1,14305	44
MALESTAR EMOCIONAL: ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TOTAL	HADS ans Pre	Grupo A	13,6364	3,03229	22
		Grupo B	14,9545	3,24371	22
		Total	14,2955	3,17387	44
	HADS ans Post	Grupo A	9,4091	2,40355	22
		Grupo B	10,1364	2,79958	22
		Total	9,7727	2,60468	44
	HADS depr Pre	Grupo A	11,5455	3,63485	22
		Grupo B	13,2273	3,76616	22
		Total	12,3864	3,75540	44
	HADS derp Post	Grupo A	8,2273	2,70681	22
		Grupo B	9,5909	2,90581	22
		Total	8,9091	2,85965	44
HADS total Pre	Grupo A	25,1818	6,06030	22	
	Grupo B	28,1818	6,52932	22	
	Total	26,6818	6,40775	44	

	HADS total	Grupo A	17,6364	4,40287	22
	Post	Grupo B	19,7273	5,19324	22
		Total	18,6818	4,87410	44
MIEDO AL MOVIMIENTO	TSK pre	Grupo A	29,7727	6,16389	22
		Grupo B	31,2727	5,58213	22
		Total	30,5227	5,86074	44
	TSK post	Grupo A	24,0455	4,33675	22
		Grupo B	25,6364	5,40322	22
		Total	24,8409	4,90820	44
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO	ICAF activo Pre	Grupo A	45,8636	19,19150	22
		Grupo B	38,6364	18,32133	22
		Total	42,2500	18,89890	44
	ICAF activo Post	Grupo A	64,8182	11,64816	22
		Grupo B	57,0909	17,30100	22
		Total	60,9545	15,09036	44
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PASIVO	ICAF pasivo Pre	Grupo A	41,7273	14,64885	22
		Grupo B	37,4091	10,34481	22
		Total	39,5682	12,72134	44
	ICAF pasivo Post	Grupo A	47,6364	11,52862	22
		Grupo B	41,0909	13,12544	22
		Total	44,3636	12,64928	44
CATASTROFISMO	Castastrofismo pre	Grupo A	35,2273	8,90656	22
		Grupo B	35,7273	7,94134	22
		Total	35,4773	8,34291	44
	Catastrofismo post	Grupo A	25,2727	9,34106	22
		Grupo B	26,7727	7,45738	22
		Total	26,0227	8,38739	44
AUTOEFICACIA	CADC pre	Grupo A	81,7273	25,72600	22
		Grupo B	67,9091	30,99756	22

	Total	74,8182	29,00543	44
CADC post	Grupo A	109,1818	22,88197	22
	Grupo B	98,7273	27,00473	22
	Total	103,9545	25,29450	44

Tabla 9. Estadísticos descriptivos.

En la tabla anterior observamos cómo las medias de las puntuaciones antes del tratamiento en ambos grupos son diferentes a las obtenidas después de aplicar los tratamientos. Para saber si estas diferencias son estadísticamente significativas se realizaron pruebas de los efectos intra-sujetos. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en dicho análisis, por áreas: funcionalidad, percepción del dolor, malestar emocional (ansiedad, depresión y total), miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activo, estrategias de afrontamiento pasivo, catastrofismo y autoeficacia.

En cuanto al **área de la funcionalidad**, se ha medido a través de un cuestionario de impacto de la enfermedad y por lo tanto a mayor puntuación mayor impacto y peor funcionalidad. Los resultados detallados en la tabla 10 indican que las diferencias existentes entre las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento son estadísticamente significativas ($p=0,000$). Además, se ha obtenido un tamaño del efecto elevado: el 76,9% de la variabilidad se explica por el tratamiento. Por otro lado, los resultados indican que no se puede asumir la existencia de interacción entre funcionalidad (FIQ) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,870$), en este sentido sólo el 0,1% de la variabilidad se podría explicar mediante la utilización de un tratamiento frente al otro.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
FIQ	4973,578	1	4973,578	140,052	,000	,769
FIQ * Grupo	,964	1	,964	,027	,870	,001
Error(FIQ)	1491,523	42	35,512			

Tabla 10. Resultados para la variable FIQ.

La siguiente figura (figura 21) muestra una gráfica de interacción en la que se representan las medias de las puntuaciones obtenidas en este cuestionario por los pacientes de ambos grupos de tratamiento (A y B) en la evaluación pre-tratamiento y en el post-tratamiento. Así mismo, se representan los intervalos de confianza al 95%. Los intervalos del pre-tratamiento y los intervalos del post-tratamiento no se superponen, lo que confirma la existencia de diferencias significativas entre ambos momentos ($p < 0.01$) (Cumming y Finch, 2005). La dirección de estas diferencias es: puntuaciones más altas en el pre-tratamiento que en el post-tratamiento, lo que se interpreta como una mejoría en la funcionalidad.

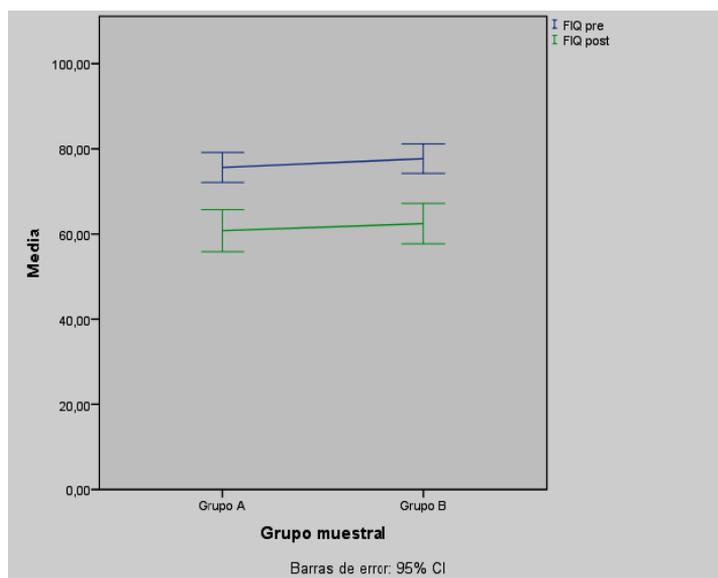


Figura 21. Gráfica de interacción, variable FIQ.

El área de **percepción del dolor** se ha medido mediante una escala numérica en la que una mayor puntuación indica mayor percepción de dolor. A continuación se muestran los resultados obtenidos en el análisis de contrastes y la gráfica de las medias e intervalos de confianza:

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
EVA	55,682	1	55,682	71,757	,000	,631
EVA * Grupo	,727	1	,727	,937	,339	,022
Error(EVA)	32,591	42	,776			

Tabla 11. Resultados para la variable EVA.

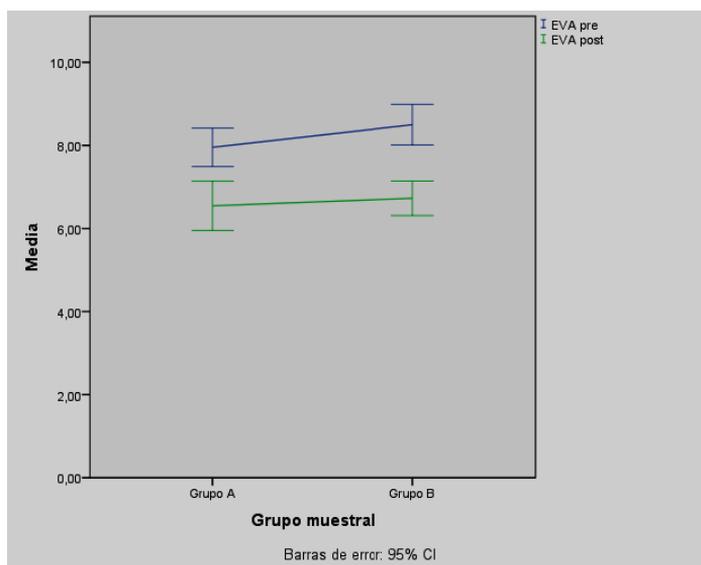


Figura 22. Gráfica de interacción, variable EVA.

En la figura 22 podemos apreciar la existencia de diferencias entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento, produciéndose una disminución en la puntuación, lo que se interpreta como una menor percepción del dolor después del tratamiento. La diferente inclinación de las líneas podría sugerirnos una mayor eficacia del tratamiento B, sin embargo los intervalos de confianza y la inexistencia de interacción nos orientan a considerar esa diferencia como simple error muestral.

Los resultados ofrecidos en la tabla 11 van en la misma dirección que lo reflejado la figura 22. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento ($p=0,000$), con un tamaño del efecto grande y que nos indica que el 63,1% de la variabilidad se explica por el tratamiento. En cambio, no se puede apoyar la existencia de interacción entre intensidad de dolor (EVA) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,339$), ya que sólo el 2,2% de la variabilidad se puede explicar por la utilización de uno u otro tratamiento.

El área de **malestar emocional** comprende tres medidas diferentes: ansiedad, depresión y total. Todas ellas se han obtenido a partir del mismo cuestionario y en ellas una mayor puntuación indica mayor ansiedad, mayor depresión y mayor malestar emocional total.

En la tabla 12 y la figura 23 se ofrecen los resultados de la medida de ansiedad. En dicha tabla se observa que las diferencias entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento son estadísticamente significativas ($p=0,000$) y que el 84% de la variabilidad se atribuye al tratamiento. Sin embargo, no existe interacción entre ansiedad (HADSans) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,337$) y sólo el 2,2% de la variabilidad se puede atribuir a utilizar un tratamiento u otro.

En la misma dirección, los intervalos de confianza representados en la figura 23 apoyan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. También se puede observar que la dirección de estas diferencias es hacia una reducción de la sintomatología ansiosa.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
HADSans	450,011	1	450,011	220,882	,000	,840
HADSans * Grupo	1,920	1	1,920	,943	,337	,022
Error(HADSans)	85,568	42	2,037			

Tabla 12. Resultados para la variable HADS ans.

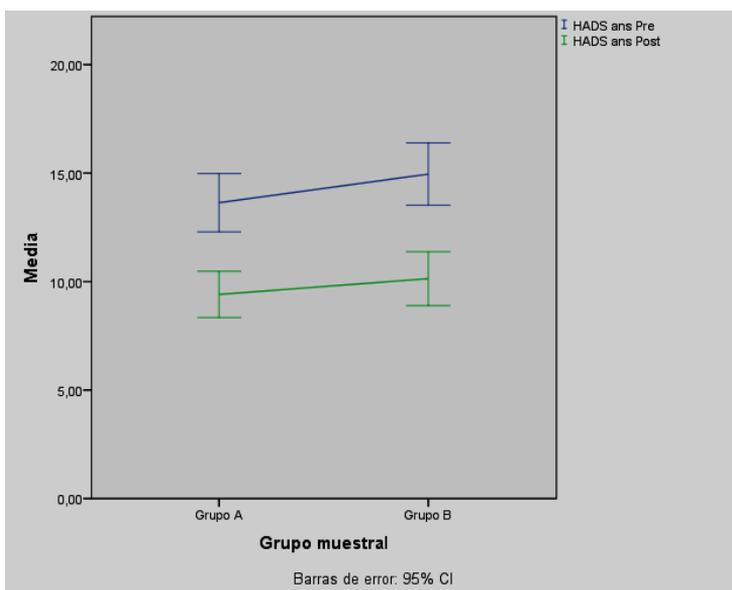


Figura 23. Gráfica de interacción, variable HADS ans.

En la tabla 13 y la figura 24 se ofrecen los resultados de la medida de depresión. En dicha tabla se observa que las diferencias entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento son estadísticamente significativas ($p=0,000$) y que el 70,4% de la variabilidad se atribuye al tratamiento. Sin embargo, no existe interacción entre depresión (HADSdepr) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,650$) y sólo el 0,5% de la variabilidad se puede atribuir a utilizar un tratamiento u otro.

En la misma dirección, los intervalos de confianza representados en la figura 24 apoyan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. También se puede observar que la dirección de estas diferencias es hacia una reducción de la sintomatología depresiva.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
HADSdepr	266,011	1	266,011	99,815	,000	,704
HADSdepr *	,557	1	,557	,209	,650	,005
Grupo						
Error(HADSdepr)	111,932	42	2,665			

Tabla 13. Resultados para la variable HADS depr.

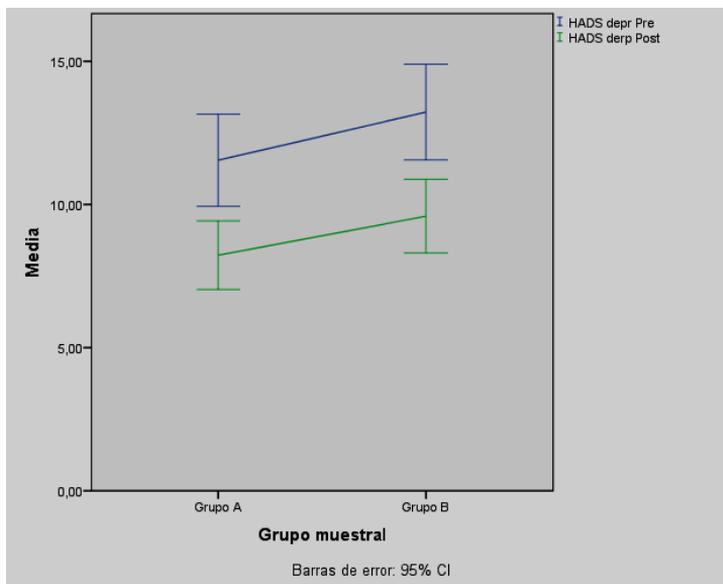


Figura 24. Gráfica de interacción, variable HADS depr.

En la tabla 14 y la figura 25 se ofrecen los resultados del malestar emocional total. Evidentemente van en la misma dirección que los de ansiedad y los de depresión. En dicha tabla se observa que las diferencias entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento son estadísticamente significativas ($p=0,000$) y que el 82,3% de la variabilidad se atribuye al tratamiento. Sin embargo, no existe interacción entre malestar emocional (HADStotal) y grupo (tratamiento

A o tratamiento B) ($p=0,432$) y sólo el 1,5% de la variabilidad se puede atribuir a utilizar un tratamiento u otro.

Así mismo los intervalos de confianza representados en la figura 25 apoyan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. También se puede observar que la dirección de estas diferencias es hacia una reducción del malestar emocional experimentado.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
HADStotal	1408,000	1	1408,000	194,876	,000	,823
HADStotal *	4,545	1	4,545	,629	,432	,015
Grupo						
Error(HADStotal)	303,455	42	7,225			

Tabla 14. Resultados para la variable HADS total.

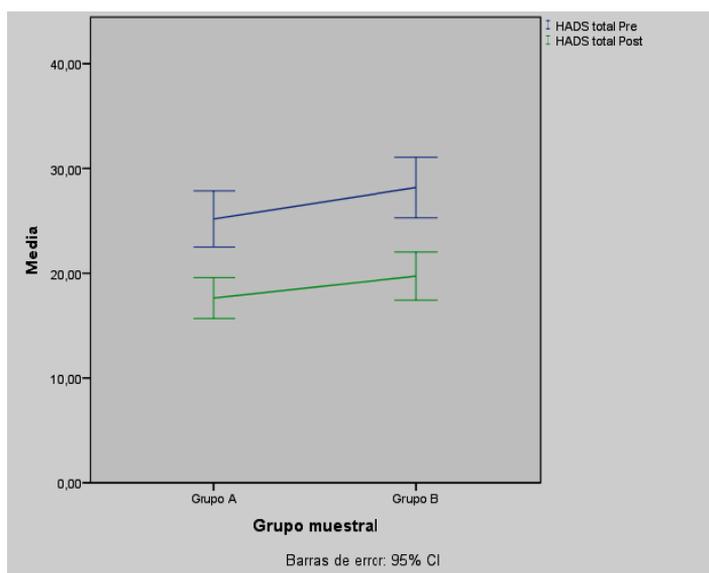


Figura 25. Gráfica de interacción, variable HADS total.

En cuanto al **área de miedo al movimiento**, se ha medido mediante un cuestionario cuyas puntuaciones altas indican mayor miedo y según descienden, disminuye el nivel de miedo. Los resultados de la tabla 15 nos indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento ($p=0,000$), siendo la variabilidad explicada por el tratamiento del 65,3%. En cambio, no existe interacción entre miedo al movimiento (TSK) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,944$) y la variabilidad atribuida a la utilización de un tratamiento u otro es inapreciable estadísticamente (0,0%).

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
TSK	710,227	1	710,227	78,971	,000	,653
TSK * Grupo	,045	1	,045	,005	,944	,000
Error(TSK)	377,727	42	8,994			

Tabla 15. Resultados para la variable TSK.

La figura 26 también apoya estos resultados al confirmar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento mediante los intervalos de confianza. Estas diferencias se interpretan como una reducción del miedo al movimiento después del tratamiento, ya que las puntuaciones obtenidas en el post-tratamiento son más bajas que en el pre-tratamiento.

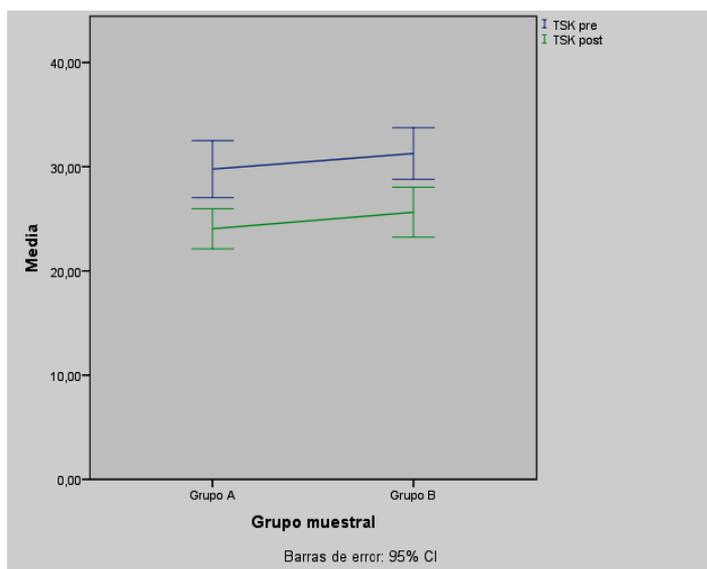


Figura 26. Gráfica de interacción, variable TSK.

El área de las estrategias de afrontamiento activo se ha medido mediante un cuestionario en el que a mayor puntuación obtenida, mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo. Los resultados de la tabla 16 apoyan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento ($p=0,000$), siendo la variabilidad explicada por el tratamiento de un 69,8%. Sin embargo, no podemos asumir que haya interacción entre estrategias de afrontamiento activo (ICAFact) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,896$) y la variabilidad atribuida a la utilización de un tratamiento u otro es inapreciable estadísticamente (0,0%).

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
ICAFact	7696,920	1	7696,920	97,277	,000	,698
ICAFact * Grupo	1,375	1	1,375	,017	,896	,000
Error(ICAFact)	3323,205	42	79,124			

Tabla 16. Resultados para la variable ICAF act.

Además, los intervalos de confianza de la figura 27 confirman la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. En esta gráfica se observa una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo después de haber realizado el tratamiento.

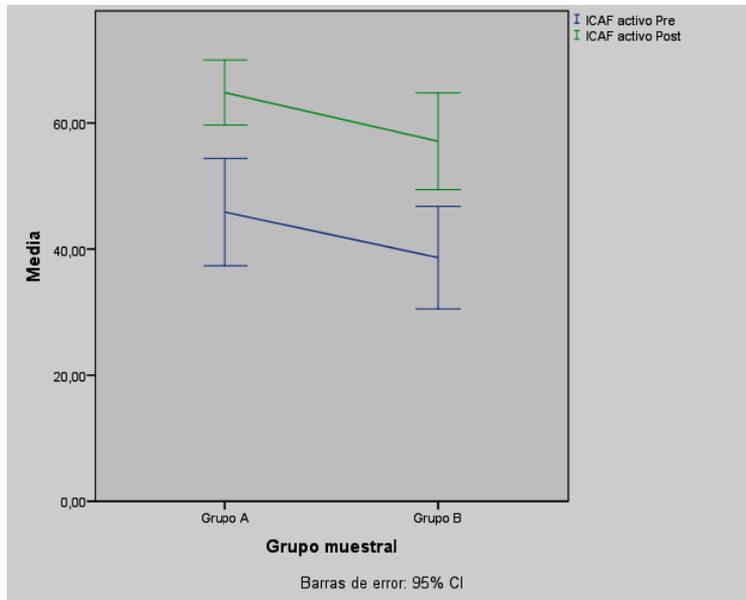


Figura 27. Gráfica de interacción, variable ICAF act.

El **área de estrategias de afrontamiento pasivo** también se ha medido con un cuestionario en el que a mayor puntuación, mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivo.

Los resultados de la tabla 17 indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento ($p=0,006$), pero el tamaño del efecto de estas diferencias es pequeño: sólo el 16,9% de la variabilidad se puede explicar por el tratamiento. En este punto es necesario fijarnos en la figura 28, en ella vemos que los intervalos de confianza se superponen, lo que nos indica que las diferencias encontradas pueden deberse a error muestral y por lo tanto no apoyarían la existencia de grandes diferencias entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

En cuanto a la interpretación de la segunda parte de esta misma tabla, simplemente señalar que no existe interacción entre estrategias de afrontamiento pasivo (ICAFpasiv) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,502$) y sólo el 1,1% de la variabilidad existente podría deberse a elegir un tratamiento u otro.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
ICAFpasiv	505,920	1	505,920	8,515	,006	,169
ICAFpasiv *	27,284	1	27,284	,459	,502	,011
Grupo						
Error(ICAFpasiv)	2495,295	42	59,412			

Tabla 17. Resultados para la variable ICAF pasiv.

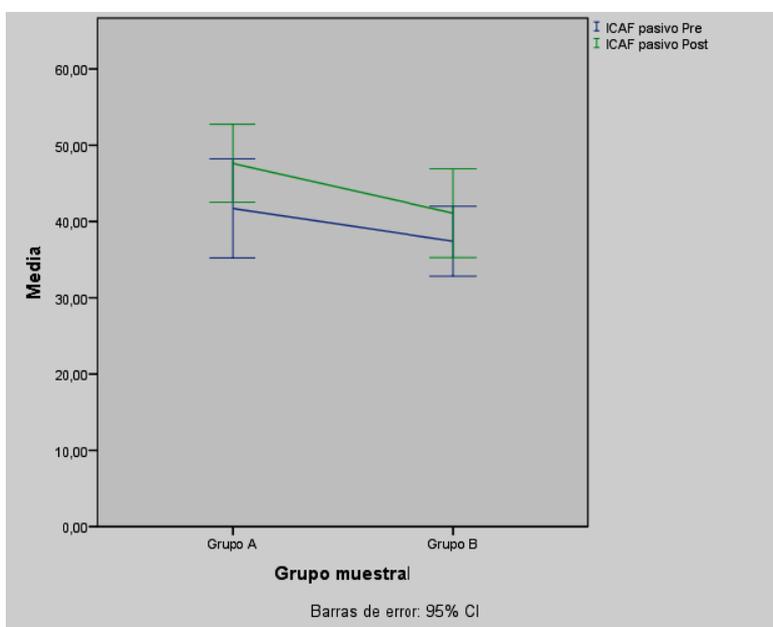


Figura 28. Gráfica de interacción, variable ICAF pasiv.

En cuanto al **área de catastrofismo**, se ha medido mediante un cuestionario de pensamientos catastrofistas asociados al dolor cuyas puntuaciones altas indican mayor cantidad de pensamientos catastrofistas.

Los resultados de la tabla 18 apoyan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la medida del pre-tratamiento y la del post-tratamiento ($p=0,000$), con un tamaño del efecto relativamente grande, pues éste nos indica que el 75,2% de la variabilidad existente se debe al tratamiento. Sin embargo, no existe interacción entre pensamientos catastrofistas (catastrofismo) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,554$), siendo la variabilidad que podría explicarse por la utilización de un tratamiento frente al otro de un 0,8%.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Catastrofismo	1966,545	1	1966,545	127,274	,000	,752
Catastrofismo *	5,500	1	5,500	,356	,554	,008
Grupo						
Error(Catastrofismo)	648,955	42	15,451			

Tabla 18. Resultados para la variable Catastrofismo.

La figura 29 apoya estos resultados, a través de los intervalos de confianza confirma la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. En ella se puede observar una disminución de catastrofismo después de realizar el tratamiento.

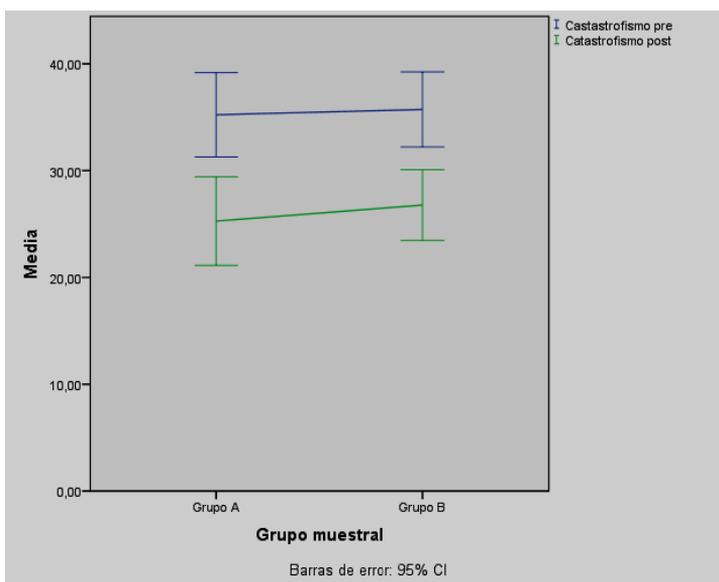


Figura 29. Gráfica de interacción, variable Catastrofismo.

Por último, el **área de autoeficacia**. Se ha medido el nivel de autoeficacia mediante un cuestionario en el que a mayor puntuación, mayor sensación de autoeficacia.

Los resultados ofrecidos en la tabla 19 indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre-tratamiento y del post-tratamiento ($p=0,000$) y que el 66,5% de la variabilidad existente se debe al tratamiento. Sin embargo, en este caso tampoco existe interacción entre autoeficacia (CADC) y grupo (tratamiento A o tratamiento B) ($p=0,601$), siendo únicamente un 0,7% de variabilidad lo que puede deberse a la elección de un tratamiento frente al otro.

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
CADC	18676,409	1	18676,409	83,400	,000	,665
CADC * Grupo	62,227	1	62,227	,278	,601	,007
Error(CADC)	9405,364	42	223,937			

Tabla 19. Resultados para la variable CADC.

Además, los intervalos de confianza de la figura 30 confirman la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento en ambos tratamientos. La dirección de estas diferencias es hacia un aumento de puntuaciones, lo que indica mayor autoeficacia percibida después de realizar el tratamiento.

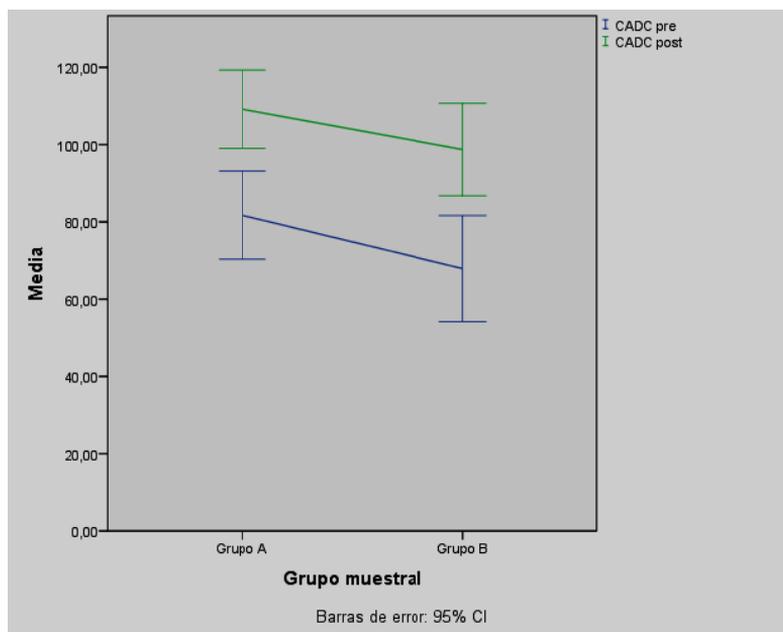


Figura 30. Gráfica de interacción, variable CADC.

