

Trabajo de Fin de Grado

**Proyecto piloto de investigación en la evaluación e
intervención de diferentes terapias con pacientes de
fibromialgia**

Salvador Prieto Cobacho

Universidad de Zaragoza

Campus de Teruel

Junio 2013

Índice

Resumen/abstract.....	Págs. 3-4
Introducción.....	Págs. 5-8
Desarrollo.....	Págs. 9-18
- Objetivos.....	Págs. 9
- Metodología.....	Págs. 10-12
- Resultados.....	Págs. 12-16
- Discusión.....	Págs. 17-18
Bibliografía.....	Págs. 19-20
Anexos.....	Págs. 21-41

Resumen:

Objetivo: análisis de la utilidad de métodos de evaluación de correlatos de dolor y electrodos en fibromialgia. Evaluación de los elementos constituyentes de una terapia psicológica.

Método: Formación de dos grupos diagnosticados y equivalentes mediante muestras pareadas a fin de comparar las posibles diferencias en las variables principales. Tanto la muestra experimental como la de control han estado compuestas por 19 personas diagnosticadas de fibromialgia, las cuales recibían tratamiento farmacológico dependiendo de cada sujeto. En ambos grupos se realizaron medidas sobre diferentes variables relacionadas con la enfermedad (escala de dolor, medidas fisiológicas, catastrofización, aceptación, etc.) tanto antes del tratamiento como dos meses después, solamente el grupo experimental recibió terapia.

Resultados: Se observó una alta correlación entre las medidas fisiológicas con el autoinforme (Escala EVA) y la exploración clínica. Respecto a la terapia psicológica sirvió para mejorar variables de bienestar, reducción del dolor y mejora de ciertos constructos: catastrofismo, rendición e inflexibilidad ante el dolor, depresión, ansiedad, estado general de la salud, movilidad y afectividad negativa.

Conclusiones: Aunque los resultados deben seguir siendo analizados con el tiempo debido a que existen otras variables externas como el rapport entre paciente y terapeuta que pudieron sobredimensionar los beneficios, tanto las terapias como el modo de evaluación objetivo resultaron fáciles de aplicar y de seguir. El número reducido de sujetos obliga a que, para establecer conclusiones, sea replicado con muestras más amplias.

Palabras clave: Fibromialgia, medidas objetivas de evaluación, terapia psicológica.

Abstract:

Aims: Study of the methods useful and evaluation of pain correlates with electrodes in Fibromyalgia. Evaluation of the constituents of psychological therapy.

Methods: Composition of two equivalent groups by paired samples of token in order to compare possible differences in the main variables. Both the experimental sample and control sample have been composed for 19 diagnosed persons, who have received pharmacologic treatment depending on each subject. In both groups, measures were made on different disease-related variables (pain scale, physiological measures, catastrophizing, acceptance, etc.). Both before treatment, and two months later, only the experimental group received therapy.

Results: There was a high correlation between psychophysiological measures and self-report (EVA scale) and clinic examination. Regarding psychological therapy led to improved welfare variables, pain reduction and improvement of certain constructs: catastrophizing, surrender and inflexibility to pain, depression, anxiety, general health, mobility and negative affectivity.

Conclusions: Although the results should still be analyzed over time, due there are other external variables such as the rapport between patient and therapist that might overestimate the benefits, both therapies as objective evaluation mode were easy to implement and follow. The small number of subjects requires to be replicated with larger samples.

Keywords: Fibromyalgia, objective measures of assessment, psychological therapy.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica sin causa conocida que fue diagnosticada por primera vez en 1904 como fibrositis (del latín fibra, que se refiere al tejido conjuntivo, y de itis, inflamación) por Gowers. Se utilizó ese término hasta que en 1975, Hench denominó fibromialgia a aquellos dolores musculares que no tenían inflamación. A finales del siglo pasado, el Colegio Americano de Reumatología (1990) recogió los criterios de clasificación actuales para su diagnóstico y tres años más tarde (1993), la Organización Mundial de la Salud (OMS) la añadió a su lista de enfermedades.

Esta enfermedad presenta un dolor muscular y óseo de carácter general, unido a unos puntos específicos y facilitadores para su diagnóstico (Gendreau, Mease, Rao, Kranzler, Clauw, 2003). Del mismo modo, se acompaña con un aumento del cansancio, alteraciones del sueño, del estado de ánimo, etc., ya que más del cincuenta por ciento sufren depresión y ansiedad, aunque no necesariamente unidas. También pueden sufrir cefaleas, dolor mandibular en el área temporal y síndrome del intestino irritable (Alda, et al., 2003). Todos estos síntomas hacen que el individuo vea afectados aspectos de su vida como el social y el psicológico, generando en algunos casos la invalidez, sobre todo en el caso de que dolor, que se localiza en cualquier zona del cuerpo, resulte incapacitante (Burckhardt, Clark, Bennet, 1991).