En resumen, la única área en la que no se puede afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas entre la medida del pre-tratamiento y la del post-tratamiento es en la de estrategias de afrontamiento pasivo. En todas las demás áreas (funcionalidad, percepción de dolor, ansiedad, depresión, malestar emocional total, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activo, catastrofismo y autoeficacia) existen diferencias estadísticamente significativas, y con un tamaño del efecto grande, entre las medidas del pre-tratamiento y las del post-tratamiento, ocurriendo así tanto para el tratamiento A como para el tratamiento B. Todas estas diferencias van en la dirección de una mejoría en los resultados después de realizar el tratamiento. Las diferencias con mayor tamaño del efecto, con una variabilidad asociada al tratamiento mayor del 80%, se encuentran en el área de ansiedad y de malestar emocional total, seguidos de las áreas de funcionalidad, catastrofismo y depresión, por último, se encuentran las áreas de estrategias de afrontamiento activo, autoeficacia, miedo al movimiento y percepción del dolor. Señalar que aunque en estas últimas áreas el tamaño del efecto sea menor, aún así se considera grande (Cohen, 1998), situándose por encima del 60% la variabilidad asociada al tratamiento. Sin embargo, en ninguna de las áreas existen interacciones entre variable evaluada y tratamiento utilizado.

Por otro lado, para aumentar la seguridad de que los cambios experimentados entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento se deben efectivamente a los tratamientos realizados y no al simple paso del tiempo, contamos como ya hemos señalado anteriormente con un reducido grupo control, evaluado en dos momentos temporales, con una separación inter-evaluación de entre 6 y 8 semanas, sin realizar ninguno de los dos tratamientos. Los resultados de este grupo, comparando las medidas de ambos momentos temporales, se ofrecen en la siguiente tabla:

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
FIQ	,068	1	,068	,007	,937	,001
EVA	,250	1	,250	,304	,598	,042
HADSans	,563	1	,563	1,000	,351	,125
HADSdepr	,062	1	,062	,099	,763	,014
HADStotal	2,250	1	2,250	,724	,423	,094
TSK	,062	1	,062	,068	,802	,010
ICAFact	1,563	1	1,563	,332	,582	,045
ICAFpasiv	4,000	1	4,000	3,111	,121	,308
Catastrofismo	,250	1	,250	,149	,711	,021
CADC	2,250	1	2,250	,102	,759	,014

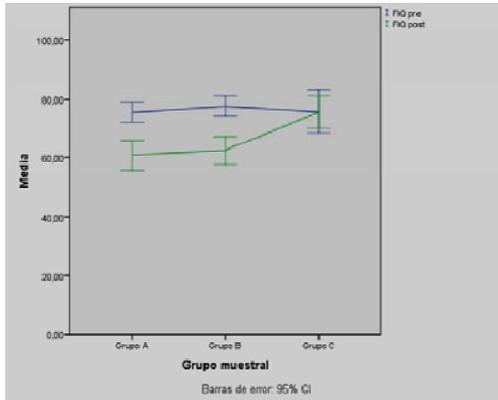
Tabla 20. Resumen de los resultados del grupo control.

En dicha tabla podemos ver que no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el primer momento de evaluación y el segundo momento tras varias semanas. Así mismo, los tamaños del efecto son pequeños, lo que significa que el mero paso del tiempo explica únicamente un pequeño porcentaje de la variabilidad existente.

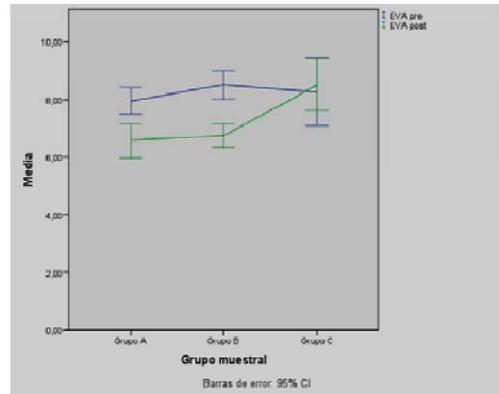
Resulta también interesante mostrar una comparación de los tres grupos. En las siguientes figuras se ofrecen de forma gráfica los resultados obtenidos en tal comparación (remítase al anexo VIII si desea verlo en mayor tamaño):

PRE
POST

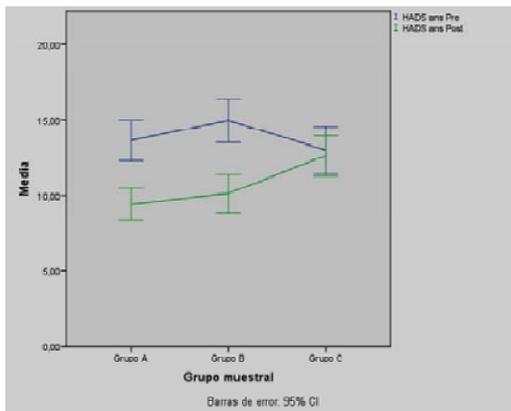
FIQ



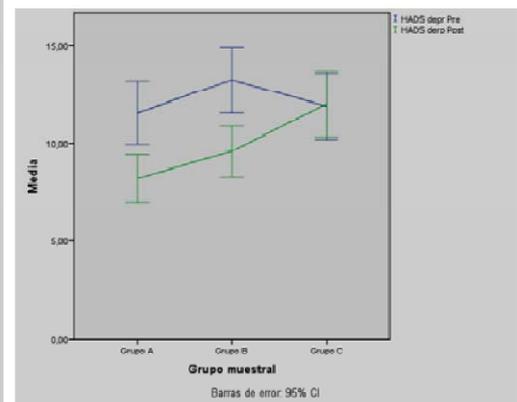
EVA



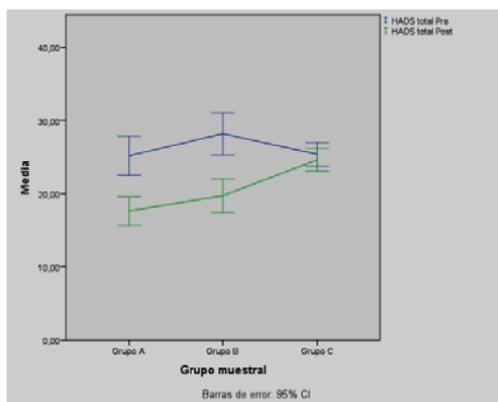
HADS ANS.



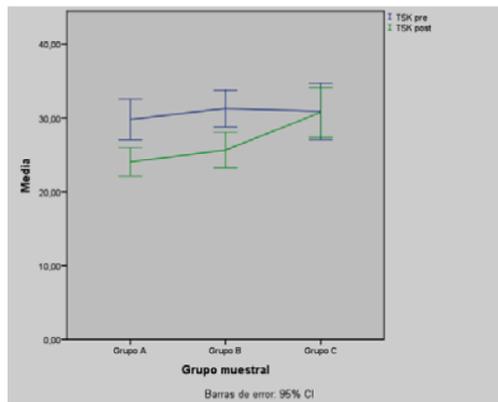
HADS DEPR.



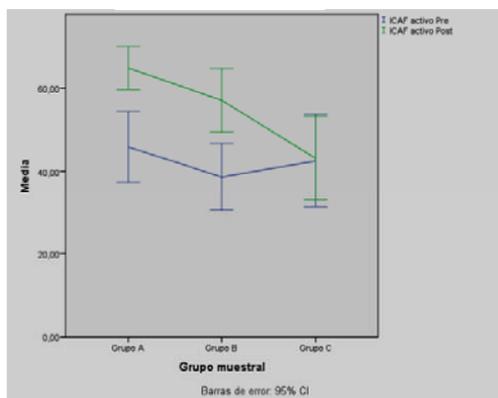
HADS TOTAL



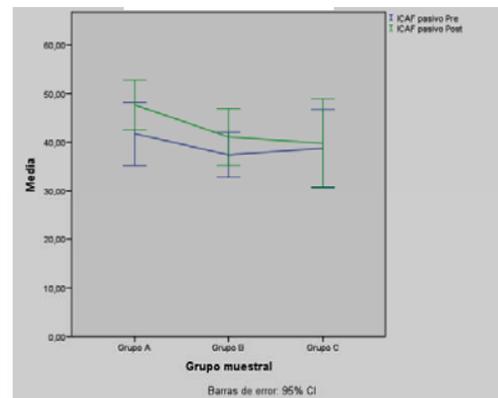
TSK



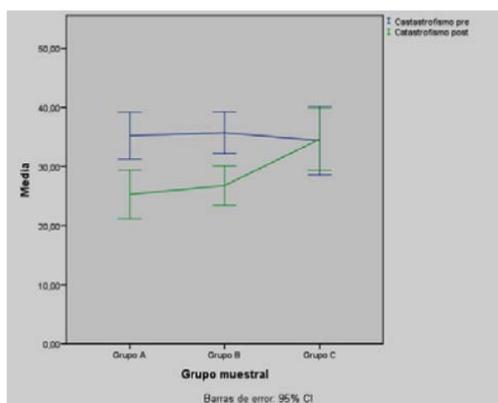
ICAF ACT.



ICAF PAS.



CATASTROFISMO



CADC

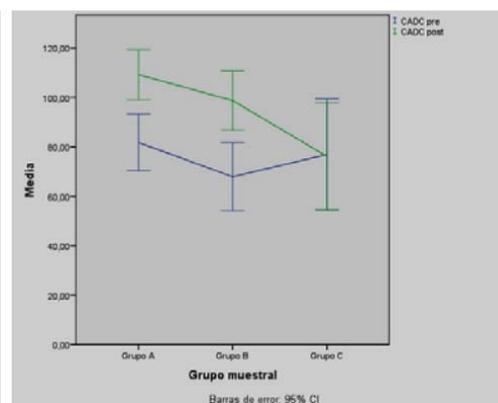


Figura 31. Gráficas de interacción para los tres grupos muestrales.

Como se puede ver en todas las figuras se superponen los intervalos de confianza del grupo C, es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la medida del pre-tratamiento del grupo C y la medida del post-tratamiento del mismo grupo (Cumming y Finch, 2005). En cambio, también se aprecia que no ocurre lo mismo con los intervalos de confianza de los grupos A y B (exceptuando las estrategias de afrontamiento pasivo). Todo ello ya se ha comentado anteriormente.

Por último, en este apartado sobre resultados, cabe hacer mención a los resultados obtenidos en el cuestionario de satisfacción. A continuación, se presenta una tabla con los resultados en cada uno de los ítems.

	Muestra total (n=44)	Muestra por tratamientos	
		Tratamiento A (n=22)	Tratamiento B (n=22)
Satisfacción general, n (%)			
Muy bajo	1 (2,3%)	1 (4,5%)	0
Bajo	0	0	0
Medio	2 (4,5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Alto	22 (50%)	11 (50%)	11 (50%)
Muy alto	19 (43,2%)	9 (40,9%)	10 (45,5%)
Duración del programa, n (%)			
Excesivamente corta	2 (4,5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Corta	19 (43,2%)	8 (36,4%)	11 (50%)
Adecuada	23 (52,3%)	13 (59,1%)	10 (45,5%)
Larga	0	0	0
Excesivamente larga	0	0	0
Duración de cada sesión, n (%)			
Excesivamente corta	0	0	0
Corta	2 (4,5%)	2 (9,1%)	0
Adecuada	37 (84,1%)	19 (86,4%)	18 (81,8%)
Larga	5 (11,4%)	1 (4,5%)	4 (18,2%)
Excesivamente larga	0	0	0
Contenido, n (%)			
Muy poco adecuado	0	0	0
Poco adecuado	0	0	0

Adecuado	12 (27,3%)	7 (31,8%)	5 (22,7%)
Bastante adecuado	18 (40,9%)	9 (40,9%)	9 (40,9%)
Muy adecuado	14 (31,8%)	6 (27,3%)	8 (36,4%)
Utilidad de los contenidos, n (%)			
Muy poco útil	0	0	0
Poco útil	0	0	0
Medio	1 (2,3%)	1 (4,5%)	0
Bastante útil	22 (50%)	13 (59,1%)	9 (40,9%)
Muy útil	21 (47,7%)	8 (36,4%)	13 (59,1%)
¿Practica los contenidos? N (%)			
Sí	44 (100%)	22 (100%)	22 (100%)
No	0	0	0
Ha cumplido sus expectativas, n (%)			
Muy poco	0	0	0
Poco	2 (4,5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Medio	24 (54,5%)	12 (54,5%)	12 (54,5%)
Bastante	18 (40,9%)	9 (40,9%)	9 (40,9%)
Mucho			
Probabilidad de recomendación, n (%)			
Muy poco probable	0	0	0
Poco probable	3 (6,8%)	2 (9,1%)	1 (4,5%)
Probable	16 (36,4%)	8 (36,4%)	8 (36,4%)
Bastante probable	25 (56,8%)	12 (54,5%)	13 (59,1%)
Muy probable			

Tabla 21. Resultados del cuestionario de satisfacción.

Como se puede ver, la satisfacción general con ambos programas ha sido alta. Quizá la mayor variabilidad de opiniones se encuentra en la duración del programa (algunos lo consideran adecuado mientras que para otros es corto) y en la duración de cada sesión (para algunos ha sido larga, otros lo consideran adecuado y a alguno le parecen cortas).

CAPÍTULO 7.
DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. DISCUSIÓN

Antes de comentar los resultados obtenidos es importante destacar que la muestra incluida en este estudio no es representativa de toda la población de fibromialgia, puesto que en los criterios de selección se especificaba como criterio de inclusión la existencia de afectación emocional en cada uno de los participantes. Ya se ha indicado que el perfil de pacientes con fibromialgia es muy heterogéneo, lo que ha llevado a varios autores a buscar subgrupos de fibromialgia (Berenguer et al., 2009; Blasco et al., 2006; de Souza et al., 2009; Giesecke et al., 2003; Keller et al., 2011; Müller et al., 2007; Thieme et al., 2004).

En relación a este tema, Keller et al. (2011) señalan que la sintomatología psiquiátrica no está presente en todos los pacientes con fibromialgia y sugieren que la heterogeneidad en el perfil de fibromialgia puede ser debida a las diferencias existentes en sintomatología ansiosa y depresiva. Todo ello apoya la importancia de personalizar los tratamientos.

Siguiendo esta argumentación hemos considerado apropiado incluir en nuestro estudio únicamente a personas con fibromialgia que presentan afectación emocional, tanto por considerar que son las que mayor beneficio pueden obtener del tratamiento psicológico como por la importancia de estudiar un grupo homogéneo. Por lo tanto, las conclusiones obtenidas en este estudio únicamente se pueden aplicar a dicho subgrupo de personas con fibromialgia.

En cuanto a las características demográficas de la muestra, son similares a las encontradas en otros estudios. La media de edad de participantes en nuestro estudio es de 51,61 años, situándose el grueso de la muestra entre los 42 y 60 años, lo que es coherente con los datos aportados por la bibliografía disponible sobre el tema: mayor frecuencia entre los 35 y 55 años (Collado et al., 2016) y especialmente entre los 40 y 49 años (Cabo-Meseguer et al., 2017; estudio EPISER, 2001; Mas et al., 2008).

El sexo de los participantes también refleja una mayor proporción de mujeres que de hombres, al igual que en otros estudios. Nuestros datos (95,5% de mujeres y 4,5% de hombres) sugieren una proporción de 21:1, exactamente la misma que la encontrada por el estudio EPISER (2001) y por el estudio de Mas et al. (2008); sin embargo, otras investigaciones ofrecen datos con menor diferencia en la proporción y en la guía del Ministerio de Sanidad (2011) se establece una proporción mujer/hombre de 9:1. Teniendo en cuenta estos datos y que nuestro estudio sólo se centra en personas con fibromialgia que presentan afectación emocional sería interesante investigar si la proporción mujer/hombre se suaviza al incluir personas con fibromialgia sin afectación emocional, comprobando de esta manera si existen más hombres con este último perfil de fibromialgia.

Otros datos demográficos como el nivel de estudios, estado civil y situación laboral son también coherentes con lo encontrado en las muestras de otros estudios. Hay una mayor proporción de participantes casadas, con estudios primarios y amas de casa o con empleo fuera de casa (Pastor et al., 2015; Zafra-Polo et al., 2014).

En cuanto a la distribución de rasgos de personalidad en nuestra muestra, se obtiene una mayor proporción de rasgos tipo C. Esto se encuentra en la misma línea que lo informado por muchas de las investigaciones sobre el tema (Ayats et al., 2010; Camino et al., 2009; Cerón et al., 2010). Aunque no podemos olvidar que existen otros autores que asocian la fibromialgia con el trastorno límite de la personalidad (Rivera et al, 2006; Sansone et al, 2001) o con la histeria (Barrera et al., 2005). En relación a esta última asociación, García (2013) nos advierte que estudios posteriores cuestionan dicha afirmación. Sobre este tema sería interesante cuestionarse si los rasgos tipo C están sobredimensionados en la muestra, puesto que no se está teniendo en cuenta la mortalidad experimental, pudiendo constituir una explicación que las personas más perfeccionistas (rasgo tipo C) fueran las que mayor compromiso personal mostraran con el programa, mientras que las personas más volubles (rasgo más característico del grupo B) dejasen de acudir o no se presentasen a pesar de haber accedido a participar.

Pasando a las dimensiones objeto de estudio de este trabajo, lo primero que debemos señalar es que en la evaluación pretratamiento ambos grupos presentan alta disfuncionalidad, percepción del dolor y malestar emocional (ansiedad y depresión). Era de esperar que puntuaran alto en malestar emocional ya que éste era un criterio de inclusión. A su vez, también era esperable la alta disfuncionalidad y percepción del dolor en estos participantes, ya que en numerosos estudios se ha demostrado la correlación existente de depresión y ansiedad con limitaciones funcionales, intensidad del dolor y calidad de vida (Aglugia et al., 2011; de Souza et al., 2009; Phillips y Stuifbergen, 2010; Xie et al., 2012; Yi et al., 2014).

En la misma dirección era de esperar encontrar puntuaciones altas en catastrofismo y miedo al movimiento y bajas en autoeficacia (tal y como hemos encontrado). Numerosos trabajos informan del efecto negativo del catastrofismo sobre la salud de pacientes con dolor crónico y fibromialgia (Zafra-Polo et al., 2014) y relacionan este constructo con mayor intensidad y sensibilidad al dolor y mayor discapacidad y depresión (Buenaver et al., 2008; García-Campayo et al., 2008; Lami et al., 2018; Vowles et al., 2007). En cuanto al miedo al movimiento, se ha relacionado con mayor discapacidad (Boersma y Linton, 2005; Denison et al., 2004; Goubert et al., 2004; Peters et al., 2005) y existe acuerdo en considerar este constructo como un factor psicológico relevante en los procesos de cronificación del dolor, tal y como señalan Zafra-Polo et al. (2014), aunque este mismo grupo de autores no encontraron relación entre miedo al movimiento y distrés en su muestra. En lo referente a la autoeficacia, se asocia a un mejor estado de salud (González et al., 2009; Lledó et al., 2010; Pastor et al., 2011) e incluso algunos autores consideran este constructo como el principal proceso psicológico responsable de la mejoría en el manejo del dolor crónico (Dobkin et al., 2010), aunque otros autores consideran que los tres constructos tienen alta capacidad predictiva sobre la sensación de dolor y discapacidad asociada (Denison et al., 2007).

También hemos encontrado un bajo uso de estrategias de afrontamiento en general, siendo las estrategias pasivas más utilizada frente a las activas, tal y como era de esperar si consideramos la relación existente entre este constructo y la percepción de autoeficacia, lo que es coherente con la bibliografía revisada

en la que se informa de un mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas entre estos pacientes (Mellegard et al., 2001). Consideramos que la utilización de estrategias de afrontamiento pasivas per se no es perjudicial, de hecho creemos que utilizadas en los momentos adecuados son necesarias (descansar, pedir ayuda...) siempre y cuando se compatibilicen de forma equilibrada con las estrategias de afrontamiento activo.

Tal y como se puede observar en el apartado de resultados, todas las medidas han sufrido variaciones después de la aplicación de ambos tratamientos. A continuación, vamos a ir comentando estos resultados en función de las hipótesis planteadas.

Nuestra primera hipótesis afirmaba que las medidas de funcionalidad, percepción del dolor y malestar emocional iban a ser significativamente mejores después de aplicar cualquiera de los dos tratamientos. Los datos obtenidos corroboran esta hipótesis. Después de la aplicación de ambos tratamientos se ha conseguido una mejora de la funcionalidad, menor intensidad del dolor y menor sintomatología ansiosa y depresiva. El hecho de que todas estas medidas hayan sufrido cambios positivos vuelve a ser congruente con la literatura en la que se informa de correlación entre malestar emocional (ansiedad y depresión) y funcionalidad y percepción del dolor (Aglugia et al., 2011; de Souza et al., 2009; Phillips y Stuifbergen, 2010; Xie et al., 2012; Yi et al., 2014). Sin embargo, no sabemos si el tratamiento ha incidido en primera instancia sobre la parte emocional y esta mejoría ha incidido sobre la percepción del dolor y la funcionalidad, si ha ocurrido en sentido inverso o si ha incidido de manera interrelacionada y simultánea en las tres dimensiones.

También es congruente con los metaanálisis y guías clínicas que recomiendan el tratamiento cognitivo conductual en la fibromialgia. En este sentido el MSE (2011) concluye que hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de este tipo de terapia sobre el control del dolor, malestar físico y estado de ánimo en pacientes con fibromialgia. Así mismo varios metaanálisis concluyen que la TCC tiene efectos positivos en depresión, funcionalidad, alivio del dolor y calidad de vida entre otros (Bernardy et al., 2018; Glombiewski et al., 2010).

Nuestra segunda hipótesis planteaba que las medidas de las variables mediadoras iban a ser significativamente mejores después de aplicar cualquiera de los dos tratamientos. Los datos obtenidos también corroboran esta hipótesis, con una salvedad sobre las estrategias de afrontamiento pasivo. Tras la aplicación de ambos tratamientos se ha obtenido una reducción en miedo al movimiento y catastrofismo, así como aumento en autoeficacia y estrategias de afrontamiento activo, todo ello redonda una mejora clínica y teniendo en cuenta que la literatura científica relaciona estos constructos cognitivos con efectos negativos sobre la percepción de salud y malestar emocional de pacientes con fibromialgia (Lami et al., 2018; Zafra-Polo et al., 2014) y sobre la sensación de dolor y discapacidad asociada (Denison et al., 2007; Lami et al., 2018) podemos suponer que dicha mejoría incide a su vez en una mejoría en las variables señaladas en nuestra primera hipótesis (funcionalidad, percepción de dolor y malestar emocional).

La mejora de resultados en estas variables es también coherente con las recomendaciones de las guías clínicas, así la AWMF y la CPS consideran a la TCC útil para disminuir el miedo a la actividad y al dolor y para aumentar la autoeficacia. Así mismo, estudios y metaanálisis concluyen que la TCC es útil para disminuir diferentes síntomas, entre ellos la catastrofización (Alda et al., 2011; Glombiewski et al., 2010).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento pasivo, aunque los datos parece que muestran un ligero aumento, el análisis estadístico no permite corroborar que existan diferencias en esta variable después de la aplicación de cualquiera de los tratamientos. El hecho de no hayan aumentado las estrategias de afrontamiento pasivo puede interpretarse como algo positivo, teniendo en cuenta que sí hay un cierto uso de estas estrategias (ya lo había antes de la aplicación de los tratamientos), pero no se abusa de ellas, aumentando el protagonismo de las estrategias de afrontamiento activo.

Sin embargo, los datos obtenidos no permiten corroborar nuestra tercera y cuarta hipótesis. En ellas se planteaba que las puntuaciones en funcionalidad, percepción del dolor y malestar emocional (tercera hipótesis) y en las variables mediadoras (cuarta hipótesis) obtenidas por el grupo de sujetos a los que se iba

a aplicar el tratamiento con el componente de expresión emocional a través del dibujo iban a ser significativamente mejores que las obtenidas por el grupo de sujetos a los que se ha aplicado el tratamiento convencional.

En relación a esto, era coherente con la literatura esperar mejoría aplicando un tratamiento cognitivo conductual, puesto que se considera que la TCC reduce los principales síntomas de la fibromialgia (Pérez-Aranda et al., 2017) y como ya se ha señalado son numerosas las guías clínicas que recomiendan su uso, entre ellas la del Ministerio de Sanidad de España (MSE, 2011). Sin embargo, esperábamos obtener una mayor mejoría añadiendo un componente de expresión emocional a través del dibujo basándonos en los beneficios de las actividades artísticas utilizadas como una vía de expresión emocional y como trabajo terapéutico en la dirección de una apertura a una resignificación de los eventos (Van Lith et al., 2011).

Una posible hipótesis que podría explicar por qué este componente no ha aportado un mayor beneficio a la TCC convencional es que había participantes a los que no les gustaba dibujar o no estaban acostumbrados a ello unido al hecho de que en cada sesión se destinaba un tiempo muy limitado a esta actividad (aproximadamente 20 minutos), tiempo que un principio nos pareció suficiente, pero que es posible que si hubiera sido más extenso podría haberse explotado mejor y animado en mayor medida a desarrollar esta actividad. No obstante, si se hubiera programado así, nos hubiéramos encontrado con el problema de que ambos tratamientos no eran completamente comparables al destinar a uno de ellos un número de sesiones significativamente mayor. Y en el caso de haber desarrollado el segundo programa eliminando otros componentes convencionales para ajustar el tiempo, nos encontraríamos con el problema ético de que a un grupo le estamos ofreciendo un tratamiento experimental diferente sustancialmente al tratamiento considerado de elección dentro de un entorno asistencial.

Por lo tanto, ambos tratamientos parecen producir cambios positivos en las variables estudiadas (exceptuando las estrategias de afrontamiento pasivo) en igual medida. Además, es interesante recordar que no solo se debe tener en cuenta el criterio estadístico, que nos permite hablar de diferencias

estadísticamente significativas, sino también el criterio práctico, según el cual podemos considerar que las diferencias encontradas después de los tratamientos son importantes, puesto que inciden directamente en una mejora de la funcionalidad en la vida cotidiana y disminuyen la sintomatología emocional. Sin embargo, no disponemos de datos a medio o largo plazo por lo que no podemos saber si estos cambios se mantienen en el tiempo, lo que aumentaría aún más la importancia de las diferencias halladas.

Así mismo, es importante señalar que podemos considerar con cierta certeza que los cambios entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento se deben efectivamente al tratamiento gracias en primer lugar a la existencia de un pequeño grupo control que no recibió tratamiento y se evaluó en dos momentos temporales, obteniendo puntuaciones similares en ambos momentos (sin diferencias estadísticamente significativas).

En segundo lugar, otro argumento a favor de la efectividad de los tratamientos es la alta variabilidad asociada al tratamiento obtenida en cada una de las variables. Esto quiere decir que el tratamiento explica un alto porcentaje de las diferencias obtenidas, siendo mucho menor el porcentaje que podría deberse a otras condiciones como por ejemplo el mero paso del tiempo. En relación a este tema, las áreas que mayor variabilidad asociada al tratamiento tienen son la ansiedad y el malestar emocional total, seguidas de la funcionalidad, catastrofismo y depresión, aunque en todas las evaluadas se considera grande la proporción de varianza explicada por el tratamiento.

A pesar de la efectividad de los tratamientos, es necesario tener en cuenta que las sesiones eran largas y con el contenido muy comprimido, lo que aumentaba la carga de tareas para casa. No todos los participantes realizaban las tareas para casa, por lo que quizá podría plantearse la alternativa de realizar el mismo programa con un mayor número de sesiones y menor duración de cada una.