Otra característica de la fibromialgia es que, hoy por hoy no tiene cura, ya que no se ha podido encontrar su etiología. Los tratamientos han estado dirigidos a conseguir que los pacientes puedan incrementar su calidad de vida, sobre todo, cuando la enfermedad alcanza picos de mejoría, ya que dichos pacientes tienen temporadas mejores y peores (Pascual López et al. 2003).

En cuanto a este aspecto hay tres puntos a destacar: 1) que los pacientes nunca deben abandonar la terapia farmacológica, aunque se encuentren en un período sin síntomas; 2) en estos momentos no pueden realizar sobreesfuerzos ya que les repercutiría posteriormente; y 3) hay que estudiar en cada caso las circunstancias que generen recaídas. Estas circunstancias pueden deberse, entre otras, al frío, situaciones de estrés, el estado anímico y el sobreesfuerzo físico.

Además del dolor, central en esta patología, los pacientes suelen presentar déficits de atención que afectan también a la concentración (Esteve, Ramírez, López – Martínez, 2001) y a una pérdida de memoria. Tales síntomas pudieran ser producidos por el estado depresivo que genera la enfermedad, así como por los problemas de sueño e incluso el propio dolor afectando a dichos procesos cognitivos (Esteve et al., 2001).

La incidencia de esta enfermedad oscila entre un dos y un tres por ciento de la población y muestra un claro predominio femenino. Como se ha descrito, los síntomas hacen que en algunos casos la enfermedad sea incapacitante y por lo tanto derive en baja laboral, creando un problema sociosanitario importante (Burckhardt et al., 1991). Un 70% sufren episodios depresivos y un 26% ansiedad (Goldenberg, Smith, 2003).

Una buena forma de resaltar la acción que se desarrolla recíprocamente entre aspectos ambientales, conductuales, emocionales, fisiológicos y cognitivos en el transcurso de la enfermedad es mediante la terapia cognitivo conductual. Otro dato a tener en cuenta es que las emociones y los pensamientos están influidos por los síntomas físicos propios de esta enfermedad, del mismo modo que ocurre a la inversa (Alda et al., 2003). Sus emociones de índole catastrofista crean pensamientos distorsionados que les hacen creer que son inútiles, marginados e incluso que no pueden disfrutar de cualquier placer de la vida así como de la vida misma.

Fisiológicamente, un fibromiálgico tiene mayor nivel de activación, lo que le genera una respuesta crónica de estrés y una reducción del sistema inmunológico (Gascón, Olmedo, Bermúdez, Cicottelli, 2003). Es por esto por lo que sienten cualquier sensación corporal como algo doloroso y amenazante ya que amplifican la intensidad de cualquier estímulo somatosensorial. Aprender a afrontar los problemas o “estresores” es una forma de reducir el estrés y de que no perjudique el sistema inmunológico.

El dolor es el síntoma más característico de la fibromialgia y, dado que no se puede comprobar fisiológicamente, ni su impacto emocional, desde la medicina han sido muchas veces ignorados. Afortunadamente, desde la psiquiatría y la psicología, existe un consenso de que esta “*enfermedad invisible*” (como es denominada) es real. El hecho de no hallar un remedio definitivo, unido a la incredulidad de algunos clínicos, hace que muchos pacientes busquen conductas nada adaptativas como: baja autoestima,

marginarse socialmente, adoptar una posición de enfermo, dejar el trabajo en un plano secundario entre otras.

Existe una teoría: *La teoría de la Puerta de Control*, que muestra un mecanismo de control del dolor situado en el asta dorsal de la medula que selecciona la información dolorosa que llega al cerebro, dicho mecanismo se abre y se cierra para permitir o impedir el paso de impulsos nerviosos procedentes de los nociorreceptores que se dirigen al cerebro. Esta teoría explica que la experiencia dolorosa se descompone en tres dimensiones que interactúan entre ellas; física, para transmitir la estimulación nocioceptiva (sensación y percepción de dolor); afectiva, evaluar el dolor como un suceso desagradable; cognitiva (interpretación del dolor).