Además de la utilidad de ambos programas, es importante señalar que en general las opiniones recogidas en el cuestionario de satisfacción son favorables o muy favorables, por lo que se puede afirmar que la satisfacción general con

ambos tratamientos ha sido alta. Esto puede haber estado influido positivamente por el hecho de ser grupal.

7.2. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

7.2.1. Conclusiones

Nos propusimos realizar el presente trabajo con varios objetivos. Uno de ellos era estructurar dos tratamientos cognitivo-conductuales diferenciados por un componente añadido en uno de ellos de expresión emocional a través del dibujo, ambos relativamente breves. Los siguientes objetivos eran comprobar la eficacia de ambos tratamientos y comprobar si existían diferencias entre los resultados de ambos.

Se ha abarcado todos los objetivos propuestos, todos ellos han obtenido respuesta y las conclusiones que se han extraído durante el proceso son las siguientes:

- El tratamiento cognitivo-conductual convencional estructurado en 6 sesiones (anexo I) produce mejoras después de su aplicación grupal en las medidas de funcionalidad, percepción del dolor, ansiedad, depresión, catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activo y percepción de autoeficacia en las personas diagnosticadas de fibromialgia y que presentan afectación emocional. No se producen cambios en las estrategias de afrontamiento pasivo.
- El tratamiento cognitivo-conductual con componente añadido de expresión emocional a través del dibujo estructurado en 6 sesiones (anexo II) produce mejoras después de su aplicación grupal en las medidas de funcionalidad, percepción del dolor, ansiedad, depresión, catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activo y percepción de autoeficacia en las personas diagnosticadas de fibromialgia y que presentan afectación emocional. No se producen cambios en las estrategias de afrontamiento pasivo.

- No existen diferencias entre ambos tratamientos en ninguna de las áreas referidas, ambos tratamientos son igualmente eficaces.

Por lo tanto, los resultados de este trabajo apoyan la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales relativamente breves (6 sesiones) para personas diagnosticadas con fibromialgia y que presentan afectación emocional, pudiéndose considerar importantes las diferencias encontradas tras la aplicación de los tratamientos, ya que éstos han supuesto una mejora en la funcionalidad de los participantes y una disminución de la sintomatología emocional. Aunque en este trabajo no se ha podido comprobar la existencia de mayor eficacia al añadir un componente de expresión emocional a través del dibujo, se ofrece el tratamiento estructurado con este componente como una herramienta más de tratamiento disponible, puesto que sí se ha demostrado que las personas con fibromialgia y afectación emocional se pueden beneficiar de él tanto como del tratamiento cognitivo-conductual propuesto sin dicho componente. Además, la satisfacción general con ambos tratamientos ha sido alta.

7.2.2. Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio se refiere a la ausencia de un grupo control de calidad, con un número de participantes mayor y similar al de los otros grupos.

Otra limitación importante es la ausencia de seguimiento a largo plazo, para comprobar si los cambios se mantienen. Así mismo, podría comprobarse si a largo plazo los efectos de ambos tratamientos continúan sin experimentar diferencias significativas entre ellos o, por el contrario, si alguno de los dos tratamientos es superior al otro pasado unos meses.

Como ya se ha dicho anteriormente, es posible que la parte destinada a la expresión emocional a través del dibujo haya sido demasiado breve para suponer una diferencia en el tratamiento. Esto puede considerarse una limitación del estudio, aunque era la única manera de comprobar que en el caso de producirse diferencias entre ambos tratamientos, éstas se debían únicamente

a ese componente añadido. Así también se salvaba el problema ético de ofrecer en un entorno asistencial un tratamiento recomendado por las guías clínicas a un grupo de pacientes y al otro grupo un tratamiento experimental en el caso de haber sustituido componentes del tratamiento cognitivo-conductual por el componente de dibujo.

7.2.3. Líneas de investigación futuras

Tomando como punto de partida los resultados obtenidos en este estudio, se plantea como futura línea de investigación la comprobación a largo plazo del mantenimiento de los resultados y la exploración de presuntas diferencias entre ambos tratamientos después de unos meses.

También sería interesante investigar si existen características personales entre las diferentes personas con fibromialgia y afectación emocional que hacen más adecuado y/o eficaz el tratamiento cognitivo-conductual convencional o el que integra el componente de expresión emocional a través del dibujo.

Por último, visto que las personas diagnosticadas de fibromialgia y que presentan afectación emocional se benefician de programas cognitivo-conductuales, es importante señalar como reto futuro la implementación real de programas cognitivo-conductuales en el tratamiento integral de estas personas. En ese momento, se podría estudiar el posible ahorro sanitario que conlleva, convirtiéndose en otra línea de investigación futura.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Agencia de información, evaluación y calidad en Salud (AIAQS) de la Generalidad de Cataluña (2011). Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento. Barcelona: AIAQS. Disponible en: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/fibromialgia_sind_fatiga_cron_aiaqs2011ca.pdf.
- 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, 262-266.
- Alda, M., Luciano, J. V., Andrés, E., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., del Hoyo, Y. L., Roca, M., Moreno, S., Magallón, R. y 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, R173-186. doi: 10.1186/ar3496.
- Alegre, C., García, J., Tomás, M., Gómez, J. M., Blanco, E., Gobbo, M., Pérez, A., Martínez, A., Vidal, J., Altarriba, E. y Gómez, A. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 108-120.
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W. y Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.008.
- American Psychological Association. (2010). *Stress in America. Stress and health*. Recuperado desde: <http://www.apa.org/news/press/releases/stress/2010/health-stress.pdf>.

- Amital, D., Fostick, L., Polliack, M., Segev, S., Zohar, J., Rubinow, A. y Amital, H. (2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: Are they different entities? *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 663-669.
- Anderberg, U.M., 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*, *15*, 295-301.
- Ángel, D., Martínez, I. y Saturno, P. J. (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología Clínica*, *12*, 65–71.
- Ángel-García, D., Martínez-Nicolás, I. y Saturno-Hernández, P. J. (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología Clínica*, *12*, 65–71. doi: 10.1016/j.reuma.2015.06.001.
- APA Division 12. (2016). *Chronic or Persistent Pain in General (including numerous conditions)*. *Psychological treatments*. Recuperado desde: <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/chronic-or-persistent-pain-in-general/>
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N. y Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, *87*, 81-97.
- Apkarian, A. V., Bushnell, M. C., Treede, R. D. y Zubieta, J. K. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, *9*, 463-484.
- Arango-Dávila, C. A. y Rincón-Hoyos, H. G. (2016). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: 10.1016/j.rcp.2016.10.007.
- Ashina, S., Serrano, D., Lipton, R. B., Maizels, M., Manack, A. N., Turkel, C. C., Reed, M. L. y Buse, D. C. (2012). Depression and risk of

- transformation of episodic to chronic migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 13, 615-624. doi: 10.1007/s10194-012-0479-9.
- Ayats, M., Martín, M. J. y Soler, P. A. (2006). Fibromialgia y estilo de funcionamiento. *Psiquiatría Biológica*, 13, 193-197.
- Ballina, G. F.J., Martín, L.P., Iglesias, G.A., Hernández, M.R. y Cueto, E.A. (1995). La fibromialgia, revisión clínica. *Revista Clínica Española*, 195, 326-334.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bantick, S. J., Wise, R. G., Ploghaus, A., Clare, S., Smith, S. y Tracey, I. (2002). Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain*, 125, 310–319.
- Barrera, M. I., Cortés, J. F., Guerrero, H. y Aguirre, A. (2005). La fibromialgia: ¿un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28, 41-50.
- Bellingrath, S., Behnken, A., Arolt, V. y Zwanzger, P. (2013). A response to the commentary “The role of mineralocorticoid receptor dysregulation in the neurocognitive impairment of patients recovered from depression” by Preston, S., Watson, S. and Gallagher, P. on “Associations between cognitive performance and cortisol reaction to the DEX/CRH test in patients recovered from depression” by Behnken, A., Bellingrath, S., Symanczik, J. P., Rieck, M. J., Zavorotnyy, M., Domschke, K, Arolt, V. and Zwanzger, P. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 461–462. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.11.012
- Bennett, R. (2002). The rational management of fibromyalgia patients. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 28, 181-199.
- Bennett, R. M. (2016). Pain management in fibromyalgia. *Pain Management*, 6, 313-316.

- Bennett, R. M. y Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practice. Rheumatology*, 2, 416-424. doi: 10.1038/ncprheum0245.
- Berenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A. y Rivera, J. (2009). Classification of fibromyalgia. A systematic review of the literatura. *Reumatología Clínica*, 5, 55-62.
- Berna, C., Leknes, S., Holmes, E. A., Edwards, R. R., Goodwin, G. M. y Tracey, I. (2010). Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biological Psychiatry*, 67, 1083–1090. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.01.014.
- 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. *J Rheumatol.*, 37, 1-15, doi: 10.3899/jrheum.100104.
- Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P. y Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain*, 22, 242-260. doi: 10.1002/ejp.1121.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. y Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 411-427.
- Bigatti, S., Hernandez, A., Cronan, T. y Rand, K. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis and Rheumatism*, 59(7), 961-967.
- 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, 402-409.

- Blasco, L., Mallo, M., Mencía, A., Franch, J., Casaus, P., Peña, J., Labad, A., Gutiérrez, J. A. y Jarrod, M. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas españolas de psiquiatría*, 34, 112-122.
- Blozik, E., Laptinskaya, D., Herrmann-Lingen, C., Schaefer, H., Kochen, M. M., Himmel, W. y Scherer, M. (2009). Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 13-21. doi: 10.1186/1471-2474-10-13.
- Boersma, K., y Linton, S. J. (2005). Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clinical Journal of Pain*, 21, 38-43.
- Borsook, D. y Becerra, L. (2007). Phenotyping central nervous system circuitry in chronic pain using functional MRI: considerations and potential implications in the clinic. *Current Pain and Headache Reports*, 11, 201-207.
- 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, 1151-1160.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello, 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, 448-453. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003.
- Buenaver, L. F., Edwards, R. R., Smith, M. T., Gramling, S. E., y Haythornthwaite, J. A. (2008). Catastrophizing and pain-coping in young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *Journal of Pain*, 9, 311-319. doi: 10.1016/j.jpain.2007.11.005.

- Buenaver, L. F., Edwards, R. R. y Haythornthwa, J. A. (2007). Pain-related catastrophizing and perceived social responses: Inter-relationships in the context of chronic pain. *Pain*, *127*, 234-242. doi: 10.1186/1745-6215-10-24.
- Buitrago, F., Tejero, M., Gato, C., Rivera, N. y Pérez, F. L. (2017). Abordaje integrado de la fibromialgia. *FMC, formación médica continuada*, *24*, 395-404.
- 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).
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G. y Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, *149*, 441-448. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.008.
- Camino, A., Jiménez, B., de Castro-Palomino, M. y Fábregas, M. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *29*, 203-215. doi: 10.4321/S0211-57352009000100015.
- Campos, R. y Vázquez, M. (2012). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*, *31*, 347-355.
- Carbonell, J., Tornero, J., Gabriel, R. y Monfort, J. (2003). *Estudio EPIDOR. Estudio epidemiológico del dolor en reumatología en España*. Madrid: Edipharma.
- 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, 536-541.
- Casanova, J. (2013). Fisiopatología del dolor crónico. En C. Muriel (dir.), *Dolor crónico, enfermedad en sí misma. XIII reunion de expertos* (pp. 11-27). Salamanca: Fundación Grünenthal.
- Casanueva, B. (2007). *Tratado de fibromialgia*. Santander: Cantabria en imagen.
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L. A., Floyd, A., Dedert, E. y Sephton, S. E. (2015). Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: Results of a randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 319-330. doi: 10.1007/s12160-014-9665-0.
- Castell, A., González, J., Muñoz, J. M. y Rull, M. (2006). Valoración del dolor. En M. Rodríguez. *Valoración y manejo del dolor. Guías clínicas de la sociedad española del dolor* (pp. 45-82). Madrid: Arán Ediciones.
- Ceron, A. M., Centelles, F., Abellana, M. y Garcia, S. (2010). Fibromialgia y trastornos de personalidad. *SEMERGEN, Medicina de Familia*, 36, 501-506. doi: 10.1016/j.semerg.2010.04.008.
- Chao, M. V., Rajagopal, R. y Lee, F.S. (2006). Neurotrophin signalling in health and disease. *Clinical Science*, 110, 167-173. doi: 10.1042/CS20050163.
- Chiu, Y., Silma, A., Macfarlane, G., Ray, D., Gupta, A., Dickens, Morriss, R. y McBeth, J. (2005). Poor sleep and depression are independently associated with a reduced pain threshold: results of a population based study. *Pain*, 115, 316-321. doi: 10.1016/j.pain.2005.03.009.
- 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*, 10, 102-110. doi: 10.1186/1472-6963-10-102.

- Christopher, M., Ramsey, M. y Antick, J. (2013). The role of dispositional mindfulness in mitigating the impact of stress and impulsivity on alcohol related problems. *Addiction Research and Theory*, 21, 429–434. doi: 10.3109/16066359.2012.737873.
- Clariana, S. M. y de los Ríos, P. (2011). Psicología en trastornos de salud. En S. M. Clariana y P. de los Ríos, *Psicología de la Salud* (pp.38-64). Madrid: CEDE.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA, the journal of the American Medical Association*, 311, 1547-55.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Solé, E., Salom, L., Gómez, E. y Arranz, L. (2016). *La fibromialgia, consejos y tratamientos para el bienestar*. Barcelona: Amat editorial.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana (2014). *Atención a pacientes con fibromialgia*. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/APF.pdf>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G. y Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47, 990-999. doi: 10.1017/S0033291716003317.
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D. y Harris, S. (2016). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 21-32. doi: 10.1177/0004867415607984.
- Cumming, G. y Finch, S. (2005). Inference by Eye: Confidence Intervals and How to Read Pictures of Data. *American Psychologist*, 60, 170-180. doi: 10.1037/0003-066X.60.2.170.

- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H. y Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: Differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 24-35. doi: 10.1037/a0038200.
- De Gier, M., Peters, M. L., y Vlaeyen, J. W. (2003). Fear of pain, physical performance, and attentional processes in patients with fibromyalgia. *Pain*, 104, 121-30.
- De Souza, J. B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J. y Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29, 509–515. doi: 10.1007/s00296-008-0722-5.
- 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, 123-127.
- Denison, E., Asenlöf, P., Sandborgh, M., y Lindberg, P. (2007). Musculo-skeletal pain in Primary Health Care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *The Journal of Pain*, 8, 67-74.
- Denison, E., Asenlof, P., y Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111, 245–252. doi:10.1016/j.pain.2004.07.001.
- Díaz, M. I., Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En M. Pérez (coord.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces, vol. 2 (pp. 123-140). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Dobkin, P. L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Lonescu-Ittu, R., Bernatsky, S., Goldberger, A., y Baron, M. (2010). Predictors of Disability and Pain Six

Months After the End of Treatment for Fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 26, 23–29.

- Eich, W., Häuser, W., Arnold, B., Jäckel, W., Offenbächer, M., Petzke, F., Schiltenswolf, M., Settan, M., Sommer, C., Tölle, T., Üçeyler, N. y Henningsen, P. (2012). Fibromyalgia syndrome. Definition, classification, clinical diagnosis and prognosis (artículo en alemán). *Der Schmerz*, 26, 247–258. Disponible versión en inglés en: http://leitliniensekretariat.de/files/MyLayout/pdf/041-004le_S3_Fibromyalgiesyndrom_2012-04-1.pdf
- Elkins, G., Johnson, A. y Fisher, W. (2012). Cognitive hypnotherapy for pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54, 294-310. doi: 10.1080/00029157.2011.654284.
- Espejo-Saavedra, J. M. (2011). Sensibilidad somática. En M. Gómez y J. M. Espejo-Saavedra, *Psicobiología* (pp. 246-263). Madrid: CEDE.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., y López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*. 33, 179-88.
- Esteve-Vives, J., Rivera-Redondo, J., Salvat, M. I., de Gracia-Blanco, M. y Alegre de Miquel, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología clínica*, 3, 21-24. Doi: 10.1016/S1699-258X(07)73594-5.
- Evans, D., Charney, D., Lewis, L., Golden, R., Gorman, J., Krishnan, K., Charles, B. et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175–189. Doi: 10.1016/j.biopsych.2005.05.001.
- Fishbain, D. A., Cole, B., Cutler, R. B., Lewis, J., Rosomoff, H. y Rosomoff, R. (2006). Chronic pain measurement of personality: do states influence traits? *Pain Medicine*, 7, 509-529.
- Fiter, J. (1999). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. *JANO, Medicina y Humanidades*, 56, 48-55.

- Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, Ko, G., Moulin, D. E., Panopalis, P., Proulx, J. y Shir, Y. (2013). 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Research and Management, 18*, 119–126.
- Friedberg F. (2004). Eye movement desensitization in fibromyalgia: A pilot study. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 10*, 245–249.
- Garaigordobil, M. y Govillard, L. (2016). Fibromyalgia: Effect of a cognitive behavioral treatment with and without biofeedback on psychopathological symptoms. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 24*, 439-457.
- García, A. (2013). Personalidad, según el modelo psicobiológico de Cloninger, perfil psicopatológico en pacientes con fibromialgia, y su relación con el malestar psicológico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- García, F. J. y Poca, V. (2006). Fibromialgia. En F. J. García, A. M. Cuscó y V. Poca, *Abriendo camino. Principios básicos de fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple* (pp. 24-135). (2ª ed.). Barcelona: Taranna Edicions.
- García-Campayo, J. y Rodero, B. (2011). La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Jano, 60*, 59-61.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M. y Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness and Compassion, 1*, 68-74. doi: 10.1016/j.mincom.2016.10.004.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradriel, 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*, 487-492.
- Garland, E. L. y Howard, M. O. (2013). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces pain attentional bias in chronic pain patients.

Psychotherapy and Psychosomatics, 82, 311-318. doi: 10.1159/000348868.

- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581.
- Gencay-Can, A. y Can, S. (2011). Temperament and carácter profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 32, 3957-3961. doi: 10.1007/s00296-011-2324-x.
- Gerhardt, A., Eich, W., Seidler, G. y Tesarz, J. (2013). Eye movement desensitization and reprocessing in chronic pain conditions. *OA Musculoskeletal Medicine*, 1, 7.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Graceley, R. H. y Clauw, D. J. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis and Rheumatology*, 48, 2916-2922. doi: 10.1002/art.11272.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión: características distintivas* (pp. 11-20). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Glise, K., Ahlborg, G. y Jonsdottir, I. (2014). Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: Does sex or age matter? *BMC Psychiatry*, 14, 118. doi: 10.1186/1471-244X-14-118.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S.G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain* 151, 280–295. doi: 10.1016/j.pain.2010.06.011.
- Goetz, J. L., Keltner, D. y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374. doi: 10.1037/a0018807.

- Goldenberg, D. L. (1994). Psychiatric Illness and Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 41-49.
- Goldenberg, D. L. (1996). What is the future of fibromyalgia? *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 393-406.
- Goldenberg, D.L. (1997). Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Myofascial Pain Syndrome. *Current Opinion in Rheumatology*, 9, 135-143.
- Gómez-Pérez, L., López-Martínez, A. E. y Ruiz-Párraga, G. T. (2011). Psychometric properties of the spanish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *The Journal of Pain*, 12, 425-435. doi: 10.1016/j.jpain.2010.08.004.
- González, A., Fernández, P. y Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22, 997-1003.
- González, J. L., Peñacoba, C., Velasco, L., López, A., Mercado, F., y Barjola, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/ recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*, 21, 359-368.
- González-Ramírez, M. T., García-Campayo, J. y Landero-Hernández, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 81-87.
- Goodenow, C., Reisine, S. T, Grady, K. E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 266-284.
- Gotlib, I. H., Joormann, J., Minor, K. L. y Hallmayer, J. (2008). HPA axis reactivity: a mechanism underlying the associations among 5-

- HTTLPR, stress, and depression. *Biological Psychiatry*, 63, 847–851. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.10.008.
- Goubert, L., Crombez, G., y Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107, 234–241.
- Guiote, A. (2011). Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 119-133. doi: 10.5209/rev_ARTE.2011.v6.37088.
- Guiote, A. (2012). Arteterapia y fibromialgia: las resistencias del dolor. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 261-278. doi: 10.5209/rev_ARTE.2012.v7.40774.
- Gureje, O. (2008). Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 10, 318-322.
- Gutiérrez-Martínez, O., Luciano-Soriano, C., Rodríguez-Valverde, M., y Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavioral Therapy*, 35, 767-783.
- Hassett, A. L., Cone, J. D., Patella, S. J., y Sigal, L. H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 43, 2493–500. doi: 10.1002/1529-0131(200011)43:11<2493::AID-ANR17>3.0.CO;2-W.
- Hauser, W., Bernardy, K. y Arnold, B. (2006). Fibromyalgia - a somatoform (pain) disorder? *Schmerz*, 20, 128–139.
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M. y Schiltenwolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a metaanalysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis and Rheumatism*, 61, 216-224.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villate, J. L. y Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral

- science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Haynes, R. B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: The “5S” evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *ACP Journal Club*, 145, A08-09. doi: 10.7326/ACPJC-2006-145-3-A08.
- Henke, M. y Chur-Hansen, A. (2014). The effectiveness of mindfulness-based programs on physical symptoms and psychological distress in patients with fibromyalgia: a systematic review. *International Journal of Wellbeing*, 4, 28-45.
- Henriksson, C. M., Liedberg, G. M. y Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27, 685-95.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pinro, L. y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- 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, 115-126.
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R. y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing

- mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559. doi: 10.1177/1745691611419671.
- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E. Jr., Auchenbach, M. B. y Pope, H. G. Jr. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 56, 884–891.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. y McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33, 552-568. doi: 10.1097/AJP.0000000000000425.
- Institute of Medicine, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible en: <http://data.care-statement.org/wp-content/uploads/2016/12/IOM-Guidelines-2013-1.pdf>.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Iversen, M. D., Hammond, A. y Betteridge, N. (2010). Self-management of rheumatic diseases: state of the art and future perspectives. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, 955-963.
- Iwasaki, Y. y Mannell, R. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22, 163–181. doi: 10.1080/01490409950121843
- Jaillard, A. y Ropper, A. H. (2013). Pain, heat, and emotion with functional MRI. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1447-1449. doi: 10.1056/NEJMe1213074.
- Jaracz, J., Gattner, K., Jaracz, K. y Górna, K. (2016). Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: prevalence, pathophysiology and management. *CNS Drugs*, 30, 293–304.

- 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*, 3488-3495.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016.
- Karlsson, B., Burell, G., Anderberg, U.M. y Svärdsudd, K. (2015). Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Pain*, *9*, 11-21. doi: 10.1016/j.sjpain.2015.04.027.
- Kavakci, O., Semiz, M., Kaptanoglu, E. y Ozer, Z. (2012). EMDR treatment in fibromyalgia, a study of seven cases. *Anatolian Journal of Psychiatry*, *13*, 75-81.
- 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.
- Keller, D. (2013). Clasificación del subtipo de fibromialgia de acuerdo con la sintomatología clínica y análisis de las diferencias de personalidad, psicopatología concomitante y calidad de vida percibida. Tesis doctoral. Universidad de Gerona, España.
- Keller, D., de Gracia, M. y Cladellas, R. (2011). Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *39*, 273-279.
- Kim, S. H., Lee, D. H., Yoon, K. B., An, J. R. y Yoon, D. M. (2015). Factors associated with increased risk for clinical insomnia in patients with chronic neck pain. *Pain Physician*, *18*, 593-598.

- Kinori, S. G. F., Picado, C. B., Serra, E. B. y Castellano-Tejedor, C. (2017). Resultados preliminares de la aplicación del Eye Movement Desensitization and Reprocessing en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico. *Ansiedad y Estrés*, 23, 12-19.
- Kossyn, S. M., Ganis, G. y Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 635–642.
- Kozasa, E. H., Tanaka, L. H., Monson, C., Little, S., Leao, F. C. y Peres, M. P. (2012). The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 16, 383-387.
- Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., Wu, J., Chumbler, N. y Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 35, 359–365. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.03.020.
- Lackner, J. M. y Gurtman, M. B. (2004). Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*, 110, 597-604.
- Lafrenière, D., Hurlimann, T., Menuz, V. y Godard, B. (2012). Health research: Ethics and the use of arts-based methods in knowledge translation processes. *International Journal of the Creative Arts in Interdisciplinary Practice*, 11, 1–26.
- Lami, L. J., Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I. y Guzmán, M. A. (2018). Catastrophizing, acceptance and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25, 80-92. doi: 10.1007/s10880-018-9543-1.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2013). Versión española de la “Escala de catastrofización del dolor”: estudio psicométrico en mujeres sanas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21, 137-156.

- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J. y Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 500-510. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.010.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, coping and adaptation. New York: Springer.
- Lledó, A., Pastor, M. A., Pons, N., López Roig, S., Rodríguez-Marín, J., y Bruehel, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 459-476.
- Lledó, A., Pastor, M. A., Pons, N., López-Roig, S. y Terol, M. C. (2009). Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatology International*, 29, 1151-1160.
- 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, 459-476.
- López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo CIE-10*. Madrid: Meditor. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41913/9788487548307_Modulo-CIE-10_spa.pdf;jsessionid=0E416AFD83A1B7DA5AAA3DE2DD1A370E?sequence=1.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. y Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination: The world health organization/alcohol, drug abuse and mental health administration internacional pilot study of personality disorder. *Archives*

of *General Psychiatry*, 51, 215-224. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950030051005.

Luciano, C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.

Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado, J., López-del Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., Alda, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M. y Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155, 693-702. doi: 10.1016/j.pain.2013.12.029.

Ludwig, D. y Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA, the journal of the American Medical Association*, 300, 1350-1352. doi: 10.1001/jama.300.11.1350.

Lundberg, G., Anderberg, U. M. y Gerdle, B. (2009). Personality features in female fibromyalgia síndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17, 117-130. doi: 10.1080/10582450902820531.

Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Flub, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A. y Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76, 318-328. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209724.

MacLulich, A. M., Ferguson, K. J., Wardlaw, J. M., Starr, J. M., Deary, I. J. y Seckl, J. R. (2006). Smaller left anterior cingulate cortex volumes are associated with impaired hypothalamic-pituitary-adrenalaxis regulation in healthy elderly men. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 91, 1591-1594.

Maletic, V. y Raison, C. L. (2009). Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Frontiers in Bioscience*, 14, 5291-5338.

- Marques, A. P., Santo, A. S., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A. y Yuan, S. L. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literatura review update. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 57, 356-363. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E. y Nemeroff, C. B. (2010). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Clinics in Laboratory Medicine*, 30, 865-891. doi: 10.1016/j.cll.2010.07.006.
- Martin, M. Y., Bradley, L. A., Alexander, R. W., Alarcon, G. S., Traina-Alexander, M., Aaron L. A., y Alberts, K. R. (1996). Coping strategies predict disability in patients with fibromyalgia. *Pain*, 68, 45-53. doi: 10.1016/S0304-3959(96)03179-X.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M. C. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., Rodríguez-Marín, J., March, M. J., Lledó, A., López-Roig, S. y Terol, M. C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la Chronic pain self-efficacy scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 53-75.
- Martínez Lavín, M. (2013). *Fibromialgia, el dolor incomprendido*. México: Santillana Ediciones Generales.
- Martínez, E., González, O. y Crespo, J. M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global - Salud Mental*, 4, 2-7.
- Martínez, J. E. (2004). The question of quality of life in fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 501-502.
- Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2016). Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia: revisión sistemática y

- metaanálisis. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24, 459-480.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A. y Lami, M. J. (2011). The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 380-391. doi: 10/1007/s10880-011-9263-2.
- Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del «arte psicótico» al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona: Gedisa.
- 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, 519-526.
- Mazza, M., Mazza, O., Pomponi, M., di Nicola, M., Padua, L., Vicini, M., Bria, P. y Mazza, S. (2009). What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Comprehensive Psychiatry*, 50, 240-244. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.08.004.
- McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process and progress. *American Psychologist*, 69, 178-187. doi: 10.1037/a0035623.
- McCracken, L. M., Eccleston, C. y Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioral coping: Results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9, 69-78.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.012.

- Mellegard, M., Grossi, G. y Soares, J. J. (2001). A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *International journal of behavioral medicine*, 8, 103-115.
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mendoza, M. E. y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, 30, 98-116.
- Menzer, M. (2015). *The arts in early childhood: Social and emotional benefits of arts participation. A literatura review and gap-analysis (2000-2015)*. Washington, D. C.: National Endowment for the Arts. Disponible en: <https://www.arts.gov/sites/default/files/arts-in-early-childhood-dec2015-rev.pdf>.
- Menzies, V. (2016). Fibromyalgia Syndrome: Current Considerations in Symptom Management. *The American Journal of Nursing*, 116, 24-32.
- 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, 55-62.
- 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, 55-62.
- Miles, C., Pincus, T., Carnes, D., Taylor, S. y Underwood, M. (2011). Measuring pain self-efficacy. *The Clinical Journal of Pain*, 27(5), 461-470.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Fibromialgia*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>.
- Montoya, P., Larbig, W., Braun, C., Preissl, H. y Birbaumer, N. (2004). Influence of social support and emotional context on pain processing and

- magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatology*, 50, 4035-4044.
- Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Izquierdo, R., Truyols, M. y Blay, N. (2005). Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 67, 957-963.
- Moreno, C. R., Lowden, A., Vasconcelos, S. y Marqueze, E. C. (2016). Musculoskeletal pain and insomnia among workers with different occupations and working hours. *Chronobiology International*, 33, 749–753.
- Morley, S. (2011). Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: Progress and some challenges. *Pain* 152(Suppl 3), S99–S106.
- Müller, W., Schneider, E. M. y Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology International*, 27, 1005–1010.
- Murga, I., Guillen, V. y Lafuente, J. V. (2017). Cambios en la resonancia magnética cerebral asociados al síndrome de fibromialgia. *Medicina Clínica*, 148, 511-516. doi: 10.1016/j.medcli.2017.01.034.
- Nampiarapampil, D.E. y Shmerling, R.H. (2004). A review of Fibromyalgia. *American Journal Management Care*, 10, 794-800.
- Navarro-Gil, M. (2017). *Evaluación de la eficacia de la terapia de compasión basada en los estilos de apego (ABCT) para personas con fibromialgia: estudio controlado randomizado a 3 meses*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza, España.
- Neumann, L. y Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 7, 362-368.
- Nicassio, P. M., Moxham, E. G., Schuman, C. E. y Gevirtz, R. N. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 18, 270-73.

- Norman, G. J., Karelina, K., Zhang, N., Walton, J. C., Morris, J. S. y Devries, A. C. (2010). Stress and IL-1beta contribute to the development of depressive-like behavior following peripheral nerve injury. *Molecular Psychiatry*, *15*, 404–414. doi: 10.1038/mp.2009.91.
- Noyes, R., Douglas, R., Langbehn, L., Happel, R., Stout, L., Muller, B. y Longley, S. (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*, *42*, 320-329.
- Okifuji, A. y Turk, D. C. (1999). Fibromyalgia: search for mechanisms and effective treatments. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (eds.), *Psychosocial Factors in Pain. Critical Perspectives* (pp. 227-246). New York: The Guilford Press.
- 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*, 212-219.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (10 edición). Edición electrónica, disponible en: <https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscadador.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *37*(S2), 74-105.
- Ortega, J. (2012). *Tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, *6*, 1-20.
- 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*, 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*, 185-194.
- Panerai, A. E., Vecchiet, J., Panzeri, P., Meroni, P., Scarone, S., Pizzigallo, E., Giamberardino, M. A. y Sacerdote, P. (2002). Peripheral blood mononuclear cell beta-endorphin concentration is decreased in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia but not in depression: preliminary report. *The Clinical Journal of Pain, 18*, 270-273.
- Parente, S. (2013). Expresión artística del cuerpo para mujeres con fibromialgia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 8*, 61-70. doi: 10.5209/revARTE.2013.v8.44438.
- Parra-Delgado, M. y Latorre-Postigo, J. M. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 1015-1026. doi: 10.1007/s10608-013-9538-z.
- Pastor, M. A., Lledó, A., López, S., Pons, N., y Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema, 22*, 549-555.
- Pastor, M. A., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Afrontamiento y estado de salud en la fibromialgia: una revisión de estudios empíricos. *Revista de Psicología de la Salud, 13*, 63-80.
- Pastor, M. A., Lledó, A., Pons, N., y López-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la psicología. En C. Peñacoba (coordinadora), *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 76-122). Madrid: Dykinson.
- Pastor, M. A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Salas, E., Sánchez, S., Terol, M. C. y Castejón, J. (1995). Psychosocial variables and health status in fibromyalgia. En *Health Psychology and quality of life research*, vol. 1. The 8th Annual Conference of the EHPS.

- Pastor, M. A., Martín-Aragón, M., y Lledó, A. (1999). Expectativas de autoeficacia y estado de salud en enfermos con dolor crónico: una revisión. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9, 111-125.
- Pastor, M. A., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M. C. y Rodríguez, J. (2006). Guía de tratamientos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En M. Pérez (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, vol. 2 (pp. 157-168). Madrid: Ediciones 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, 213-217.
- Peña, C. y Casals, C. (2009). Entrenamiento en respiración y relajación. En J. Moix y F. M. Kovacs (coord.), *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico* (pp. 29-43). Barcelona: Paidós.
- Penacho, A. (coord.) (2015). *Guía debut de la fibromialgia*. Vitoria: ADFM.
- Pérez-Aranda, A., Barceló-Soler, A., Andrés-Rodríguez, L., Peñarrubia-María, M. T., Tuccillo, R., Borraz-Estruch, G., García-Campayo, J., Feliu-Soler, A. y Luciano, J. V. (2017). Description and narrative review of well-established and promising psychological treatments for fibromyalgia. *Mindfulness and Compassion*, 2, 112-129. doi: 10.1016/j.mincom.2017.10.002.
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H. y Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discrimination patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 41-56.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C. Palmer, A. Sesé, A. Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 415-420.
- Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., y Weber, W. E. J. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing

- to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45–50. doi: 10.1016/j.pain.2004.09.033.
- Phillips, L. y Stuijbergen, 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, 142-150.
- Pons, N. (2009). *Estado de Salud, Percepción de Control y Afrontamiento en la Fibromialgia: Un estudio longitudinal en Atención Primaria*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.
- Potter, R. G., Jones, J. M. y Boardman, A. P. (2000). A prospective study of primary care patients with musculoskeletal pain: the identification of predictive factors for chronicity. *British Journal of General Practice*, 50, 225-227.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17, 1-6.
- Quinlan, R., Schweitzer, R., Khawaja, N. y Griffin, J. (2015). Evaluation of a schoolbased creative arts therapy program for adolescents from refugee backgrounds. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 72–78. doi: 10.1016/j.aip.2015.09.006.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve-Zaragoza, R. y López-Martínez, A. E. (2001) Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Read, D. (2009). Commentary: Examining underlying paradigms in the creative arts therapies of trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 114–120. doi: 10.1016/j.aip.2009.01.011.
- 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, 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, 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.
- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17, 326–332. doi: 10.1016/j.resed.2010.07.002
- Reynolds, F. y Lim, K. (2007). Contribution of visual art-making to the subjective wellbeing of women living with cancer: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 1–10. doi: 10.1016/j.aip.2006.09.005.
- Reynolds, F., Vivat, B. y Prior, S. (2008). Women's experiences of increasing subjective well-being in CFS/ME through leisure-based arts and crafts activities: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1279–1288. doi: 10.1080/09638280701654518.
- Ridderinkhof, K. R., Ullsperger, M., Crone, E. A. y Nieuwenhuis, S. (2004). The role of the medial frontal cortex in cognitive control. *Science*, 306, 443-447.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F., 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, S55-66.
- Rivera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J., Vallejo, M. A., grupo ICAF (2009). Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 56, S39-45.

- Robinson, M. J., Edwards, S.E., Iyengar, S., Bymaster, F., Clark, M. y Katon, W. (2009). Depression and pain. *Frontiers in Bioscience*, 14, 5031–5051.
- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. y Pastor, M. A. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En S. Barriga, J. M. León, M. F. Martínez, y I. F. Jiménez, (eds.) *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social* (pp. 159-196). Sevilla: Sedal.
- Rottmann, S., Jung, K., Vohn, R. y Ellrich, J. (2010). Long-term depression of pain-related cerebral activation in healthy man: an fMRI study. *European Journal of Pain*, 14, 615–624.
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J. y Azkue, J. J. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16, 323-329.
- Sansone, R. A., Levenson, J. V. y Sellbom, M. (2004). Psychological aspects of fibromyalgia: Research vs. clinician impressions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 185-188.
- Sansone, R. A., Whitecar, P., Meier, B. P. y Murry, A. (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23, 193–197.
- Savelkoul, M., Post, M. W. M., de Witte, L. P. y van den Borne, H. B. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 39, 205-218. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00033-6.
- Serrano, M., Cañas, A., Serrano, C., García, P. L. y Caballero, J. (2002). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*, 17, 57-70.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of clinical psychology*, 58, 1-22. doi: 10.1002/jclp.1126.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87. doi: 10.1891/1933-3196.1.2.68.

- Shapiro, F. y Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 933-946. doi: 10.1002/jclp.10068.
- Sicras-Mainar, A., Rejas, J., Navarro, R., Blanca, M., Morcillo, A., Larios, R., Velasco, S. y Villarroya, C. (2009). Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Research and Therapy*, 11(2), R54. doi: 10.1186/ar2673.
- Sociedad Española de Reumatología (2001). *Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.
- Solomon, R. M. y Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- Song, G. H., Venkatraman, V., Ho, K. Y., Chee, M. W., Yeoh, K. G. y Wilder-Smith, C. H. (2006). Cortical effects of anticipation and endogenous modulation of visceral pain assessed by functional brain MRI in irritable bowel syndrome patients and healthy controls. *Pain*, 126, 79-90.
- Spinhoven, P., Kuile, M., Kole-Snijders, A., Mansfeld, M., den Ouden, D., y Vlaeyen, J. W. S. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 8, 211-9. doi: 10.1016/j.ejpain.2003.08.003.
- Stacey, G. y Stickley, T. (2010). The meaning of art to people who use mental health services. *Perspectives in Public Health*, 130, 70-77. doi: 10.1177/1466424008094811.
- Stanos, S. (2012). Focused review of interdisciplinary pain rehabilitation programs for chronic pain management. *Current Pain and Headache Reports*, 16, 147-152.

- Staud, R., Robinson, M. E., Vierck, J., Cannon, R. C., Mauderli, A. P. y Price, D. D. (2003). Ratings of experimental pain and pain-related negative affect predict clinical pain in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, *105*, 215-222.
- Stratinaki, M., Varidaki, A., Mitsi, V., Ghose, S., Magida, J., Dias, C., Russo, S. J., Vialou, V., Caldarone, B. J., Tamminga, C. A., Nestler, E. J. y Zachariou, V. (2013). Regulator of G protein signaling 4 [corrected] is a crucial modulator of antidepressant drug action in depression and neuropathic pain models. *Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America*, *110*, 8254–8259. doi: 10.1073/pnas.1214696110.
- Strouse, T. B. (2007). The relationship between cytokines and pain/depression: a review and current status. *Current Pain and Headache Reports*, *11*, 98–103.
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., y Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, *17*, 52-64.
- Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A. y Santor, D. (2000). Gender differences in pain and pain behaviour: role of catastrophizing. *Cognitive Therapy Research*, *24*, 121-134.
- Syková, E. y Chvátal, A. (2000). Glial cells and volume transmission in the CNS. *Neurochemistry International*, *36*, 397–409. doi: 10.1016/S0197-0186(99)00131-X.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ilhanli, I., 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*, 859-865.

- Tang, N. K., Wright, K. J. y Salkovskis, P. M. (2007). Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *Journal of Sleep Research, 16*, 85–95.
- Tefft, A. J. y Jordan, I. O. (2016). Eye movement desensitization reprocessing as treatment for chronic pain syndromes: A literature review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 22*, 192–214.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés, 13*, 163-176.
- Tesarz, J., Leisner, S., Gerhart, A., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W. y Hartmann, M. (2014). Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: A systematic review. *Pain Medicine, 15*, 247–263. doi: 10.1111/pme.12303
- Thase, M. E. (2016). Managing medical comorbidities in patients with depression to improve prognosis. *The Journal of Clinical Psychiatry, 77*, S1, 22-27. doi: 10.4088/JCP.14077su1c.04.
- 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*, 145-151.
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L. y McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. doi: 10.1002/14651858.CD001980.pub2.
- Thieme, K., Turk, D. y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationships to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine, 66*, 837- 844. doi: 10.1097/01.psy.0000146329.63158.40.
- Thorn, B. E. y Kuhajda, M. C. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1355-1366.

- Trenberth, L. y Dewe, P. (2005). An exploration of the role of leisure in coping with work related stress. *British Journal of Guidance and Counselling*, 33, 101-116. doi: 10.1080/03069880412331335885.
- Truyols, M. M., Pérez-Pareja, J., Medinas, M. M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment. *Clínica y Salud*, 19, 295-320.
- Turk, D. C. y Flor, H. (1989). Primary fibromyalgia is greater than tender points: toward a multiaxial taxonomy. *The Journal of Rheumatology*, 19, 80-86.
- Turk, D. C., Robinson, J. P., y Burwinkle, T. (2004). Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *The Journal of Pain*, 5, 483-90. doi: 10.1016/j.jpain.2004.08.002.
- Turk, D. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Tuzer, V., Bulut, S. D., Bastug, B., Kayalar, G. Göka, E. y Bestepe, E. (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 138-144. doi: 10.3109/08039488.2010.522596.
- 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, 613-619.
- Valet, M., Gündel, H., Sprenger, T., Sorg, C., Mühlau, M., Zimmer, C., Henningsen, P. y Tölle, T. R. (2009). Patients with pain disorder show gray-matter loss in pain-processing structures: a voxel-based morphometric study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 49-56. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818d1e02.
- Vallejo, M. A. y Comeche, I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación universidad-empresa.

- 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, 28-34.
- Vallejo, M. A., Rivera, J. y Esteve-Vives, J. (2010). Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). *Health Qual Life Outcomes*, 8, 2. doi: 10.1186/1477-7525-8-2.
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J y Rejas, J. (2011). A confirmatory study of the combined index of severity of fibromyalgia (ICAF): factorial structure, reliability and sensitivity to change. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 39-45. doi: 10.1186/1477-7525-9-39.
- Van Damme, S., Crombez, G., y Eccleston, C. (2002). Retarded disengagement from pain cues: the effects of pain catastrophizing and pain expectancy. *Pain*, 100, 111–118. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00290-7.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J. y Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *British journal of health psychology*, 22, 186-206. doi: 10.1111/bjhp.12224.
- 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 Lith, T., Fenner, P. y Schofield, M. (2011). The lived experiences of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disability and Rehabilitation*, 33, 652–660. doi: 10.3109/09638288.2010.505998.
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W. y Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 159-167. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.08.009.

- 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, 3618-3626.
- Vanegas-Farfano, M. T. J., Quezada-Berúmen, L. C. y González-Ramírez, M. T. (2016). Actividades artístico-recreativas y estrés percibido. *Ansiedad y Estrés*, 22, 68–73. doi: 10.1016/j.anyes.2016.10.002.
- Velázquez, N., Vázquez, L. G. y Alvarado, S. (2009). Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29.
- Vlaeyen, J. W. S., de Jong, J., Leeuw, M., y Crombez, G. (2004). Fear reduction in chronic pain: Graded exposure in vivo with behavioral experiments. En G. J. Asmundson, J. W. S. Vlaeyen y G. Crombez (eds.), *Understanding and Treating Fear of Pain* (pp. 313-345). New York: Oxford University Press.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 779–87. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007.
- Wadell, G. y Turk, D. C. (1992). Clinical assessment of low back pain. En D. C. Turk y R. Melzac (eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 15-36). New York: The Guildford Press.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gadner, D., Sullivan, M., Katon, W. J. y Berstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59, 565-571.
- White, K. P., Nelson, W. R., Harth, M., Ostbye, T. y Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *Journal of Rheumatology*, 29, 588-593.

- 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, 588-594.
- WHOQOL, grupo (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Wilke, W. S., Gota, C. E. y Muzina, D. J. (2010). Fibromyalgia and bipolar disorder: a potential problem? *Bipolar Disorders*, 12, 514-520.
- Williams, D. A., Cary, M. A., Groner, K. H., Chaplin, W., Glazer, L. J., Rodriguez, A. M. y Clauw, D. J. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *The Journal of Rheumatology*, 29, 1280-1286.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62, 600-10. doi: 10.1002/acr.20140.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. et al. (1990). The American College of Rheumatology Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.
- Xie, J., Bi, Q., Li, W., Shang, W., Yan, M., Yang, Y., Miao, D. y Zhang, H. (2012). Positive and negative relationship between anxiety and depression of patients in pain: a bifactor model analysis. *Plos one*, 7, 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0047577.
- Yavuz, B. G., Aydinlar, E. I., Dikmen, P. Y. e Incesu, C. (2013). Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 25, 14-53.

- Yi, T. I., Kim, B. K., Ha, S. A. y Lim, J. Y. (2014). The relationships between determination of treatment success and emotional factors in patients with chronic musculoskeletal pain. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 38, 77–83.
- Yu, L. y McCracken, L. M. (2016). Model and processes of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain including a closer look at the self. *Current Pain and Headache Reports*, 20, 12-19. doi: 10.1007/s11916-016-0541-4.
- Zafra-Polo, M. T., Pastor-Mira, M. A. y López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de psicología*, 30, 104-113. doi: 10.6018/analesps.30.1.151541.

ANEXOS

ANEXOS I y II: OBJETIVOS Y ESQUEMAS DE LAS SESIONES

- Anexo I: programa 1.
- Anexo II: programa 2.

ANEXO I: Objetivos y esquema de las sesiones del grupo 1

Nota previa: se presenta el esquema de contenidos de cada sesión, a pesar de la apariencia teórica, las sesiones son dinámicas, se da la oportunidad de que cada uno comente sus experiencias sobre los conceptos tratados.

SESIÓN 1: Introducción a la fibromialgia.

Objetivos de la sesión: presentar el programa y los miembros del grupo. Obtener las medidas pre-tratamiento. Insistir en que el tratamiento se dirige a que aprendan cómo funciona la enfermedad y el dolor para poder manejarlo mejor y que sólo sea una pequeña parte de sus vidas. Dar psicoeducación sobre la fibromialgia y espacio para que compartan su experiencia con esta enfermedad. Practicar de una técnica de relajación.

Esquema del contenido de la sesión:

- Presentación de los miembros del grupo. Expectativas.
- Cuestionario Pre-tratamiento.
- Estructura del programa, calendario y encuadre. Objetivos del programa.
- ¿Qué es la fibromialgia?
 - Definición, síntomas y epidemiología.
 - Afección musculoesquelética, caracterizada por dolor crónico generalizado. También puede aparecer: cansancio, sueño no reparador, pérdida de fuerza, cefaleas, eccemas, problemas de memoria... Estado de ánimo bajo y ansiedad/preocupación.
 - 2% de la población adulta. Más común en mujeres, pico de prevalencia entre 30-60 años.
 - Crónica. La caracterizan como benigna porque no es degenerativa.

- Experiencia personal de cada uno.

-Técnica de relajación:

- Se entregan CDs con las técnicas de relajación grabadas para que puedan entrenar en casa la que se aprenda en sesión.
- Se entrena: Lugar seguro.

SESIÓN 2: El dolor crónico y las distorsiones cognitivas

Objetivos de la sesión: Conocer el funcionamiento del dolor y los factores que lo agravan, incluyendo entre ellos los pensamientos distorsionados. Transmitir la posibilidad de controlar y manejar dichos factores. Conocer las principales distorsiones cognitivas, aprender a identificarlas y plantear pensamientos alternativos. Consecuencias de los pensamientos distorsionados sobre la experiencia de dolor, la capacidad funcional, la autoeficacia, el estado emocional... Practicar una técnica de relajación.

Esquema del contenido de la sesión:

-El dolor crónico como principal síntoma de la fibromialgia.

-Ideas generales sobre el dolor:

- El dolor es una experiencia accesible sólo al que la sufre.
- Complejidad de factores: biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor agudo suele surgir como respuesta a una lesión, el cuerpo nos avisa de que algo le ocurre. En cambio, el dolor crónico ha perdido su sentido de aviso. No se sabe por qué se cronifica un dolor, se ve modificado por múltiples factores.
- Experiencia tridimensional:
 - Nivel sensorial: el más fisiológico

- Nivel afectivo: implicaciones emocionales y comportamentales: temer una situación, alejarse de ella, evitar...
- Nivel evaluativo: integra toda la información de la situación dolorosa, crea recuerdos, los utiliza para anticipar ante situaciones nuevas. Papel del aprendizaje. Focalización de la atención.
- Círculo del dolor



-Factores que modulan (agravan/mejoran) el dolor:

- Ansiedad y ánimo bajo.
- Ejercicio intenso o inactividad.
- Tensión muscular.
- Situaciones de tensión / difíciles de afrontar.
- Querer abarcar más de lo que uno puede.
- Dejarse llevar por la opinión/incomprensión de los demás.
- Enfadarse con el dolor.
- Centrar la atención en el dolor.

- Distorsiones cognitivas y actitudes catastrofistas.

-Ejercicio → En forma de lluvia de ideas, en relación con lo anterior:

- ¿Qué puedo hacer para manejar el dolor?
- ¿Qué suelo intentar?

-Autorregistro sobre factores moduladores del dolor y estrategias utilizadas (tarea para casa)

Fecha, momento del dolor. Grado de dolor (0-10)	Qué estabas haciendo, qué había ocurrido	Qué hiciste	¿Mejóro el dolor? Grado (0-10)

-Distorsiones cognitivas. Se presentan como factor que influye en el dolor, la capacidad funcional, la autoeficacia y el estado de ánimo.

- Principales distorsiones cognitivas. Después de cada explicación y ejemplo se les pide un pensamiento alternativo.
 - **Generalización:** elaborar una conclusión a partir de un hecho aislado y aplicarla a otras situaciones no relacionadas.
 - El jefe me pide un tipo de informe nuevo, lo entrego una hora tarde → “nunca acabo mi trabajo a tiempo”.
 - **Personalización:** atribuir acontecimientos externos a uno mismo sin que exista evidencia para ello.
 - Mi pareja me dice que esta noche va a salir con unos amigos → “seguro que está molesto conmigo, he hecho algo que le ha enfadado”.
 - **Falacia de control por exceso:** la persona se ve responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, produce exceso de responsabilidad.
 - “No puedo pedir la baja porque el equipo de trabajo no funcionaría sin mí”.

- “Esta tarea sólo la puedo hacer yo”.
- **Falacia de control por defecto:** la persona nunca se responsable de nada, echa todas las culpas a los demás.
 - Una amiga se ha enfadado conmigo → “toda la culpa es suya, ni siquiera quiero oír su versión”.
- **Razonamiento emocional:** considerar las emociones como prueba de que algo es verdad, formular argumentos basados en cómo nos sentimos y no en la realidad objetiva.
 - Me siento un inútil → “soy un inútil”.
 - Estoy agobiado con una tarea que estoy realizando → “por lo tanto, esta tarea está por encima de mis capacidades”.
 - No me siento capaz de..... → “no soy capaz de hacerlo, no puedo hacerlo”.
- **Pensamiento todo o nada:** interpretar los acontecimientos y situaciones en términos absolutos como “siempre”, “nunca”, “todos”, “nadie”...
 - “O hago el trabajo perfecto o no hago nada”.
- **Visión en túnel:** percibir sólo una parte de la realidad, normalmente centrarse en los aspectos negativos e ignorar los positivos.
 - Mi superior me dice que he hecho un buen trabajo, pero quizá un poco extenso → “no le ha gustado”.
 - Centrarse en lo que no tengo, las injusticias, los peligros...
- **Visión catastrófica:** imaginar el peor resultado posible “y si....”.
 - Estoy preparando una comida familiar en mi casa → “¿y si me distraigo y se me quema toda la comida?, ¿Y si no le gusta a nadie lo que he cocinado?, todos pensarán que no valgo para cocinar.
- **Etiquetar:** utilizar etiquetas, normalmente peyorativas para describir a alguien o a ti mismo, en vez de describir objetivamente el error.

- He confundido la sal con el azúcar al echarlo al café → “soy un torpe”, “no valgo ni para prepararme un café”...
- **Adivinación:** presuponer un resultado antes de que ocurra.
 - “Me van a echar”.
- **Los “debería”:** la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles y rígidas y convierte sus deseos en obligaciones. Provoca sentimientos de culpa cuando no se cumplen las tareas que uno mismo se ha impuesto.
 - “El trabajo está por encima de todo y debo entregarme al 100%”.
 - “Debería ser capaz de planchar todo este montón de ropa esta tarde”.
- **Autoacusación:** te culpas permanentemente de las cosas, aunque tu implicación haya sido mínima.
 - Propones a tu pareja un día de campo, allí se tuerce el tobillo → “ha sido por mi culpa, si no se lo hubiera propuesto...”
- **Tener razón:** la persona considera que su forma de pensar y actuar es la única correcta e intenta probarlo continuamente.
 - “Esto se hace así”.

-Algunos ejemplos más para practicar:

- Ya no puedo soportarlo más.
- Es terrible y pienso que nunca va a mejorar.
- Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.
- Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.

-Autorregistro → tarea para casa.

Pensamiento	Distorsión	Cómo te hace sentir	Pensamiento alternativo

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles dificultades de la anterior.
- Se entrena: Respiración abdominal.

SESIÓN 3: Las emociones

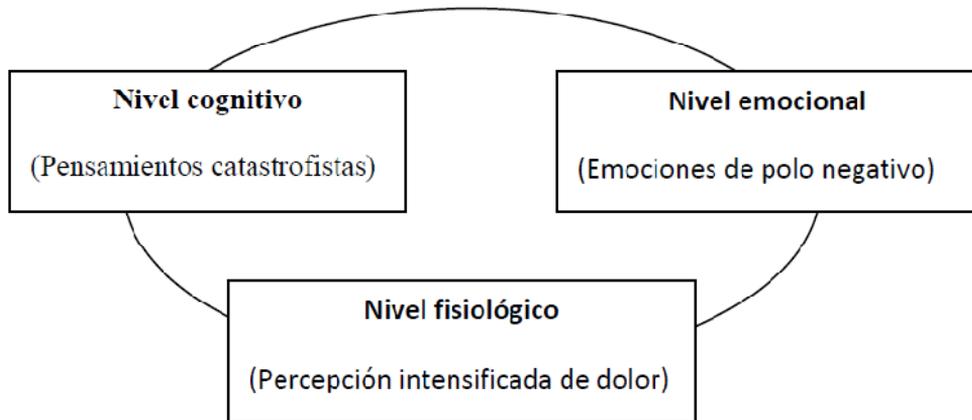
Objetivos de la sesión: Profundizar en la interacción entre pensamiento-emoción-conducta y su influencia en el estado físico. Aumentar conciencia sobre la bidireccionalidad de las interacciones y la formación de círculos viciosos entre pensamientos catastrofistas, emociones de polo negativo, inactividad/baja actividad mantenida y percepción aumentada de dolor. Pasos para una gestión emocional saludable. Practicar una técnica de relajación.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de tareas para casa.

- Puesta en común de los pensamientos alternativos.
- Debate sobre el grado en el que los consideran útiles para los “malos” momentos.

-Interacción pensamiento y emoción y su influencia sobre el estado físico. A su vez todo interacciona con la conducta. Interacciones bidireccionales.



-¿Qué son las emociones?