La fibromialgia sigue generando numerosas investigaciones, dado que no se ha descubierto ni su etiología, ni una forma absolutamente eficaz de tratarla. Algunos de estos estudios han sacado a la luz datos valiosos como: que el dolor crónico y la fatiga, característicos de esta enfermedad, interactúan con el sistema nervioso autónomo mediante un incremento de la actividad simpática y disminución de la parasimpática basal, teniendo implicaciones en los síntomas, el eje hipotálamo pituitario adrenal con bajos niveles de cortisol (Demitrack y Croftford, 1998) y el sistema inmunológico (Buskila 2001).

Otros estudios se han centrado en cómo los pensamientos y las conductas disfuncionales aumentan la ansiedad y, con ella, el nivel de arousal fisiológico, cronificando el estrés, por lo que se produce un círculo vicioso (Hewitt y Flett, 1990) del que solo pueden salir si aprenden a manejar su estrés. A la par, por la puesta en marcha de la conocida triada cognitiva, se pueden generar síntomas depresivos, derivados de los pensamientos negativos sobre uno mismo y los demás (incluyendo al propio ambiente), estos pensamientos crean en el paciente sentimientos de culpa, autoexigencia o perfeccionismo, baja autoestima, etc. (Landro, Stiles, Sletvold, 1997). Los pensamientos también giran en torno a sus limitaciones y a la sintomatología somática generada por la ansiedad y el estrés, por ejemplo, cualquier clase de herida que genere dolor pueda agravar la enfermedad (Demitrack, Croftford, 1998). Estos síntomas de ansiedad también se puede tratar y controlar con el fin de mejorar la calidad de vida (García-Campayo et al., 2005). Algunas formas de abordarlos son; las técnicas de

reestructuración cognitiva, la relajación, la respiración (Buckelew et al., 1998), las técnicas para la mejora de la autoestima (Burns 1999), técnicas de visualización que combinan la relajación y el manejo activo de las reacciones fisiológicas (Gascón, 2000). Estas técnicas reducirían el nivel de estrés y aumentarían las conductas adaptativas, contribuyendo a una mejora de la calidad de vida.

La labor del psicólogo es la de apoyar el tratamiento farmacológico con otro tipo de terapias, en este caso son recomendables los Grupos Educativos y de Discusión (García Campayo et al., 2005). Estos tratamientos proporcionan información en nuevas conductas que evitan el estrés, proporcionan cambios positivos en el estilo de vida como el abandono de malos hábitos y el comienzo de otros mejores, una estimulación electroencefalográfica o una rehabilitación física pasiva entre otras, ya que un descanso excesivo es muy perjudicial. Del mismo modo, debemos darle importancia a las emociones, ya que tienen un gran impacto sobre la sintomatología, fomentar el optimismo y mejorar la calidad del sueño que empeora los síntomas, y el entrenamiento en organización del tiempo

Como en cualquier terapia, debemos ser realistas con los pacientes y no ofrecer falsas esperanzas de que con el tratamiento se curen, ni dejarán de sentir dolor. Hay que acordar con el paciente las expectativas de la terapia, siempre con el fin de mejorar la sintomatología y mejorar la calidad de vida de los enfermos de tal modo que aumente su percepción de control sobre la enfermedad y puedan llevar un estilo de vida saludable.

La modalidad de estas terapias suele ser grupal, con el fin de reducir costes y aumentar la sensación de cada paciente de que no está solo, de que hay más personas que sufren lo mismo. Del mismo modo, esto ayuda a que expongan su situación ante gente que pasa por lo mismo y que cada uno aporte experiencias y alguna solución que contribuyan a la mejora del resto del grupo.

El tratamiento de la enfermedad debe ser multidisciplinar; el psicólogo debe trabajar junto a fisioterapias, reumatólogos, traumatólogos, etc., ya que, por ahora, el tratamiento debe ser sintomático para disminuir el dolor y así mejorar la calidad de vida (Goldenberg et al., 2003). En definitiva, el tratamiento farmacológico unido a la terapia psicológica, es la forma más beneficiosa en este momento.

OBJETIVOS:

Análisis de la utilidad de métodos complementarios de evaluación de correlatos de dolor mediante electrodos en fibromialgia. Evaluación de los elementos constituyentes de una terapia psicológica.

Dado que algunos profesionales sanitarios no dan credibilidad a la fibromialgia, es conveniente realizar un diagnostico objetivo a fin de garantizar el tratamiento a los auténticos enfermos y reconocer