- Son una respuesta ante situaciones que nos afectan.
- Suelen aparecer rápidamente ante estímulos externos o internos, y persistir un tiempo.
- Las emociones tienen lugar en el cuerpo, las experimentamos físicamente. A través del pensamiento damos sentido a esas experiencias.
- Existen:
 - 6 emociones básicas: tristeza, miedo, enfado, asco, alegría y sorpresa.
 - Emociones complejas: amor, admiración, frustración, celos, envidia, compasión...

-LOS PENSAMIENTOS INTENSIFICAN LAS EMOCIONES: Tomar conciencia de cómo en muchas ocasiones, el pensamiento aparece antes que la emoción y como ésta retroalimenta a aquél.

- Ejemplo: “no sirvo para nada” → Tristeza → se reafirma el pensamiento → mayor tristeza → ¿CÓMO ROMPER ESTE CÍRCULO? (Desde el pensamiento)

- Y todo ello tiende a aumentar la inactividad, que a su vez retroalimenta de nuevo el pensamiento disfuncional y la emoción.
- El dolor y las sensaciones físicas desagradables pueden verse aumentadas tanto por la interacción con los pensamientos y emociones desadaptativas e intensas como por la inactividad mantenida en el tiempo (recordar círculo del dolor).

-¿Existen emociones buenas y malas?

- NOTA: Las emociones no son malas ni buenas por sí mismas. Las de carácter negativo (enfado, tristeza...) también son necesarias y reactivas a la situación. Nos dan información.
- Emociones “saludables”: son respuestas básicas a las situaciones. Nos informan:
 - Tristeza: “He perdido algo”
 - Miedo: “Estoy en peligro”
 - Enfado: “Han violado mis límites”
 - Asco: “Esto es malo para mí”
 - Sorpresa: “esto es nuevo/inesperado”
 - Alegría: “esto es agradable” “estoy satisfecho/a”
- Emociones “no saludables”:
 - Han dejado de ser sanas.
 - Pueden surgir debido a una situación externa o interna.
 - Te quedas atascado en esas emociones, sin salida.
 - Son estados “testarudos”, te hundes en ellos.
 - Desproporcionadas con respecto a la situación.
 - Términos absolutistas: “siempre”, “nunca”...

-Conciencia emocional:

- Identificar la emoción.
- Localizarla en el cuerpo.
- Encontrar las palabras que encajen.
- Buscar maneras de expresión (no de control): individuales o sociales.

- Utilizar la emoción de manera adaptativa. Piensa si es una emoción saludable (te informa) o no saludable (te destruye):
 - Acepta las emociones saludables y úsalas como guía para la acción.
 - Transforma las emociones no saludables:
 - Tomar consciencia de los pensamientos destructivos que las alimentan.
 - Cuestionar esos pensamientos.
- Una buena conciencia emocional conduce a la estabilidad emocional.

-Práctica de la conciencia emocional con ejemplos personales (emoción actual, situación típica que te provoca enfado o tristeza... y analizarla).

-Autorregistro: tarea para casa.

Situación y pensamiento antecedente	EMOCIÓN	Qué hiciste después de sentir la emoción	Cómo te sentías físicamente. Grado de dolor.	Conductas y pensamientos alternativos: manejo emocional

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles dificultades de la anterior.
- Se entrena: el jardín privado.

SESIÓN 4: Impacto de la enfermedad. Estrategias para la vida cotidiana.

Objetivos de la sesión: Aumentar la conciencia sobre los cambios experimentados a consecuencia de la enfermedad en su vida cotidiana, tanto positivos como negativos (no quedarse sólo en los negativos). Aprender estrategias para manejar la enfermedad a nivel cotidiano y no caer en la inactividad. Aumentar el nivel de autoeficacia y motivación para integrarlas en su vida cotidiana. Resaltar la importancia de las metas vitales de cada uno y de seguir el camino que cada uno se trace para conseguirlas a pesar de la enfermedad. Practicar una técnica de relajación.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de tareas para casa. Se hace énfasis en la columna de manejo emocional.

-Reflexión sobre los cambios (positivos y negativos) que han experimentado en su vida cotidiana después de la enfermedad. Áreas: física, de ocupación/laboral y de ocio.

-Pasar del “no lo puedo hacer” a “soy capaz de hacerlo”.

- Es posible. Importante el diálogo interno.
- Consecuencias negativas de la inactividad. Más dolor, más emociones negativas, menor autoeficacia y cada vez más inactividad.
- Dibujar el círculo (proporciones) de las actividades que realizan y cómo les gustaría que fuese. Cómo conseguirlo.
- Existen estrategias cotidianas (a continuación).

-Marcarse un ritmo.

- Volverse inactivo por miedo al dolor: se pierde tono muscular, pero también se pierden reforzadores (actividades que nos gustaban) y que son tan necesarias para mantener un buen estado de ánimo.
- Querer hacer más cosas de las que se puede, empeora el dolor. ¿Es necesario hacer todo de golpe? ¿Podemos cuidarnos haciéndolo poco a poco, sin prisa, con los descansos que necesitemos?

-Aprender a priorizar y gestionar el tiempo.

- Tu tiempo es tuyo y tú decides en qué gastarlo. ¿Qué cosas son más importantes para ti o tienes que hacer ya necesariamente?

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE		
NO IMPORTANTE		

- Los descansos y las actividades de ocio también son importantes. ¿Es descansar una manera de cuidarse? ¿Qué es lo más importante para uno mismo?
- Flexibilidad.

-Aprender a pedir ayuda.

- Si necesitas que te ayuden, pídelo. Los demás no pueden adivinarlo.
- Pedir ayuda no es muestra de debilidad, todos en un momento dado, la necesitamos.
- ¿Ayudarías a algún ser querido si te lo pidiera?

-Marcarse objetivos y planes de acción realistas.

- Tener metas es fundamental para sentirse bien.
- Las metas deben ser realistas, alcanzables y objetivas.
- La satisfacción personal está en función de avanzar en la dirección de las metas vitales de cada uno, a pesar de las dificultades que puedan surgir y de la enfermedad.

-Aprender estrategias de resolución de problemas:

- Si no sabemos qué hacer: tensión, irritabilidad, desesperación.... → Se desencadena el círculo vicioso de malestar físico, emocional y pensamientos negativos.
- Tipos:
 - Los irreales/distorsionados → expectativas no realistas, cogniciones distorsionadas...
 - *Ejemplo: estoy preocupado porque mi vecino no me ha saludado.// Un primo al que invité a mi boda no me ha invitado a la suya, esto me enfada y no sé qué hacer.*
 - Los reales:
 - Inmodificables → adaptarnos a la situación, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, apoyo social...
 - *Ejemplo: tu marido/mujer enferma de cáncer.*
 - Modificables → aplicamos la resolución de problemas.
- Pasos:
 - Conciencia del problema. Pararse y pensar
 - Definición del problema
 - Generación de alternativas
 - Toma de decisiones
 - Trazar un plan de acción
 - Ponerlo en práctica
 - Valoración

-Tarea para casa:

- Reflexionar sobre los propios objetivos vitales y establecer un plan de metas realistas.
- Poner en práctica las estrategias aprendidas. Realización de una planificación de actividades semanal, incluyendo obligaciones y ocio.

-Técnica de relajación

- Revisión de posibles dificultades de la anterior.

- Se entrena: relajación por sugestión.

SESIÓN 5: Impacto de la enfermedad en las relaciones sociales.

Objetivos de la sesión: Aumentar la conciencia sobre la bidireccionalidad en las relaciones y la interacción entre su actitud, la actitud del otro y la información disponible para ambos (que puede no ser la misma). Practicar una técnica de relajación. Identificar qué estilo de comunicación tienden a utilizar y conocer las reacciones más probables que provoca cada estilo de comunicación. Pautas de asertividad. Practicar una técnica de relajación.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de las tareas para casa.

-Área interpersonal: pareja, familia, amigos, jefe, compañeros...:

- ¿Cómo ha cambiado esta área desde la enfermedad? ¿A qué lo atribuyen?

-RECIPROCIDAD de las relaciones.

- Ejercicio: pensad en la última vez que os sintierais incomprendidos

Qué pasó, situación	Cómo os sentíais	Qué pensábais	Qué hicisteis	Cómo reaccionó el otro	Cómo se estaría sintiendo el otro

- Puesta en común. Se insiste en: ¿teníais ambos la misma información? ¿se podría interpretar de otra manera?

-Patrones de comunicación: desde la enfermedad, qué papel tenía la enfermedad en vuestra casa...

-Estilos de comunicación: pasivo, agresivo, asertivo. Reacciones que despierta cada estilo.

- Identificación de cada uno con un estilo y argumentarlo.

-Asertividad: sentirse con derecho a decir que no a las actividades que a uno no le conviene realizar (o no le apetece) (levantar pesos, ejercicio físico muy marcado...). Aceptar que otros te digan que no a una petición tuya.

-Expresar quejas/peticiones de manera adecuada. Las quejas son a veces una fuente de conflicto, sin embargo, es importante expresarlas para que no se “enquisten”. ¿Cómo os sentís cuando algo os molesta y no lo decís, de manera continuada?

- Cuando haces..... (definir la conducta del otro que nos molesta, especificando la situación concreta, no sirven marcadores absolutistas: “nunca...”).
- Me siento..... (expresa la queja desde tu sentimiento, desde cómo te sientes, en vez de juzgar con etiquetas al otro).
- Por eso me gustaría que hicieras..... (proponerle una alternativa de conducta, que luego se podrá negociar).
- Y esto me ayudaría a sentirme más (explicar cómo repercutiría ese cambio de conducta suya en vuestras emociones).
 - Ejercicio: se va a representar una misma situación (por ejemplo: la pareja nunca friega los platos) de dos maneras diferentes: unos expresarán la queja de manera agresiva (eres un vago, no me

ayudas nunca...), otros lo representarán ensayando este estilo asertivo.

- Ejercicio: aplicar las pautas a pedir ayuda en un momento determinado y a enfrentarse a un comentario peyorativo sobre la enfermedad.

-La interacción con los demás es fundamental para un estado de ánimo adecuado. Propiciar encuentros agradables, pero también poder expresar los sentimientos propios.

-Tarea para casa: buscar ejemplos personales de problemas interpersonales, realizar con ellos el autorregistro planteado al inicio de la sesión, identificar qué estilo de comunicación han seguido y escribir debajo cómo podrían haber actuado siguiendo un estilo asertivo.

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles problemas de la anterior.
- Se entrena: respiración atenta.

SESIÓN 6: Repaso y recaídas.

Objetivos de la sesión: Repasar lo aprendido durante el programa, comentar qué les ha parecido más útil, lo que consideran más fácil de utilizar...Insistir en que se han trabajado herramientas y que su efectividad dependen en gran medida de su práctica habitual. Insistir en la idea de que la enfermedad es crónica y con brotes, habrá cosas que no se puedan cambiar, pero cada uno puede poner en marcha muchas estrategias para vivir mejor y de forma normalizada, por lo que es fundamental el papel que ellos mismos juega en su propia enfermedad (idea que se ha transmitido a lo largo de todo el programa). Practicar una de las técnicas de relajación ya aprendidas. Obtener medidas post-tratamiento. Obtener feedback del programa mediante cuestionario de satisfacción.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de las tareas para casa.

-Opiniones sobre lo aprendido:

- ¿Qué es lo que han aprendido? ¿Qué se llevan del grupo?
- ¿Qué han utilizado que les haya parecido más útil?
- ¿Ha cambiado en algo su visión?

-Resumen:

- Interacción entre estado físico-emociones-pensamientos.
- Mantener actividad moderada, con descansos.
- Priorizar, gestionar el tiempo, pedir ayuda.
- Decir NO a las actividades que no les vienen bien. Hacerse respetar.
- Conocer cómo son las interacciones con los demás.
- Tomar conciencia de las emociones y utilizarlas de manera saludable.
- Identificar los pensamientos distorsionados y buscar alternativas.
- Saber identificar los problemas que tienen solución. Estrategia de solución.
- Identificar los logros y prestarlos atención → SENTIRSE CAPAZ y CREER EN UNO MISMO.
- Utilizar técnicas de relajación y distracción del dolor.

-Ante una recaída:

- No es realista pensar que no se va a volver a estar mal. Pero la puesta en marcha de las estrategias juega un importante papel en su bienestar. Papel activo de cada uno, esfuerzo personal.
- Ejercicio: elaborar plan de acción para posibles recaídas. Se pone en común. Han de aparecer las siguientes ideas, si no añadirlas:
 - Tomar la medicación pautada.
 - No dejarse llevar por el pánico o el enfado. Manejar las emociones y pensamientos distorsionados. La fibromialgia es una enfermedad crónica, es normal que aparezcan recaídas, de lo

que se trata es de que sean lo más espaciadas, suaves y cortas posibles y de que interfieran lo menos posible en nuestra vida.

- Disminuir el ritmo de actividad hasta que el dolor desaparezca.
- Delegar tareas y priorizar. Di NO a demandas innecesarias o que otros desean.
- Realizar descansos amplios (puedes tumbarte un tiempo y luego volver a la actividad) y dedicar tiempo a la relajación.
- Utilizar estrategias de distracción.
- Pedir ayuda si lo necesitas.
- Repasar las metas vitales y la manera de poder ir avanzando en esa dirección a pesar de la enfermedad.

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles problemas de la anterior.
- Se pide que elijan una técnica de relajación de entre las entrenadas a lo largo del programa (a mano alzada) y se practica de nuevo.

-Cuestionario post-tratamiento.

-Cuestionario de satisfacción.

ANEXO II: Objetivos y esquema de las sesiones del grupo 2

Nota previa: se presenta el esquema de contenidos de cada sesión, a pesar de la apariencia teórica, las sesiones son dinámicas, se da la oportunidad de que cada uno comente sus experiencias sobre los conceptos tratados. A lo largo del esquema, la parte específica relacionada con el dibujo se destaca en letra negrita.

SESIÓN 1: Introducción a la fibromialgia.

Objetivos de la sesión: presentar el programa y los miembros del grupo. Obtener las medidas pre-tratamiento. Insistir en que el tratamiento se dirige a que aprendan cómo funciona la enfermedad y el dolor para poder manejarlo mejor y que sólo sea una pequeña parte de sus vidas. Dar psicoeducación sobre la fibromialgia y espacio para que compartan su experiencia con esta enfermedad. Practicar una técnica de relajación.

Parte específica relacionada con el dibujo: en esta sesión únicamente se añade una pequeña justificación del uso del dibujo en la explicación del tratamiento en la dirección de expresión emocional, distracción cognitiva y estrategia de relajación.

Esquema del contenido de la sesión:

- Presentación de los miembros del grupo. Expectativas.
- Cuestionario Pre-tratamiento.
- Estructura del programa, calendario y encuadre. Objetivos del programa.
- Utilización del dibujo como una herramienta más. Justificación:**
 - **Expresión emocional.**
 - **Distracción cognitiva.**
 - **Actividad relajante y de ocio.**

-¿Qué es la fibromialgia?

- Definición, síntomas y epidemiología.
 - Afección musculoesquelética, caracterizada por dolor crónico generalizado. También puede aparecer: cansancio, sueño no reparador, pérdida de fuerza, cefaleas, eccemas, problemas de memoria... Estado de ánimo bajo y ansiedad/preocupación.
 - 2% de la población adulta. Más común en mujeres, pico de prevalencia entre 30-60 años.
 - Crónica. La caracterizan como benigna porque no es degenerativa.
- Experiencia personal de cada uno.

-Técnica de relajación:

- Se entregan CDs con las técnicas de relajación grabadas para que puedan entrenar en casa la que se aprenda en sesión.
- Se entrena: Lugar seguro.

SESIÓN 2: El dolor crónico y las distorsiones cognitivas

Objetivos de la sesión: Conocer el funcionamiento del dolor y los factores que lo agravan, incluyendo entre ellos los pensamientos distorsionados. Transmitir la posibilidad de controlar y manejar dichos factores. Conocer las principales distorsiones cognitivas, aprender a identificarlas y plantear pensamientos alternativos. Consecuencias de los pensamientos distorsionados sobre la experiencia de dolor, la capacidad funcional, la autoeficacia, el estado emocional... Practicar una técnica de relajación.

Parte específica relacionada con el dibujo: ejercicios de representación del dolor y cómo es ese dolor manejado. Se pretende aumentar la conciencia de que pueden hacer algo para manejar el dolor y que retengan esta idea en una representación visual para poderla evocar en momentos difíciles. Además, sirven como vía de expresión emocional.

Esquema del contenido de la sesión:

-El dolor crónico como principal síntoma de la fibromialgia.

-Ideas generales sobre el dolor:

- El dolor es una experiencia accesible sólo al que la sufre.
- Complejidad de factores: biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor agudo suele surgir como respuesta a una lesión, el cuerpo nos avisa de que algo le ocurre. En cambio, el dolor crónico ha perdido su sentido de aviso. No se sabe por qué se cronifica un dolor, se ve modificado por múltiples factores.
- Experiencia tridimensional:
 - Nivel sensorial: el más fisiológico
 - Nivel afectivo: implicaciones emocionales y comportamentales: temer una situación, alejarse de ella, evitar...
 - Nivel evaluativo: integra toda la información de la situación dolorosa, crea recuerdos, los utiliza para anticipar ante situaciones nuevas. Papel del aprendizaje. Focalización de la atención.
- Círculo del dolor



-EJERCICIO CON DIBUJO: Ahora pensad en lo que es el dolor para vosotros, lo que supone para vosotros y representadlo con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Puede ayudaros recordar una situación reciente en la que sintierais dolor.

-Factores que modulan (agravan/mejoran) el dolor:

- Ansiedad y ánimo bajo.
- Ejercicio intenso o inactividad.
- Tensión muscular.
- Situaciones de tensión / difíciles de afrontar.
- Querer abarcar más de lo que uno puede.
- Dejarse llevar por la opinión/incomprensión de los demás.
- Enfadarse con el dolor.
- Centrar la atención en el dolor.
- Distorsiones cognitivas y actitudes catastrofistas.

-Ejercicio → En forma de lluvia de ideas, en relación con lo anterior:

- ¿Qué puedo hacer para manejar el dolor?
- ¿Qué suelo intentar?

-Autorregistro sobre factores moduladores del dolor y estrategias utilizadas (tarea para casa)

Fecha, momento del dolor. Grado de dolor (0-10)	Qué estabas haciendo, qué había ocurrido	Qué hiciste	¿Mejóro el dolor? Grado (0-10)

-EJERCICIO CON DIBUJO: mirad de nuevo el dibujo que habéis hecho anteriormente y volved a pensar en la última vez que sentisteis dolor. Teniendo en cuenta que hemos visto que existen diferentes estrategias para poder manejar la experiencia dolorosa, ¿cómo retocaríais vuestro dibujo para que represente un dolor manejado, sin que invada toda vuestra vida?

- Se comentan los dibujos. ¿Cómo os hacen sentir estos nuevos dibujos?
- Se recomienda que guarden estos dibujos y los utilicen como imagen mental cuando sientan dolor, como recordatorio de la diferencia que puede suponer el hecho de utilizar alguna estrategia y manejar el dolor.

-Distorsiones cognitivas. Se presentan como factor que influye en el dolor, la capacidad funcional, la autoeficacia y el estado de ánimo.

- Principales distorsiones cognitivas. Después de cada explicación y ejemplo se les pide un pensamiento alternativo.
 - **Generalización:** elaborar una conclusión a partir de un hecho aislado y aplicarla a otras situaciones no relacionadas.
 - El jefe me pide un tipo de informe nuevo, lo entrego una hora tarde → “nunca acabo mi trabajo a tiempo”.

- **Personalización:** atribuir acontecimientos externos a uno mismo sin que exista evidencia para ello.
 - Mi pareja me dice que esta noche va a salir con unos amigos → “seguro que está molesto conmigo, he hecho algo que le ha enfadado”.
- **Falacia de control por exceso:** la persona se ve responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, produce exceso de responsabilidad.
 - “No puedo pedir la baja porque el equipo de trabajo no funcionaría sin mí”.
 - “Esta tarea sólo la puedo hacer yo”.
- **Falacia de control por defecto:** la persona nunca se responsable de nada, echa todas las culpas a los demás.
 - Una amiga se ha enfadado conmigo → “toda la culpa es suya, ni siquiera quiero oír su versión”.
- **Razonamiento emocional:** considerar las emociones como prueba de que algo es verdad, formular argumentos basados en cómo nos sentimos y no en la realidad objetiva.
 - Me siento un inútil → “soy un inútil”.
 - Estoy agobiado con una tarea que estoy realizando → “por lo tanto, esta tarea está por encima de mis capacidades”.
 - No me siento capaz de..... → “no soy capaz de hacerlo, no puedo hacerlo”.
- **Pensamiento todo o nada:** interpretar los acontecimientos y situaciones en términos absolutos como “siempre”, “nunca”, “todos”, “nadie”...
 - “O hago el trabajo perfecto o no hago nada”.
- **Visión en túnel:** percibir sólo una parte de la realidad, normalmente centrarse en los aspectos negativos e ignorar los positivos.
 - Mi superior me dice que he hecho un buen trabajo, pero quizá un poco extenso → “no le ha gustado”.

- Centrarse en lo que no tengo, las injusticias, los peligros...
- **Visión catastrófica:** imaginar el peor resultado posible “y si...”.
 - Estoy preparando una comida familiar en mi casa → “¿y si me distraigo y se me quema toda la comida?, ¿Y si no le gusta a nadie lo que he cocinado?, todos pensarán que no valgo para cocinar.
- **Etiquetar:** utilizar etiquetas, normalmente peyorativas para describir a alguien o a ti mismo, en vez de describir objetivamente el error.
 - He confundido la sal con el azúcar al echarlo al café → “soy un torpe”, “no valgo ni para prepararme un café”...
- **Adivinación:** presuponer un resultado antes de que ocurra.
 - “Me van a echar”.
- **Los “debería”:** la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles y rígidas y convierte sus deseos en obligaciones. Provoca sentimientos de culpa cuando no se cumplen las tareas que uno mismo se ha impuesto.
 - “El trabajo está por encima de todo y debo entregarme al 100%”.
 - “Debería ser capaz de planchar todo este montón de ropa esta tarde”.
- **Autoacusación:** te culpas permanentemente de las cosas, aunque tu implicación haya sido mínima.
 - Propones a tu pareja un día de campo, allí se tuerce el tobillo → “ha sido por mi culpa, si no se lo hubiera propuesto...”
- **Tener razón:** la persona considera que su forma de pensar y actuar es la única correcta e intenta probarlo continuamente.
 - “Esto se hace así”.

-Algunos ejemplos más para practicar:

- Ya no puedo soportarlo más.
- Es terrible y pienso que nunca va a mejorar.
- Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.
- Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.

-Autorregistro → tarea para casa.

Pensamiento	Distorsión	Cómo te hace sentir	Pensamiento alternativo

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles dificultades de la anterior.
- Se entrena: Respiración abdominal.

SESIÓN 3: Las emociones

Objetivos de la sesión: Profundizar en la interacción entre pensamiento-emoción-conducta y su influencia en el estado físico. Aumentar conciencia sobre la bidireccionalidad de las interacciones y la formación de círculos viciosos entre pensamientos catastrofistas, emociones de polo negativo, inactividad/baja actividad mantenida y percepción aumentada de dolor. Pasos para una gestión emocional saludable. Practicar una técnica de relajación.

Parte específica relacionada con el dibujo: ejercicios de representación de la tristeza y modificación de ese dibujo al recordar la última situación en la que estuvieron tristes evocando los pensamientos y todos los detalles posibles. Se pretende aumentar la conciencia de cómo los pensamientos y las acciones influyen en la emoción y practicar una vía de expresión para sus emociones.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de tareas para casa.

- Puesta en común de los pensamientos alternativos.
- Debate sobre el grado en el que los consideran útiles para los “malos” momentos.
- **Comprobación de si alguien ha utilizado la imagen mental de su dibujo sobre el dolor manejado.**

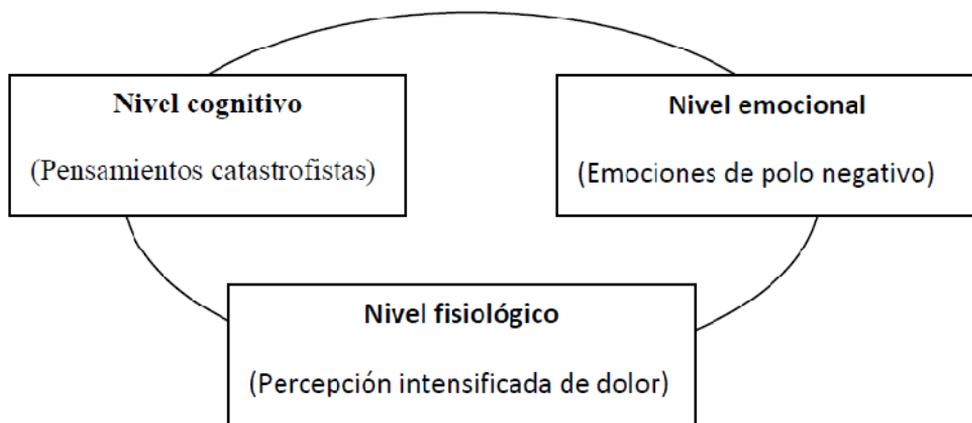
-Se introducen las emociones como tema sobre el que va a girar la sesión.

-EJERCICIO CON DIBUJO: Representa la tristeza con un dibujo, un garabato o una mancha de color.

-EJERCICIO CON DIBUJO: Ahora pensad en la última vez que os sentisteis tristes, recordad cómo os sentíais, qué pensabais, cómo os hacían sentir esos pensamientos, recordad también las sensaciones físicas. Representadlo.

- **Se comentan los dibujos. ¿El segundo dibujo es exactamente igual que el primero o ha cambiado? ¿Cómo ha cambiado: es más grande, tiene otra forma, otro color...? ¿Por qué creéis que el dibujo ha cambiado, qué puede haber influido si ambos representan la misma emoción?**

-Interacción pensamiento y emoción y su influencia sobre el estado físico. A su vez todo interacciona con la conducta. Interacciones bidireccionales.



-¿Qué son las emociones?

- Son una respuesta ante situaciones que nos afectan.
- Suelen aparecer rápidamente ante estímulos externos o internos, y persistir un tiempo.
- Las emociones tienen lugar en el cuerpo, las experimentamos físicamente. A través del pensamiento damos sentido a esas experiencias.
- Existen:
 - 6 emociones básicas: tristeza, miedo, enfado, asco, alegría y sorpresa.
 - Emociones complejas: amor, admiración, frustración, celos, envidia, compasión...

-LOS PENSAMIENTOS INTENSIFICAN LAS EMOCIONES: Tomar conciencia de cómo en muchas ocasiones, el pensamiento aparece antes que la emoción y como ésta retroalimenta a aquél.

- Ejemplo: “no sirvo para nada” → Tristeza → se reafirma el pensamiento → mayor tristeza → ¿CÓMO ROMPER ESTE CÍRCULO? (Desde el pensamiento).
- Y todo ello tiende a aumentar la inactividad, que a su vez retroalimenta de nuevo el pensamiento disfuncional y la emoción.

- El dolor y las sensaciones físicas desagradables pueden verse aumentadas tanto por la interacción con los pensamientos y emociones desadaptativas e intensas como por la inactividad mantenida en el tiempo (recordar círculo del dolor).

-¿Existen emociones buenas y malas?

- NOTA: Las emociones no son malas ni buenas por sí mismas. Las de carácter negativo (enfado, tristeza...) también son necesarias y reactivas a la situación. Nos dan información.
- Emociones “saludables”: son respuestas básicas a las situaciones. Nos informan:
 - Tristeza: “He perdido algo”
 - Miedo: “Estoy en peligro”
 - Enfado: “Han violado mis límites”
 - Asco: “Esto es malo para mí”
 - Sorpresa: “esto es nuevo/inesperado”
 - Alegría: “esto es agradable” “estoy satisfecho/a”
- Emociones “no saludables”:
 - Han dejado de ser sanas.
 - Pueden surgir debido a una situación externa o interna.
 - Te quedas atascado en esas emociones, sin salida.
 - Son estados “testarudos”, te hundes en ellos.
 - Desproporcionadas con respecto a la situación.
 - Términos absolutistas: “siempre”, “nunca”...

-Conciencia emocional:

- Identificar la emoción.
- Localizarla en el cuerpo.
- Encontrar las palabras que encajen.
- Buscar maneras de expresión (no de control): individuales o sociales.
- Utilizar la emoción de manera adaptativa. Piensa si es una emoción saludable (te informa) o no saludable (te destruye):

- Acepta las emociones saludables y úsalas como guía para la acción.
- Transforma las emociones no saludables:
 - Tomar consciencia de los pensamientos destructivos que las alimentan.
 - Cuestionar esos pensamientos.
- Una buena conciencia emocional conduce a la estabilidad emocional.

-Práctica de la conciencia emocional con ejemplos personales (emoción actual, situación típica que te provoca enfado o tristeza... y analizarla).

-Se recomienda que pongan en práctica la expresión de las emociones a través del dibujo y la pintura como una herramienta más de manejo emocional. Se pide que lo prueben a lo largo de la semana.

-Autorregistro: tarea para casa.

Situación y pensamiento antecedente	EMOCIÓN	Qué hiciste después de sentir la emoción	Cómo te sentías físicamente. Grado de dolor.	Conductas y pensamientos alternativos: manejo emocional

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles dificultades de la anterior.
- Se entrena: el jardín privado.

SESIÓN 4: Impacto de la enfermedad. Estrategias para la vida cotidiana.

Objetivos de la sesión: Aumentar la conciencia sobre los cambios experimentados a consecuencia de la enfermedad en su vida cotidiana, tanto positivos como negativos (no quedarse sólo en los negativos). Aprender estrategias para manejar la enfermedad a nivel cotidiano y no caer en la inactividad. Aumentar el nivel de autoeficacia y motivación para integrarlas en su vida cotidiana. Resaltar la importancia de las metas vitales de cada uno y de seguir el camino que cada uno se trace para conseguirlas a pesar de la enfermedad. Practicar una técnica de relajación.

Parte específica relacionada con el dibujo: ejercicios de representación de cómo te hacen sentir los cambios experimentados en tu vida y modificación para integrar sensación de control. Se pretende intensificar la sensación de control sobre su vida y plasmarla en una representación que pueden utilizar a modo de imagen mental en los momentos en los que necesitan recordarse que pueden hacer algo a pesar del dolor. Además, sirven como vía de expresión emocional.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de tareas para casa. Se hace énfasis en la columna de manejo emocional.

- **Se pregunta por el uso del dibujo en situaciones de alta carga emocional.**

-Reflexión sobre los cambios (positivos y negativos) que han experimentado en su vida cotidiana después de la enfermedad. Áreas: física, de ocupación/laboral y de ocio.

-EJERCICIO CON DIBUJO: Pensad en cómo os hacen sentir todos esos cambios y representadlo con un dibujo, un garabato, una mancha de color...

-Pasar del “no lo puedo hacer” a “soy capaz de hacerlo”.

- Es posible. Importante el diálogo interno.
- Consecuencias negativas de la inactividad. Más dolor, más emociones negativas, menor autoeficacia y cada vez más inactividad.
- Dibujar el círculo (proporciones) de las actividades que realizan y cómo les gustaría que fuese. Cómo conseguirlo.
- Existen estrategias cotidianas (a continuación).

-Marcarse un ritmo.

- Volverse inactivo por miedo al dolor: se pierde tono muscular, pero también se pierden reforzadores (actividades que nos gustaban) y que son tan necesarias para mantener un buen estado de ánimo.
- Querer hacer más cosas de las que se puede, empeora el dolor. ¿Es necesario hacer todo de golpe? ¿Podemos cuidarnos haciéndolo poco a poco, sin prisa, con los descansos que necesitemos?

-Aprender a priorizar y gestionar el tiempo.

- Tu tiempo es tuyo y tú decides en qué gastarlo. ¿Qué cosas son más importantes para ti o tienes que hacer ya necesariamente?

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE		
NO IMPORTANTE		

- Los descansos y las actividades de ocio también son importantes. ¿Es descansar una manera de cuidarse? ¿Qué es lo más importante para uno mismo?
- Flexibilidad.

-Aprender a pedir ayuda.

- Si necesitas que te ayuden, pídelo. Los demás no pueden adivinarlo.
- Pedir ayuda no es muestra de debilidad, todos en un momento dado, la necesitamos.
- ¿Ayudarías a algún ser querido si te lo pidiera?

-Marcarse objetivos y planes de acción realistas.

- Tener metas es fundamental para sentirse bien.
- Las metas deben ser realistas, alcanzables y objetivas.
- La satisfacción personal está en función de avanzar en la dirección de las metas vitales de cada uno, a pesar de las dificultades que puedan surgir y de la enfermedad.

-Aprender estrategias de resolución de problemas:

- Si no sabemos qué hacer: tensión, irritabilidad, desesperación.... → Se desencadena el círculo vicioso de malestar físico, emocional y pensamientos negativos.
- Tipos:
 - Los irreales/distorsionados → expectativas no realistas, cogniciones distorsionadas...
 - *Ejemplo: estoy preocupado porque mi vecino no me ha saludado.// Un primo al que invité a mi boda no me ha invitado a la suya, esto me enfada y no sé qué hacer.*
 - Los reales:
 - Inmodificables → adaptarnos a la situación, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, apoyo social...
 - *Ejemplo: tu marido/mujer enferma de cáncer.*
 - Modificables → aplicamos la resolución de problemas.

- Pasos:
 - Conciencia del problema. Pararse y pensar
 - Definición del problema
 - Generación de alternativas
 - Toma de decisiones
 - Trazar un plan de acción
 - Ponerlo en práctica
 - Valoración

-EJERCICIO CON DIBUJO: Hemos visto diferentes estrategias que se pueden utilizar en la vida cotidiana. Coged el dibujo que habéis hecho anteriormente y modificarlo para integrar en él la sensación de tener cierto control sobre los cambios.

- **Se comentan los dibujos.**
- **Se recomiendan que los utilicen como imagen mental para los momentos en los que necesitan recordarse que pueden hacer algo a pesar del dolor.**

-Tarea para casa:

- Reflexionar sobre los propios objetivos vitales y establecer un plan de metas realistas.
- Poner en práctica las estrategias aprendidas. Realización de una planificación de actividades semanal, incluyendo obligaciones y ocio.
Dar cabida la expresión emocional a través del dibujo.

-Técnica de relajación

- Revisión de posibles dificultades de la anterior.
- Se entrena: relajación por sugestión.

SESIÓN 5: Impacto de la enfermedad en las relaciones sociales.

Objetivos de la sesión: Aumentar la conciencia sobre la bidireccionalidad en las relaciones y la interacción entre su actitud, la actitud del otro y la información disponible para ambos (que puede no ser la misma). Practicar una técnica de relajación. Identificar qué estilo de comunicación tienden a utilizar y conocer las reacciones más probables que provoca cada estilo de comunicación. Pautas de asertividad. Practicar una técnica de relajación.

Parte específica relacionada con el dibujo: ejercicios de representación de cómo te hacen sentir los cambios experimentados en tus relaciones sociales y modificación para integrar sensación de control. Se pretende intensificar la sensación de control sobre sus interacciones y plasmarla en una representación que pueden utilizar a modo de imagen mental en los momentos de difícil manejo social. Además, sirven como vía de expresión emocional.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de las tareas para casa, **incluyendo si han utilizado los dibujos como imágenes mentales en algún momento y si han puesto en práctica la expresión emocional a través de la pintura.**

-Área interpersonal: pareja, familia, amigos, jefe, compañeros...:

- ¿Cómo ha cambiado esta área desde la enfermedad? ¿A qué lo atribuyen?

-EJERCICIO CON DIBUJO: Pensad en cómo os hacen sentir esos cambios y la relación actual con vuestros allegados y representadlo con un dibujo, un garabato, una mancha de color...

-RECIPROCIDAD de las relaciones.

- Ejercicio: pensad en la última vez que os sintierais incomprendidos

Qué pasó, situación	Cómo os sentíais	Qué pensábais	Qué hicisteis	Cómo reaccionó el otro	Cómo se estaría sintiendo el otro

- Puesta en común. Se insiste en: ¿teníais ambos la misma información? ¿se podría interpretar de otra manera?

-Patrones de comunicación: desde la enfermedad, qué papel tenía la enfermedad en vuestra casa...

-Estilos de comunicación: pasivo, agresivo, asertivo. Reacciones que despierta cada estilo.

- Identificación de cada uno con un estilo y argumentarlo.

-Asertividad: sentirse con derecho a decir que no a las actividades que a uno no le conviene realizar (o no le apetece) (levantar pesos, ejercicio físico muy marcado...). Aceptar que otros te digan que no a una petición tuya.

-Expresar quejas/peticiones de manera adecuada. Las quejas son a veces una fuente de conflicto, sin embargo, es importante expresarlas para que no se “enquisten”. ¿Cómo os sentís cuando algo os molesta y no lo decís, de manera continuada?

- Cuando haces..... (definir la conducta del otro que nos molesta, especificando la situación concreta, no sirven marcadores absolutistas: “nunca...”).
- Me siento..... (expresa la queja desde tu sentimiento, desde cómo te sientes, en vez de juzgar con etiquetas al otro).
- Por eso me gustaría que hicieras..... (proponerle una alternativa de conducta, que luego se podrá negociar).
- Y esto me ayudaría a sentirme más (explicar cómo repercutiría ese cambio de conducta suya en vuestras emociones).
 - Ejercicio: se va a representar una misma situación (por ejemplo: la pareja nunca friega los platos) de dos maneras diferentes: unos expresarán la queja de manera agresiva (eres un vago, no me ayudas nunca...), otros lo representarán ensayando este estilo asertivo.
 - Ejercicio: aplicar las pautas a pedir ayuda en un momento determinado y a enfrentarse a un comentario peyorativo sobre la enfermedad.

-La interacción con los demás es fundamental para un estado de ánimo adecuado. Propiciar encuentros agradables, pero también poder expresar los sentimientos propios.

-EJERCICIO CON DIBUJO: Hemos visto que la relación con otras personas depende de ambas y con la conducta propia se puede modular la interacción. Mirad el dibujo que habéis hecho anteriormente y modificarlo para integrar en él la sensación de tener cierto control sobre los cambios experimentados en el área social y en las interacciones.

- **Se comentan los dibujos.**
- **Se recomiendan que los utilicen como imagen mental para los momentos de difícil manejo social o en los que se sientan incomprendidos para recordarse que tienen el poder de modificar esa relación a partir de su conducta.**

-Tarea para casa: buscar ejemplos personales de problemas interpersonales, realizar con ellos el autorregistro planteado al inicio de la sesión, identificar qué estilo de comunicación han seguido y escribir debajo cómo podrían haber actuado siguiendo un estilo asertivo.

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles problemas de la anterior.
- Se entrena: respiración atenta.

SESIÓN 6: Repaso y recaídas.

Objetivos de la sesión: Repasar lo aprendido durante el programa, comentar qué les ha parecido más útil, lo que consideran más fácil de utilizar...Insistir en que se han trabajado herramientas y que su efectividad dependen en gran medida de su práctica habitual. Insistir en la idea de que la enfermedad es crónica y con brotes, habrá cosas que no se puedan cambiar, pero cada uno puede poner en marcha muchas estrategias para vivir mejor y de forma normalizada, por lo que es fundamental el papel que ellos mismos juega en su propia enfermedad (idea que se ha transmitido a lo largo de todo el programa). Practicar una de las técnicas de relajación ya aprendidas. Obtener medidas post-tratamiento. Obtener feedback del programa mediante cuestionario de satisfacción.

Parte específica relacionada con el dibujo: ejercicios de representación de la visión de futuro y modificación si es necesario para integrar sensaciones de bienestar en función de lo aprendido en el programa. Se pretende recalcar sensación de control y autoeficacia (sentirse capaz de realizar cambios), motivación (es posible y me apetece hacerlos) y utilización del dibujo como vía de expresión emocional.

Esquema del contenido de la sesión:

-Revisión de las tareas para casa, **incluyendo si han utilizado los dibujos como imágenes mentales en algún momento y si han puesto en práctica la expresión emocional a través de la pintura.**

-Opiniones sobre lo aprendido:

- ¿Qué es lo que han aprendido? ¿Qué se llevan del grupo?
- ¿Qué han utilizado que les haya parecido más útil?
- ¿Ha cambiado en algo su visión?

-EJERCICIO CON DIBUJO: representa con un dibujo, un garabato o una mancha de color tu futuro.

-Resumen:

- Interacción entre estado físico-emociones-pensamientos.
- Mantener actividad moderada, con descansos.
- Priorizar, gestionar el tiempo, pedir ayuda.
- Decir NO a las actividades que no les vienen bien. Hacerse respetar.
- Conocer cómo son las interacciones con los demás.
- Tomar conciencia de las emociones y utilizarlas de manera saludable.
- Identificar los pensamientos distorsionados y buscar alternativas.
- Saber identificar los problemas que tienen solución. Estrategia de solución.
- Identificar los logros y prestarlos atención → SENTIRSE CAPAZ y CREER EN UNO MISMO.
- Utilizar técnicas de relajación y distracción del dolor.
- **Utilización del dibujo y la pintura como forma de expresión emocional.**

-Ante una recaída:

- No es realista pensar que no se va a volver a estar mal. Pero la puesta en marcha de las estrategias juega un importante papel en su bienestar. Papel activo de cada uno, esfuerzo personal.
- Ejercicio: elaborar plan de acción para posibles recaídas. Se pone en común. Han de aparecer las siguientes ideas, si no añadir las:
 - Tomar la medicación pautada.
 - No dejarse llevar por el pánico o el enfado. Manejar las emociones y pensamientos distorsionados. La fibromialgia es una enfermedad crónica, es normal que aparezcan recaídas, de lo que se trata es de que sean lo más espaciadas, suaves y cortas posibles y de que interfieran lo menos posible en nuestra vida.
 - Disminuir el ritmo de actividad hasta que el dolor desaparezca.
 - Delegar tareas y priorizar. Di NO a demandas innecesarias o que otros desean.
 - Realizar descansos amplios (puedes tumbarte un tiempo y luego volver a la actividad) y dedicar tiempo a la relajación.
 - Utilizar estrategias de distracción.
 - Pedir ayuda si lo necesitas.
 - **Utilizar los dibujos realizados durante el programa como imágenes mentales motivadoras y de asunción de control interno.**
 - **Utilizar la pintura como forma de expresión emocional.**
 - Repasar las metas vitales y la manera de poder ir avanzando en esa dirección a pesar de la enfermedad.

-EJERCICIO CON DIBUJO: mirad el dibujo que realizasteis anteriormente. ¿Os gusta lo que dibujasteis? ¿Es un futuro amenazador o tiene esperanza? Si no os gusta lo que dibujasteis modificarlo para que resulte un futuro con el que os sintáis a gusto, teniendo en cuenta que habéis aprendido estrategias para tomar el control frente a la enfermedad.

- **Se comentan los dibujos y se refuerza la sensación de control y autoeficacia para realizar cambios.**

-Técnica de relajación:

- Revisión de posibles problemas de la anterior.
- Se pide que elijan una técnica de relajación de entre las entrenadas a lo largo del programa (a mano alzada) y se practica de nuevo.

-Cuestionario post-tratamiento.

-Cuestionario de satisfacción.

ANEXO III: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

ANEXO III: Cuestionario de satisfacción

1.Su grado de satisfacción general respecto al programa grupal al que ha asistido es:

Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
----------	------	-------	------	----------

2.Considera que la duración general del programa ha sido:

Excesivamente larga	Larga	Adecuada	Corta	Excesivamente corta
---------------------	-------	----------	-------	---------------------

3.Considera que la duración de cada sesión ha sido:

Excesivamente larga	Larga	Adecuada	Corta	Excesivamente corta
---------------------	-------	----------	-------	---------------------

4.El contenido de la diferentes sesiones le parece:

Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Muy poco adecuado
--------------	-------------------	----------	---------------	-------------------

5.En qué grado considera que los contenidos del programa le pueden ser útiles en su vida cotidiana:

Mucho	Bastante	Medio	Poco	Muy poco
-------	----------	-------	------	----------

6.¿Pone en práctica lo aprendido en el programa? En caso negativo, explique brevemente el motivo:

- Sí
- No, porque

7.En qué grado el programa ha cumplido sus expectativas:

Mucho	Bastante	Medio	Poco	Muy poco
-------	----------	-------	------	----------

8. Con qué probabilidad cree que recomendaría este programa a otras personas con fibromialgia:

Muy probable	Bastante probable	Probable	Poco probable	Muy poco probable
--------------	-------------------	----------	---------------	-------------------

9. ¿Añadiría algo al programa, algún otro aspecto sobre el que le gustaría haber trabajado?

10. ¿Qué es lo que más le ha gustado del programa?

11. ¿Qué es lo que menos le ha gustado del programa?

12. Si lo desea, puede añadir otros comentarios, críticas o sugerencias:

ANEXO IV, V y VI: ANÁLISIS DE LOS SUPUESTOS DE NORMALIDAD, HOMOCEDASTICIDAD Y ESFERICIDAD

- Anexo IV: análisis del supuesto de normalidad
- Anexo V: análisis del supuesto de homocedasticidad
- Anexo VI: análisis del supuesto de esfericidad

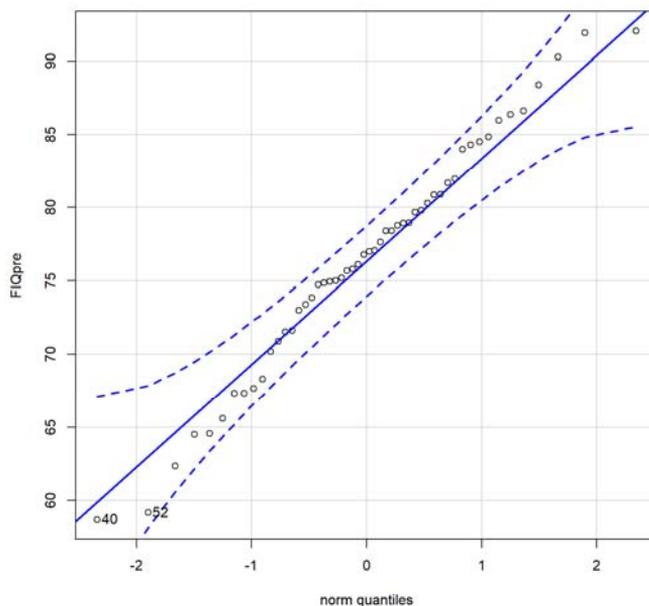
ANEXO IV: Análisis del supuesto de normalidad. Prueba Kolmogorov-Smirnov y gráficos Q-Q normal

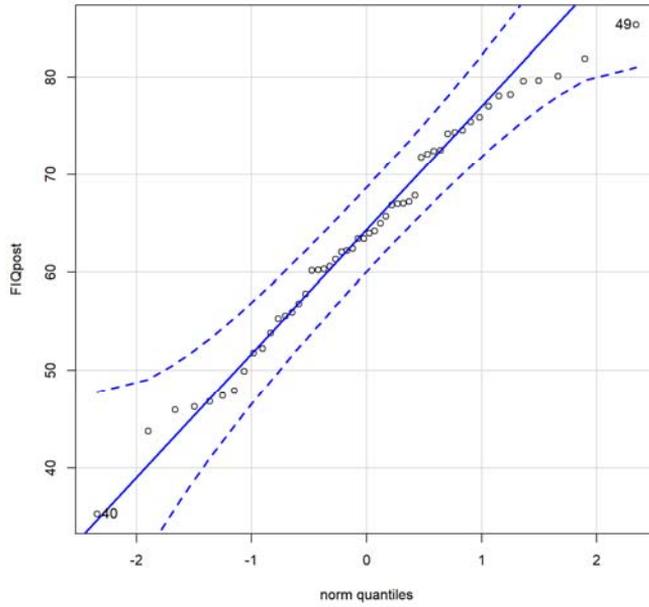
1. Datos del cuestionario FIQ:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FIQ pre	,063	44	,200 [*]	,989	44	,942
FIQ post	,083	44	,200 [*]	,978	44	,549

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

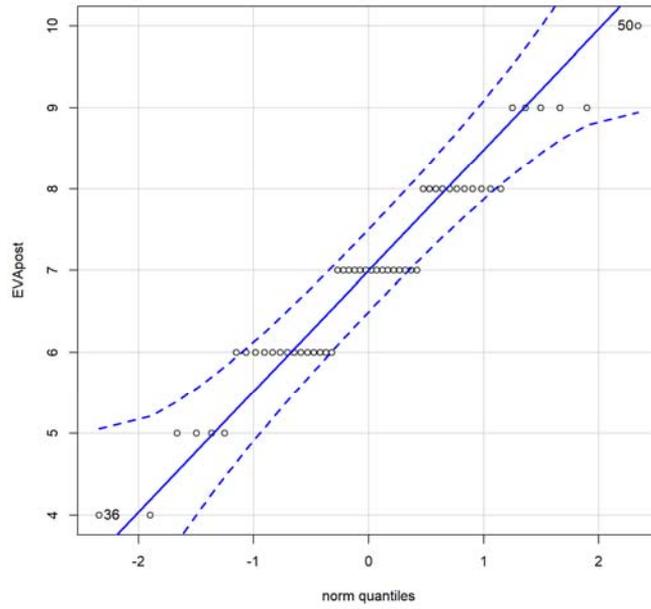
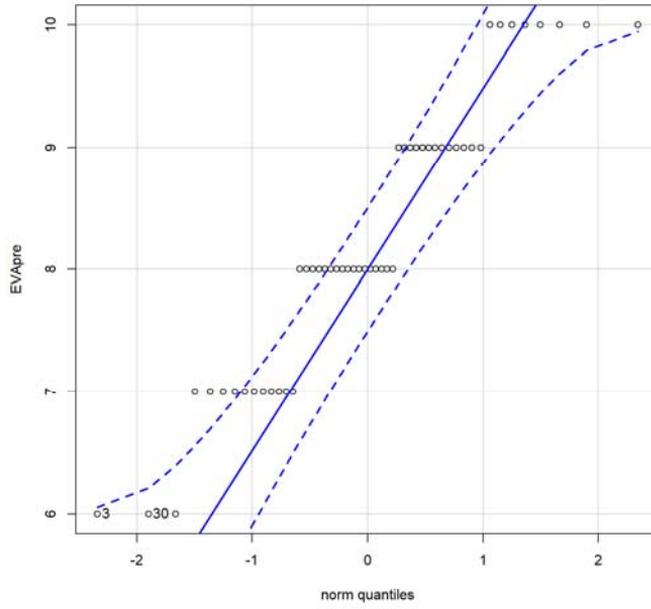




2. Datos de la medida EVA:

Pruebas de normalidad						
Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
EVA pre	,173	44	,002	,914	44	,003
EVA post	,170	44	,003	,923	44	,006

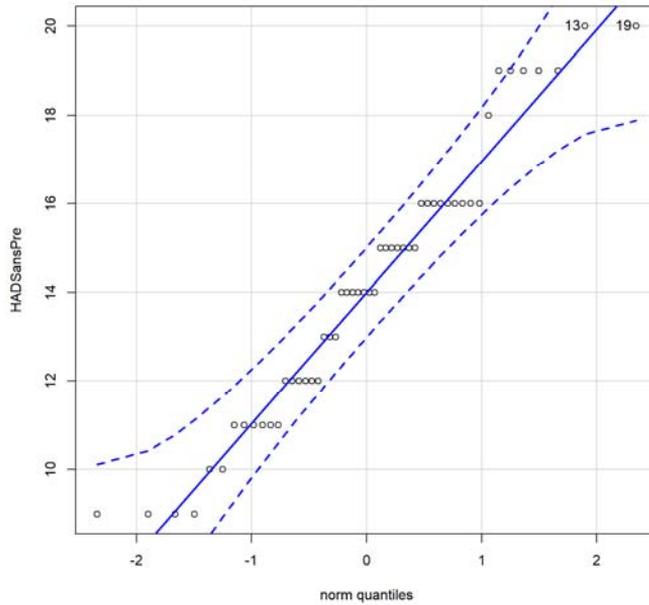
a. Corrección de significación de Lilliefors

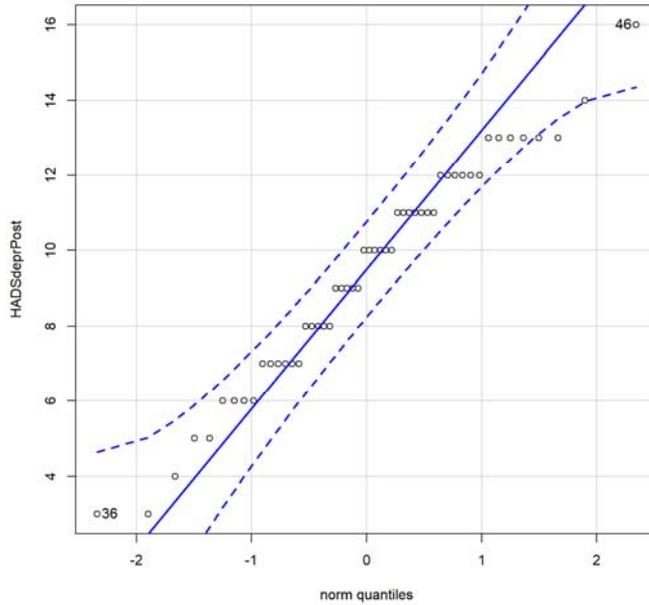


3. Datos del cuestionario HADS, índice de ansiedad:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
HADS ans Pre	,114	44	,184	,951	44	,061
HADS ans Post	,124	44	,085	,956	44	,090

a. Corrección de significación de Lilliefors



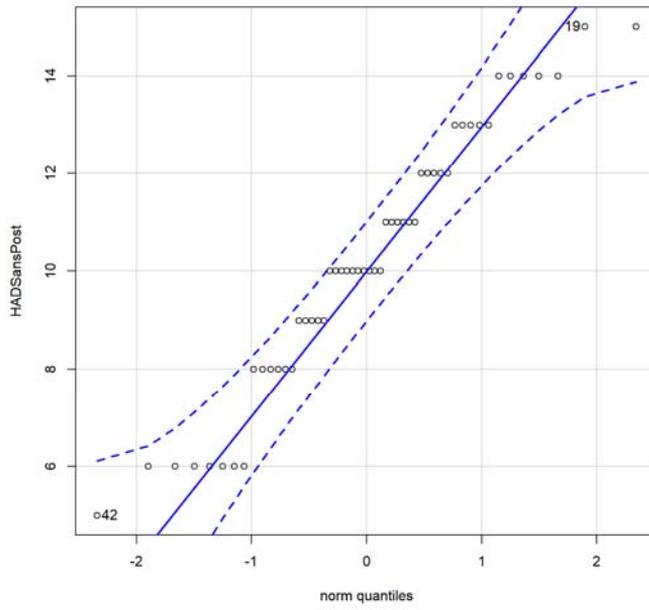
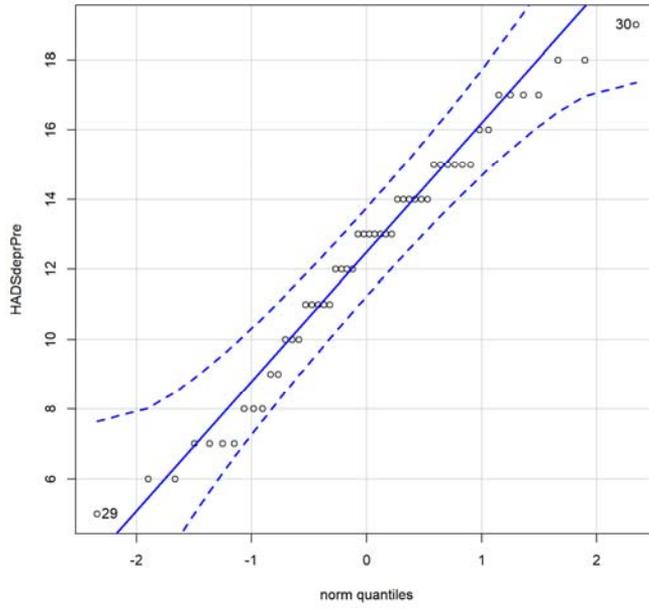


4. Datos del cuestionario HADS, índice de depresión:

Pruebas de normalidad						
Kolmogorov-Smirnov^a				Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
HADS depr Pre	,133	44	,049	,955	44	,088
HADS derp Post	,103	44	,200*	,968	44	,252

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

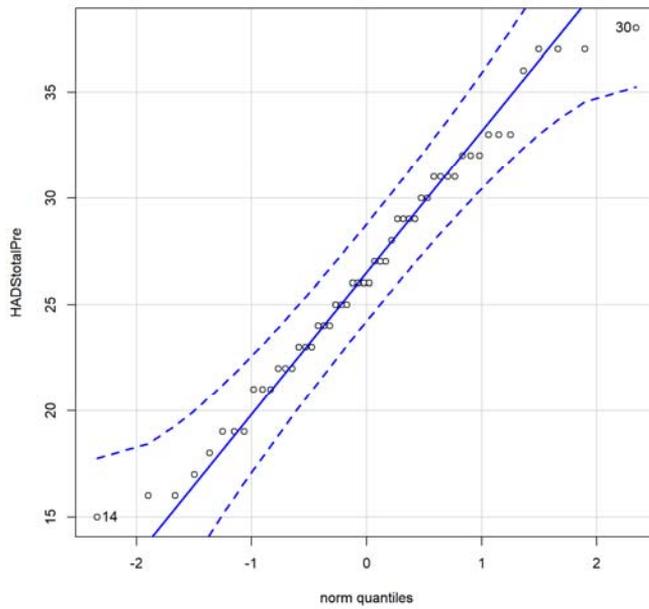


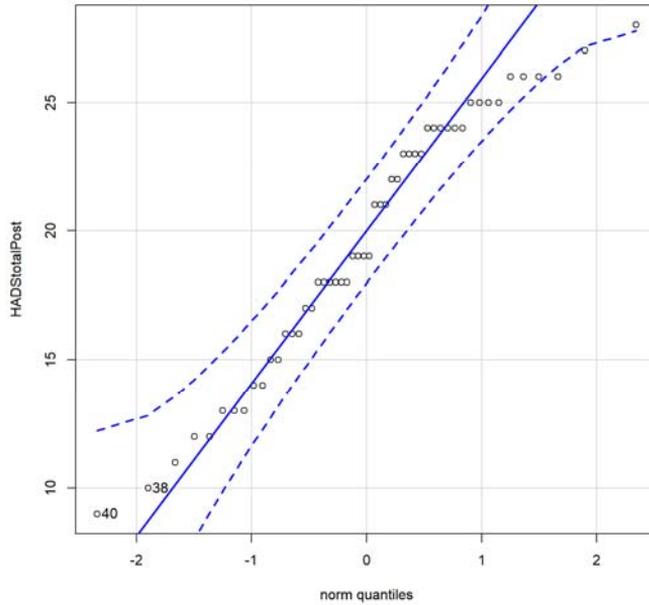
5. Datos del cuestionario HADS, índice total:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
HADS total Pre	,096	44	,200*	,964	44	,180
HADS total Post	,108	44	,200*	,965	44	,192

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors



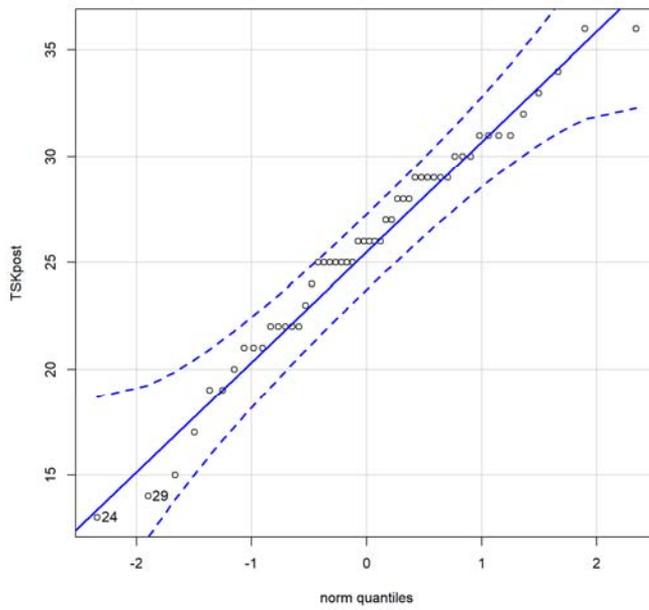
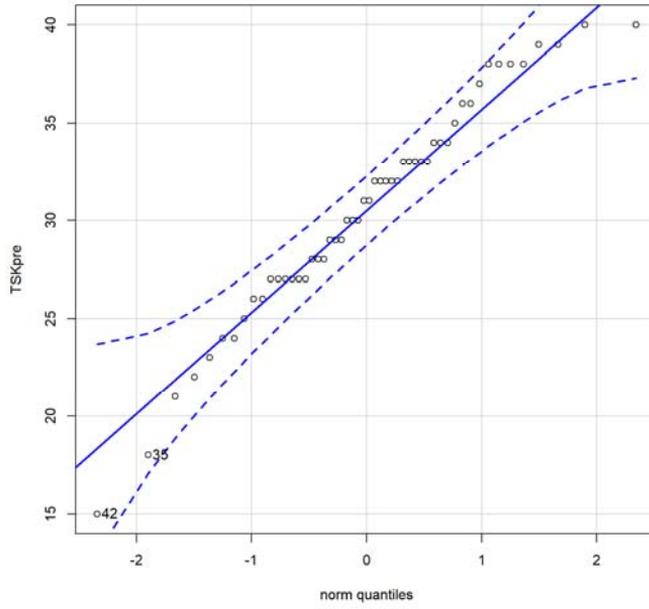


6. Datos del cuestionario TSK:

Pruebas de normalidad						
Kolmogorov-Smirnov ^a				Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TSK pre	,077	44	,200 [*]	,972	44	,369
TSK post	,127	44	,074	,967	44	,240

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

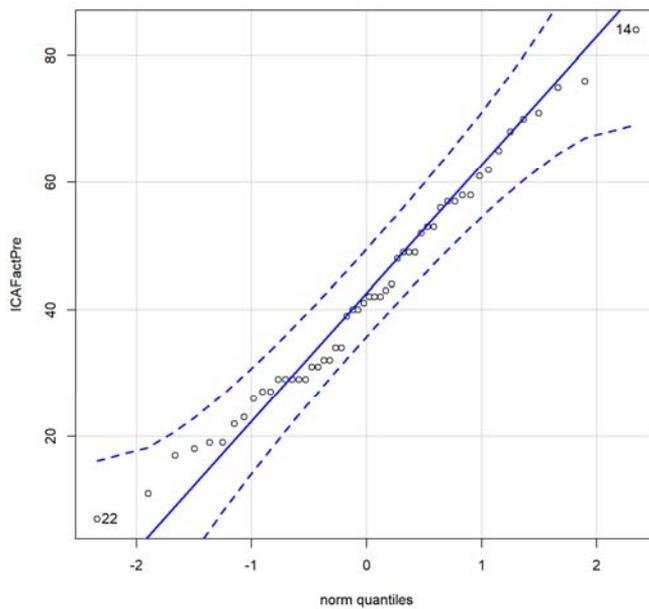


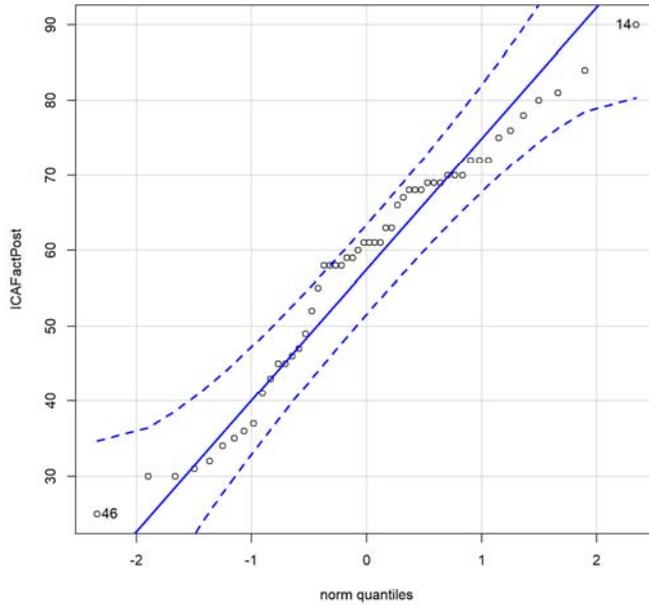
7. Datos del cuestionario ICAF, subescala de afrontamiento activo:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ICAF activo Pre	,101	44	,200*	,978	44	,546
ICAF activo Post	,150	44	,015	,943	44	,030

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

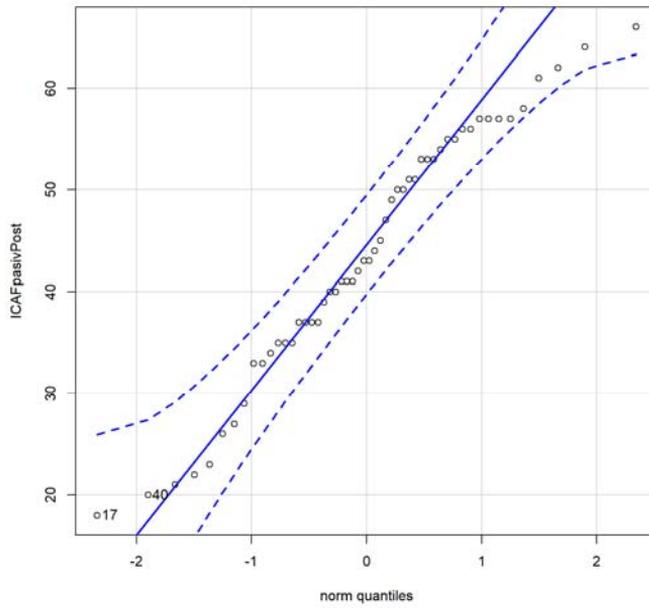
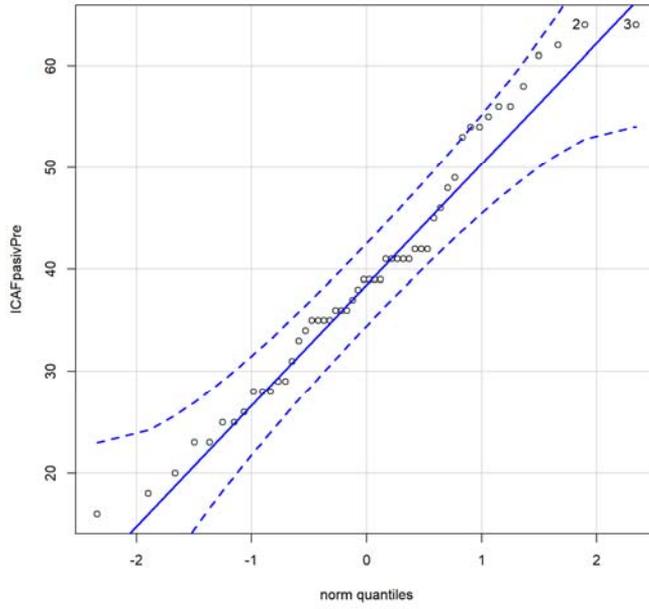




8. Datos del cuestionario ICAF, subescala de afrontamiento pasivo:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ICAF pasivo Pre	,129	44	,065	,964	44	,189
ICAF pasivo Post	,116	44	,159	,962	44	,151

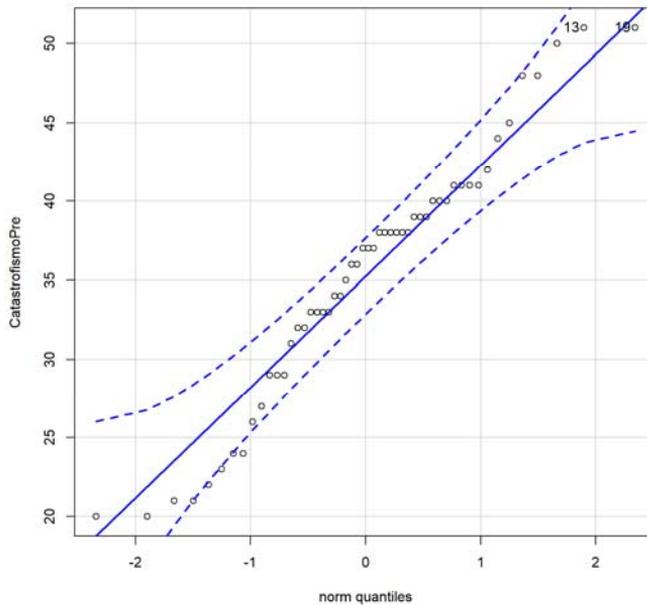
a. Corrección de significación de Lilliefors

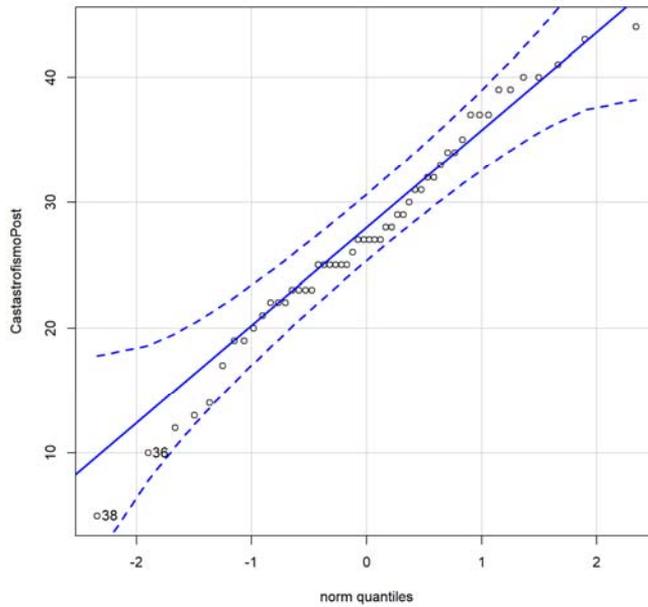


9. Datos del cuestionario de pensamientos catastrofistas:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Castastrofismo pre	,096	44	,200*	,964	44	,190
Catastrofismo post	,090	44	,200*	,983	44	,743

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
a. Corrección de significación de Lilliefors





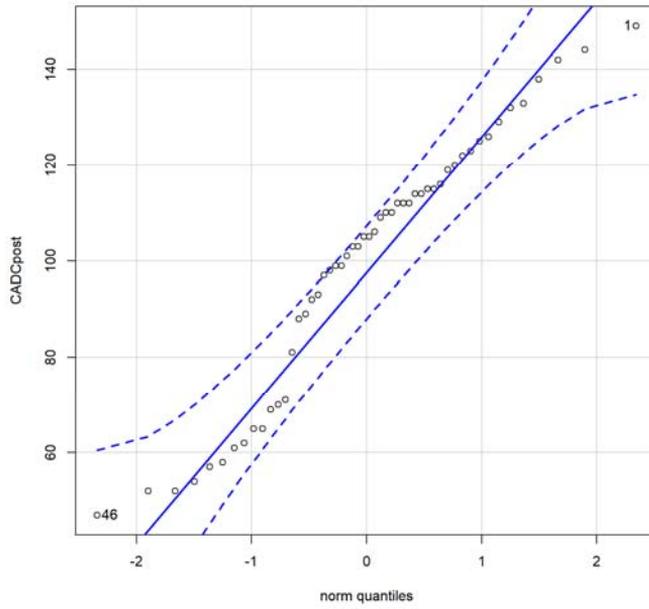
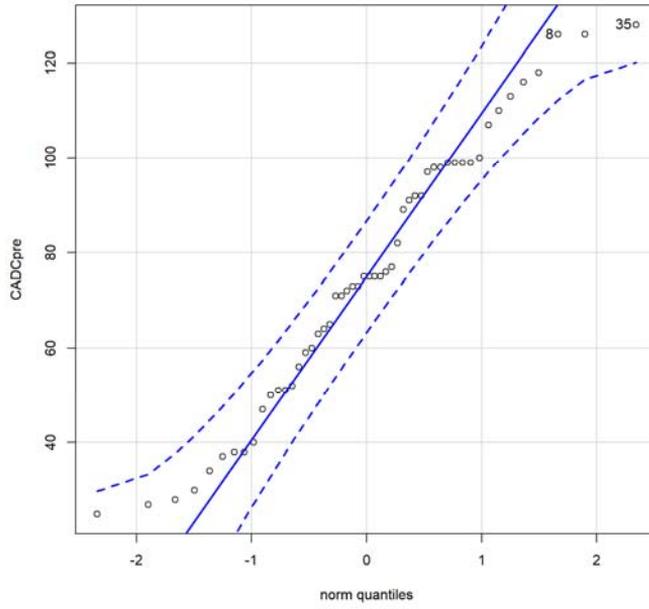
10. Datos del cuestionario CADC:

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
	Estadístico	gl Sig.	Estadístico	gl Sig.
CADC pre	,096	44 ,200 [*]	,961	44 ,140
CADC post	,119	44 ,130	,951	44 ,059

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors



ANEXO V: Análisis del supuesto de homocedasticidad. Prueba de Levené y prueba M de Box

1. Datos del cuestionario FIQ:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
FIQ pre	,023	1	42	,880
FIQ post	,467	1	42	,498

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: FIQ

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	,038
F	,012
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,998

2. Datos de la medida EVA:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
EVA pre	,425	1	42	,518
EVA post	4,401	1	42	,042

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: EVA

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	4,417
F	1,396
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,242

3. Datos del cuestionario HADS, índice de ansiedad:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
HADS ans Pre	,098	1	42	,756
HADS ans Post	,659	1	42	,422

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: HADSans

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	1,234
F	,390
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,760

4. Datos del cuestionario HADS, índice de depresión:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
HADS depr Pre	,072	1	42	,790
HADS depr Post	,139	1	42	,711

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: HADSdepr

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	1,094
F	,346
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,792

5. Datos del cuestionario HADS, índice total:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
HADS total Pre	,002	1	42	,967
HADS total Post	1,557	1	42	,219

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: HADStotal

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	,890
F	,281
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,839

6. Datos del cuestionario TSK:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
TSK pre	,864	1	42	,358
TSK post	1,377	1	42	,247

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: TSK

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	3,941
F	1,246
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,291

7. Datos del cuestionario ICAF, subescala afrontamiento activo:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
ICAF activo Pre	,003	1	42	,958
ICAF activo Post	4,895	1	42	,032

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: ICAFact

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	6,495
F	2,053
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,104

8. Datos del cuestionario ICAF, subescala afrontamiento pasivo:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a				
	F	df1	df2	Sig.
ICAF pasivo Pre	4,700	1	42	,036
ICAF pasivo Post	,211	1	42	,648

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: ICAFpasiv

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	6,946
F	2,196
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,086

9. Datos del cuestionario de pensamientos catastrofistas:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a

	F	df1	df2	Sig.
Castastrofismo pre	,513	1	42	,478
Catastrofismo post	1,478	1	42	,231

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: Catastrofismo

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	5,473
F	1,730
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,158

10. Datos del cuestionario CADC:

Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a

	F	df1	df2	Sig.
CADC pre	1,500	1	42	,228
CADC post	1,201	1	42	,279

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: CADC

La prueba de cuadro de la igualdad de matrices de covarianzas^a

M de Box	,977
F	,309
df1	3
df2	317520,000
Sig.	,819

ANEXO VI: análisis del supuesto de esfericidad. Prueba de Mauchly

1. Datos del cuestionario FIQ:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi-cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
FIQ	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: FIQ

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

2. Datos de la medida EVA:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi-cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
EVA	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: EVA

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

3. Datos del cuestionario HADS, índice de ansiedad:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi- cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite inferior
HADSans	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: HADSans

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

4. Datos del cuestionario HADS, índice de depresión:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi- cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite inferior
HADSdepr	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: HADSdepr

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

5. Datos del cuestionario HADS, índice total:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi-cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
HADStotal	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: HADStotal

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

6. Datos del cuestionario TSK:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi-cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
TSK	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: TSK

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

7. Datos del cuestionario ICAF, subescala afrontamiento activo:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi- cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite inferior
ICAFact	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: ICAFact

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

8. Datos del cuestionario ICAF, subescala afrontamiento pasivo:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi- cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite inferior
ICAFpasiv	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: ICAFpasiv

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

9. Datos del cuestionario de pensamientos catastrofistas:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi- cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite inferior
Catastrofismo	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

Diseño dentro de sujetos: Catastrofismo

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

10. Datos del cuestionario CADC:

Prueba de esfericidad de Mauchly^a

Medida: MEASURE_1

Efecto inter sujetos	W de Mauchly	Aprox. Chi- cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite inferior
CADC	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño : Interceptación + Grupo

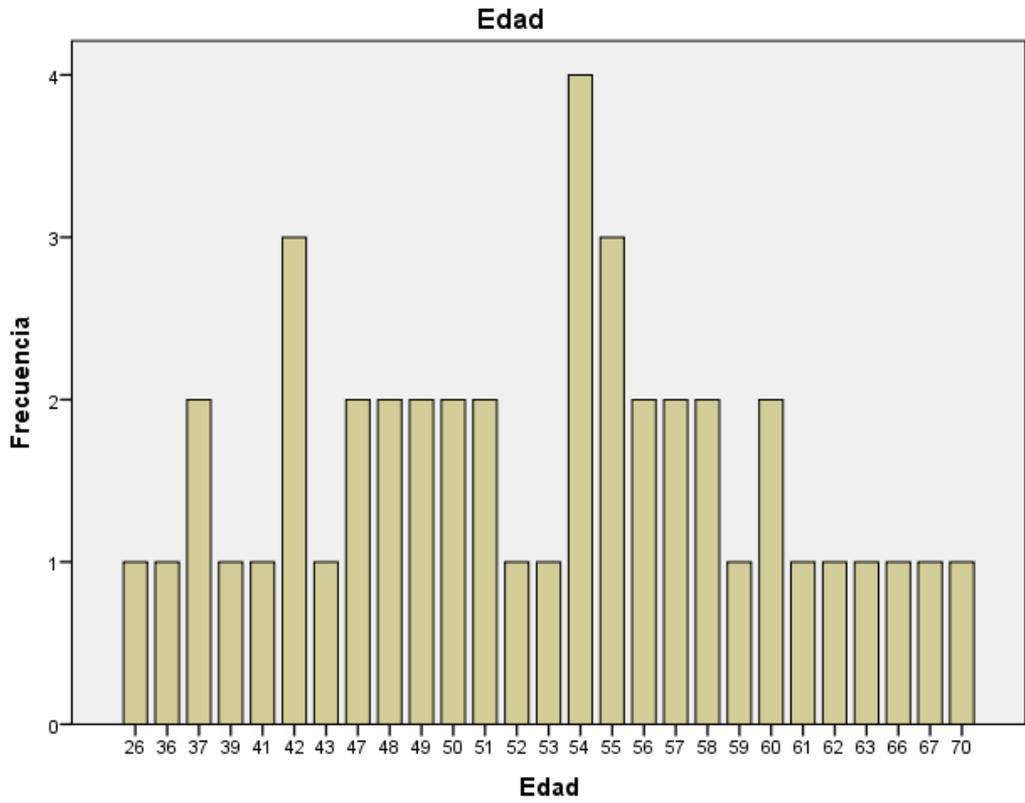
Diseño dentro de sujetos: CADC

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

ANEXOS VII y VIII: GRÁFICAS INTEGRADAS EN EL TEXTO A MAYOR TAMAÑO

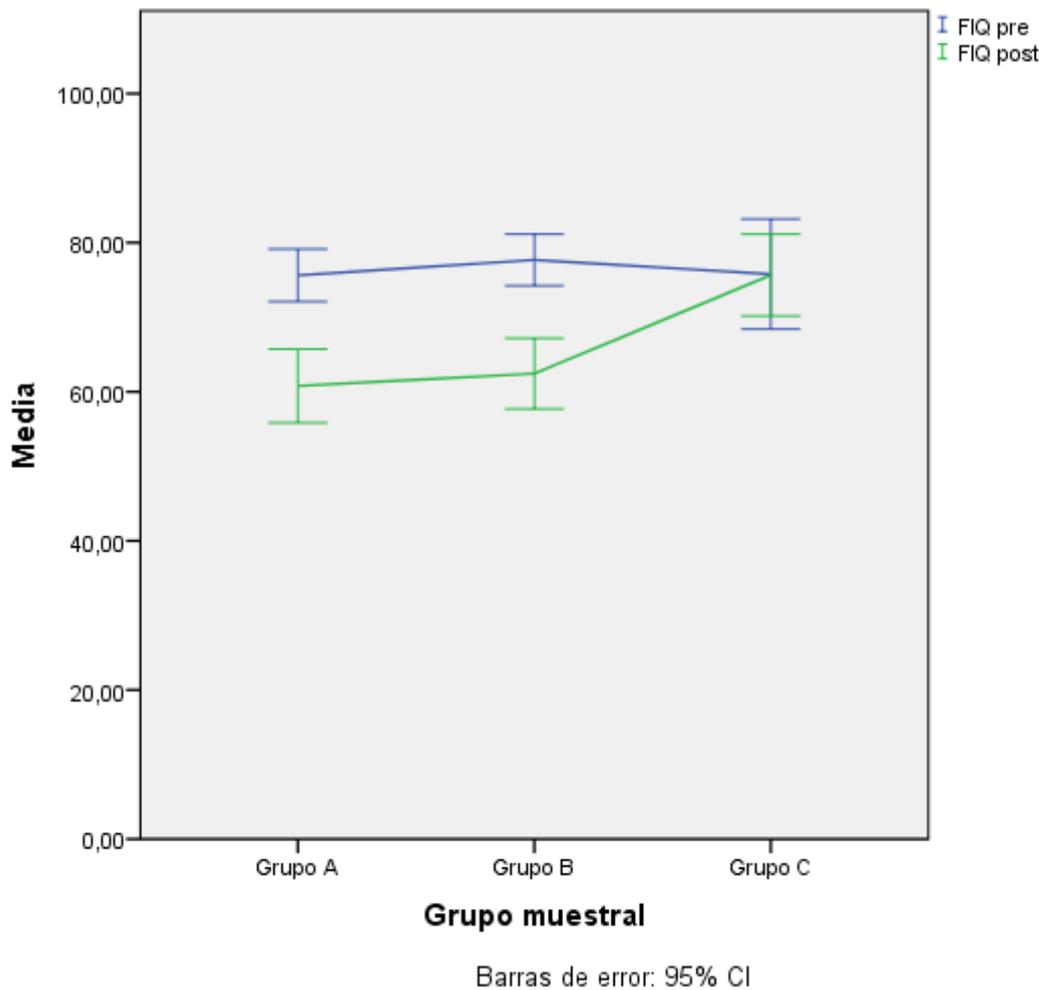
- Anexo VII: Gráfica de la distribución de la muestra según la edad.
- Anexo VIII: Gráficas de la comparación de puntuaciones medias entre los tres grupos en cada uno de los cuestionarios

ANEXO VII: Gráfica de la distribución de la muestra según edad

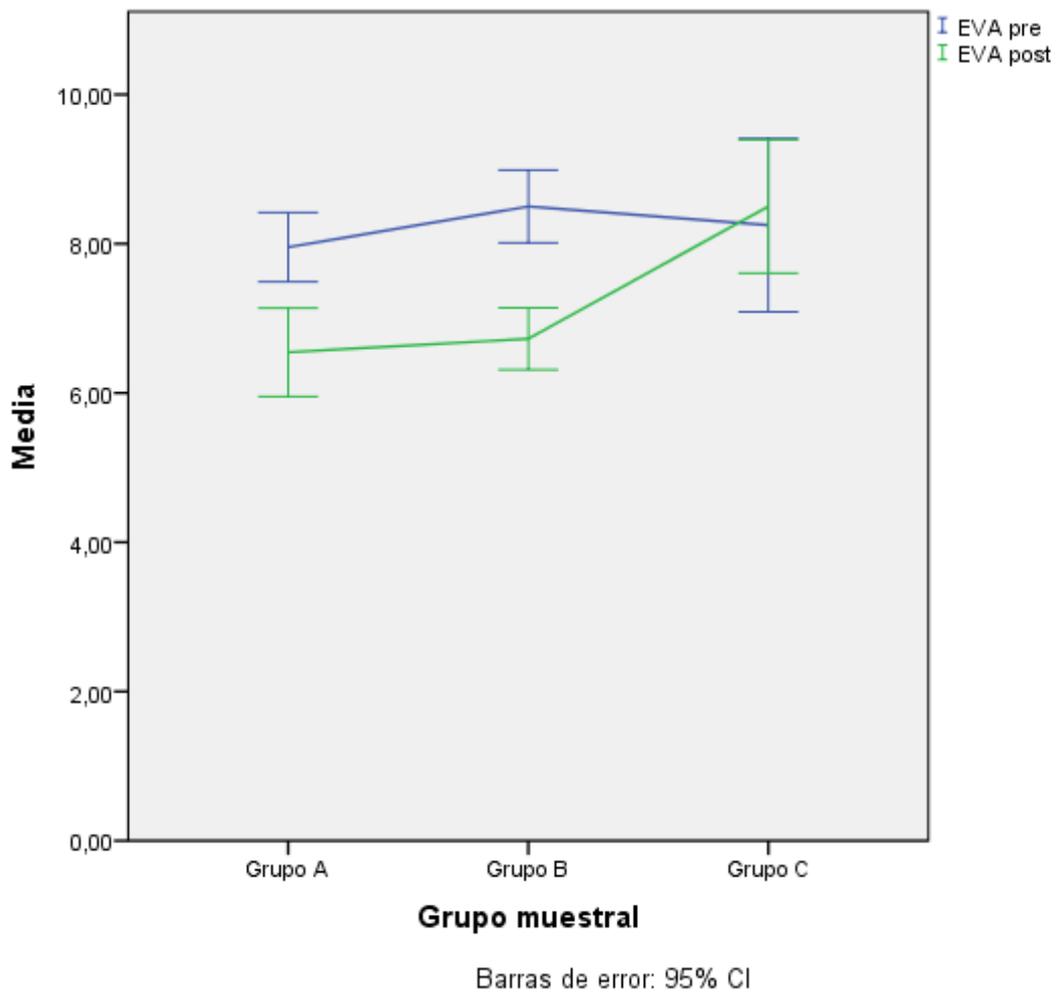


ANEXO VIII: Gráficas de la comparación de puntuaciones medias entre los tres grupos en cada uno de los cuestionarios

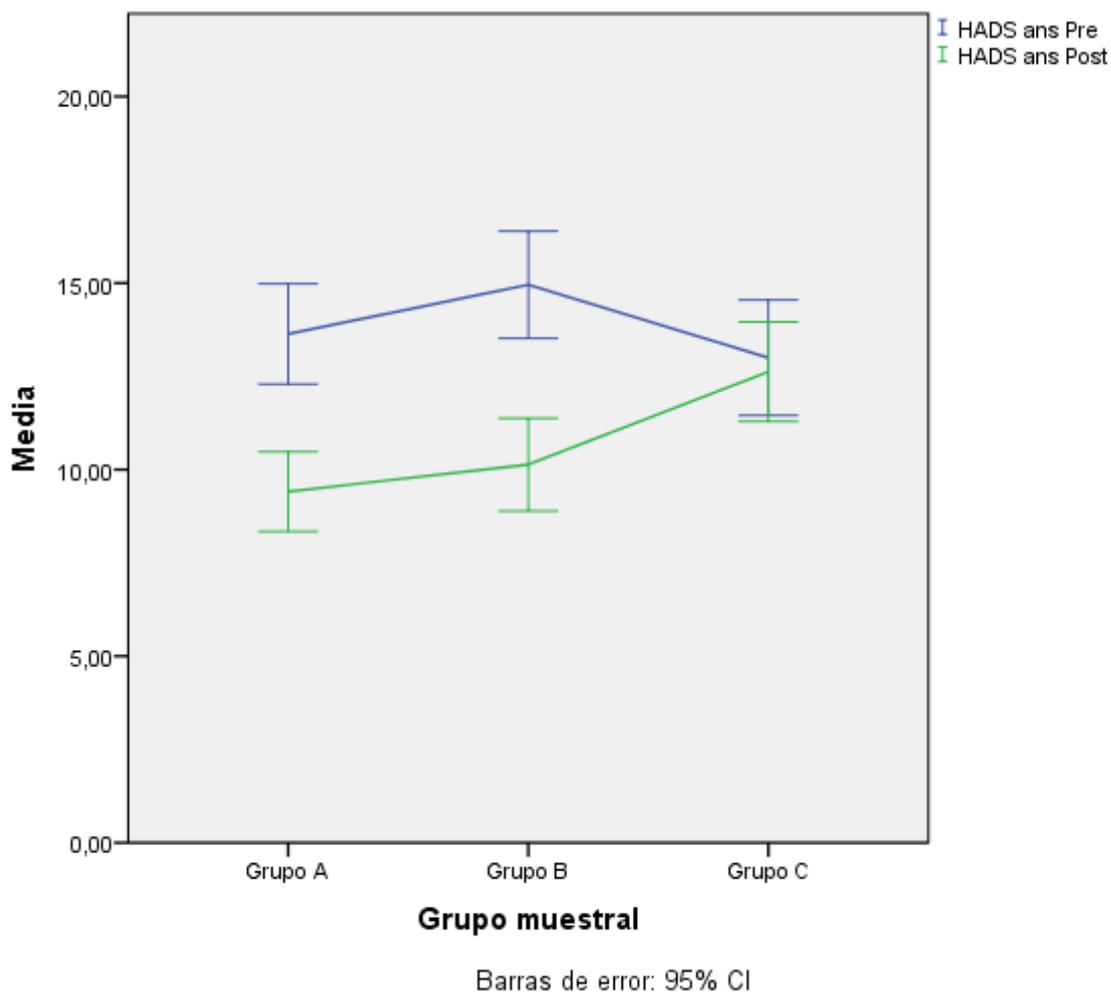
Gráfica de los datos del cuestionario FIQ:



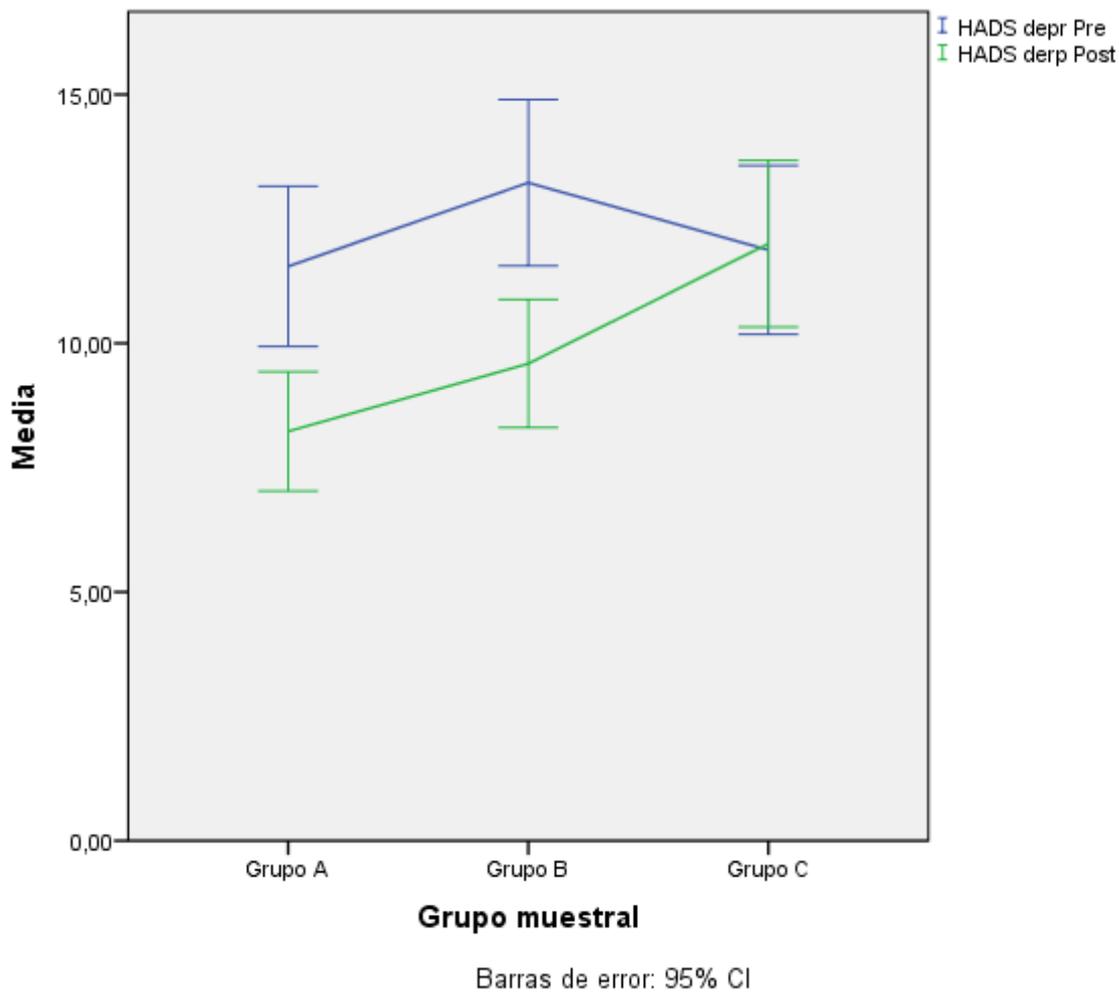
Gráfica de los datos de la medida EVA:



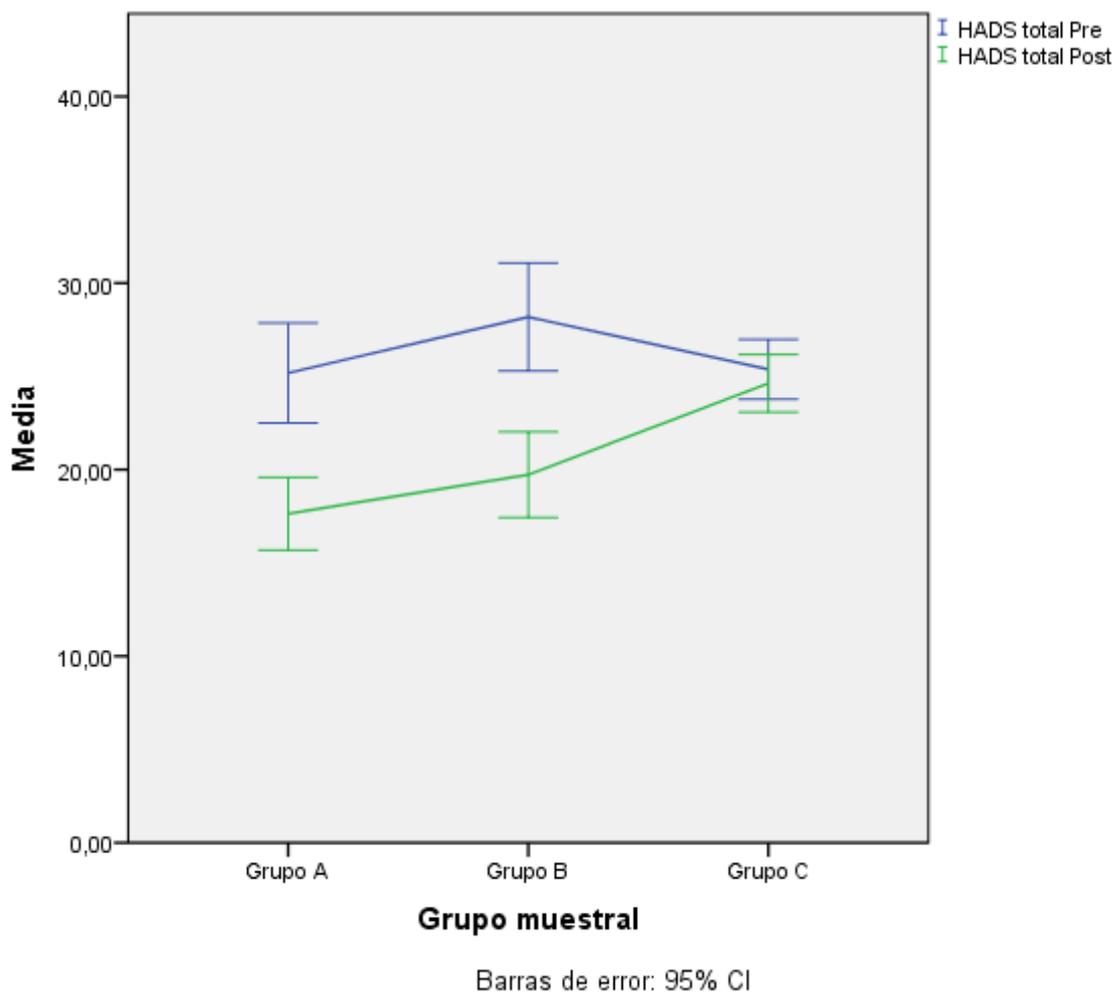
Gráfica de los datos del cuestionario HADS, índice de ansiedad:



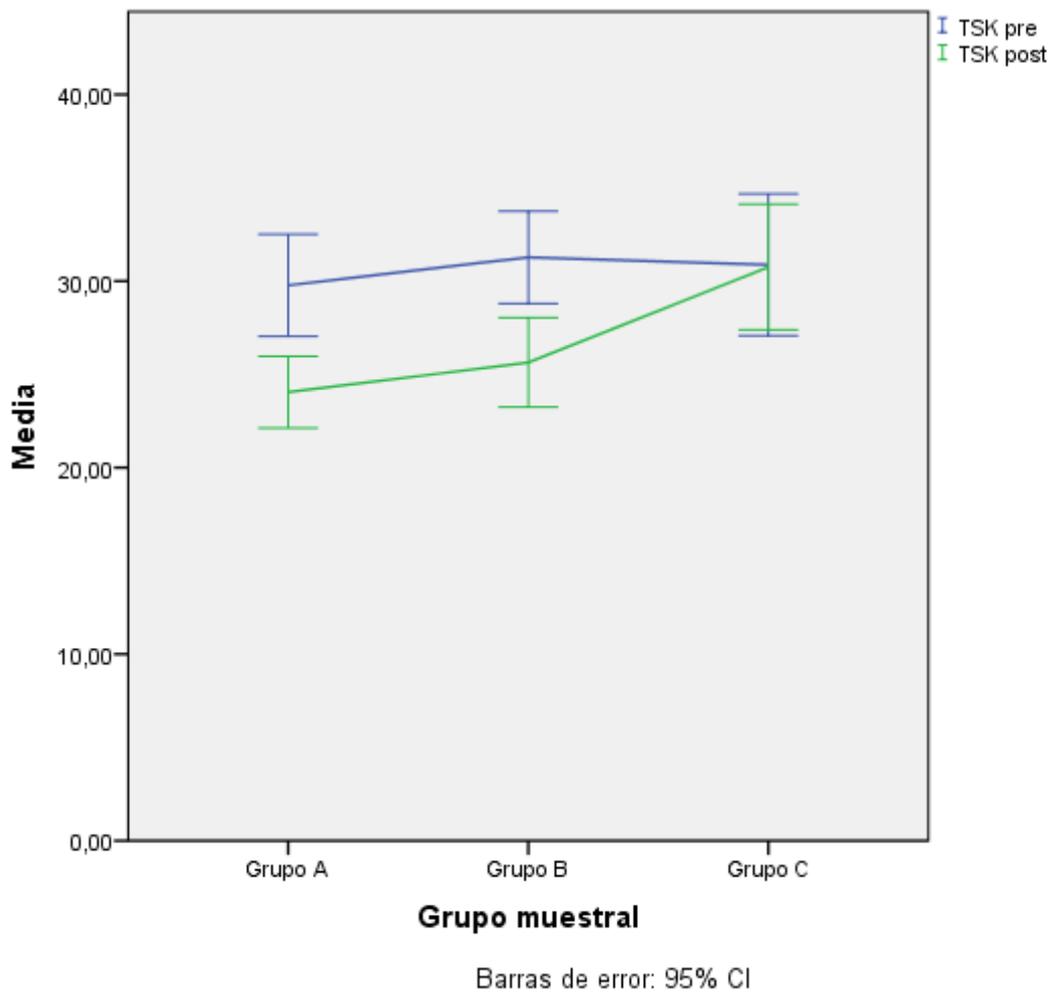
Gráfica de los datos del cuestionario HADS, índice de depresión:



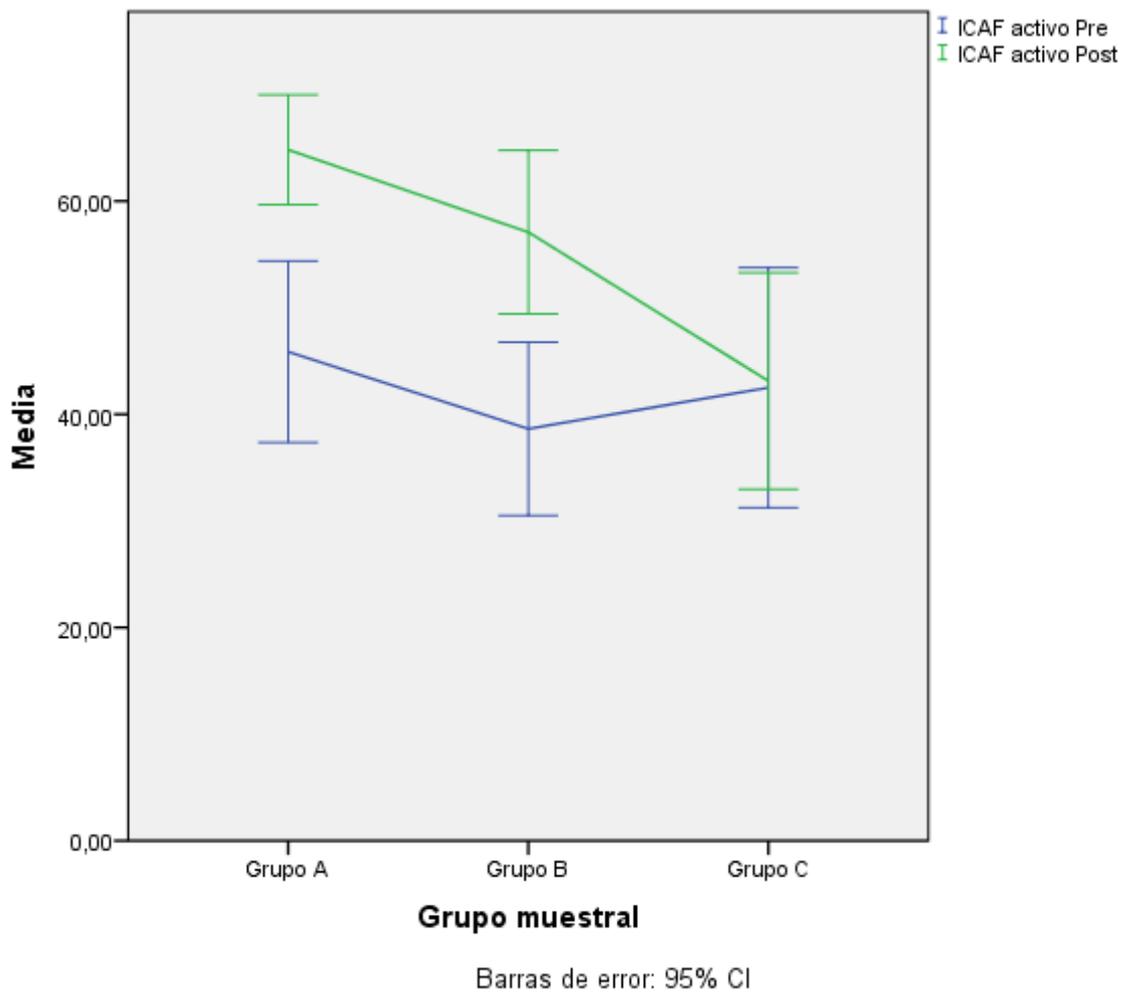
Gráfica de los datos del cuestionario HADS, índice total:



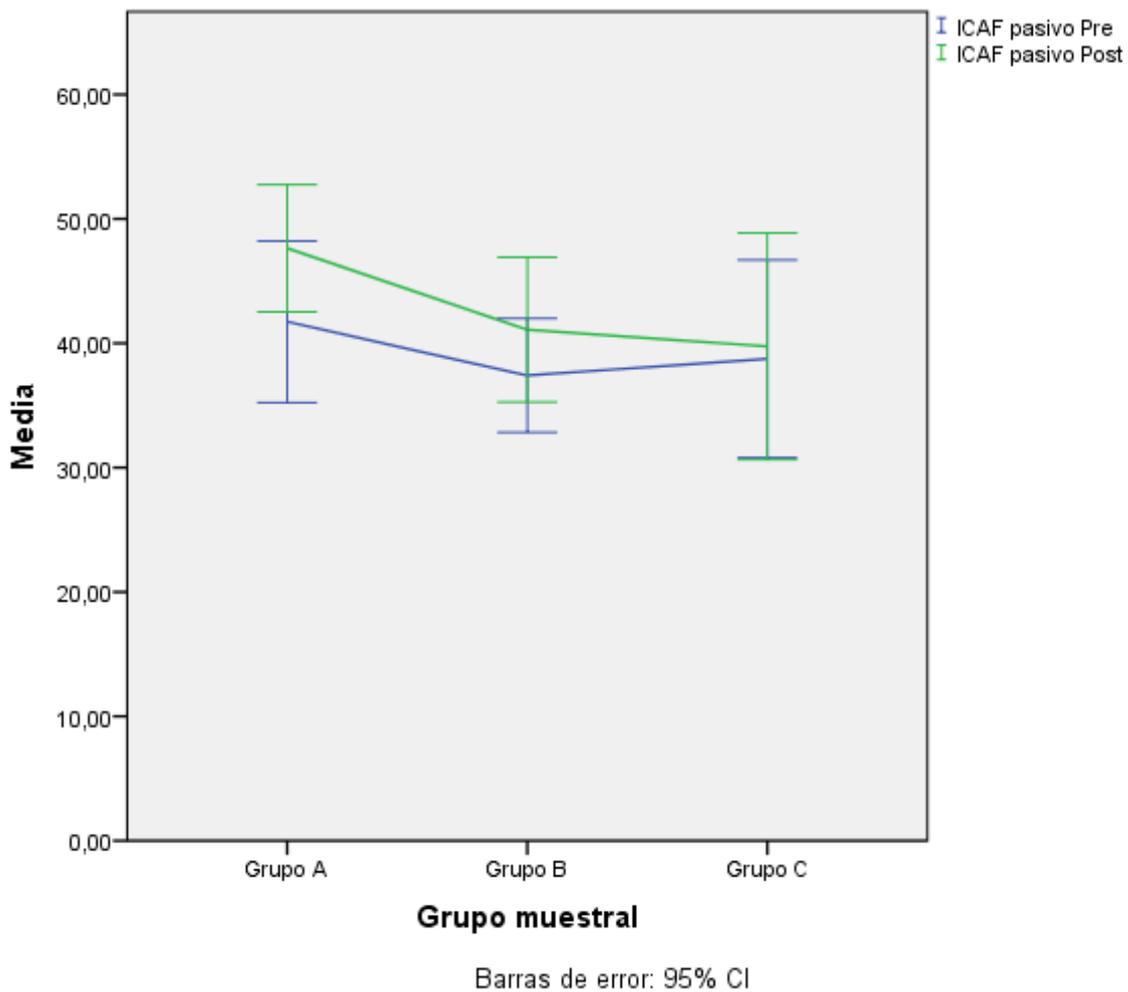
Gráfica de los datos del cuestionario TSK:



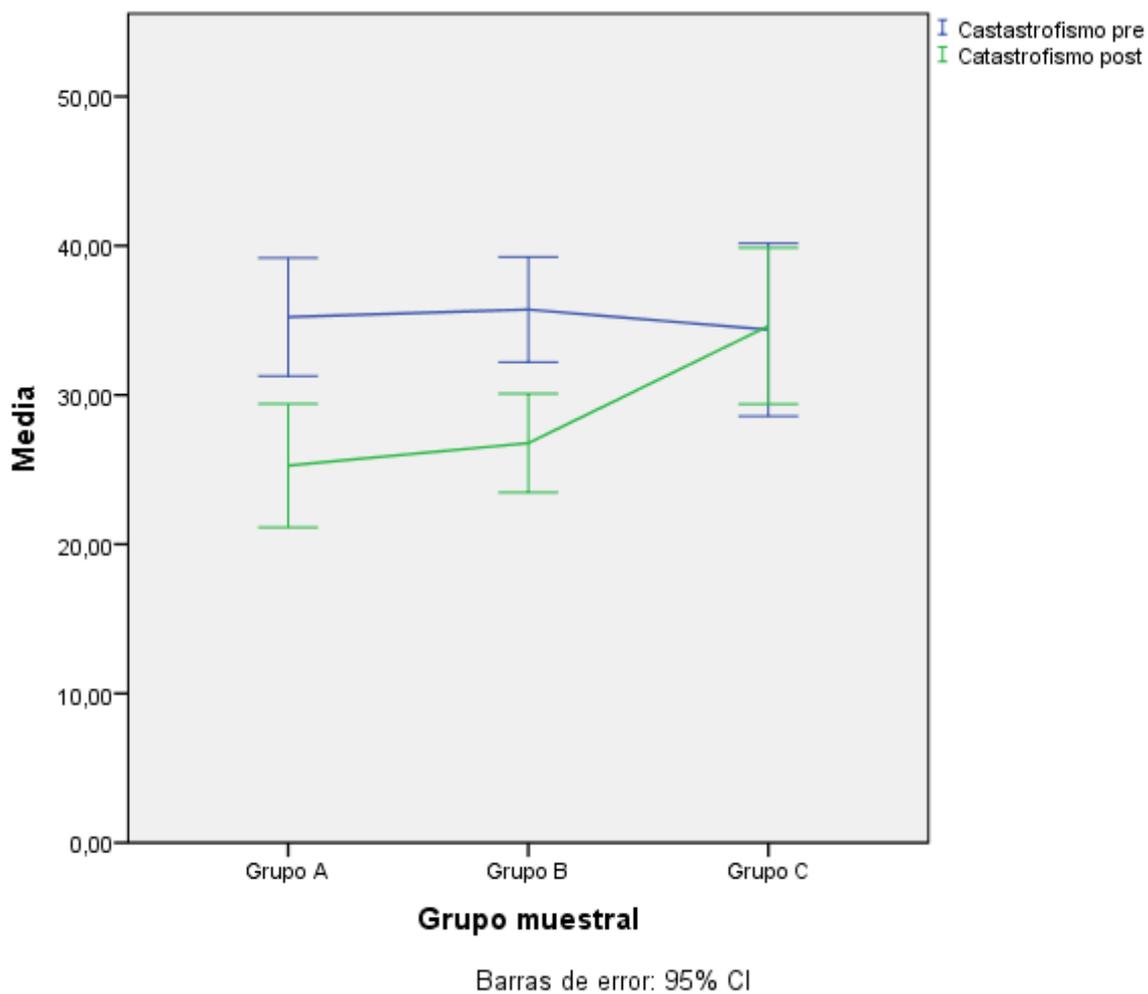
Gráfica de los datos del cuestionario ICAF, subescala de afrontamiento activo:



Gráfica de los datos del cuestionario ICAF, subescala de afrontamiento pasivo:



Gráfica de los datos del cuestionario de pensamientos catastrofistas:



Gráfica de los datos del cuestionario CADC:

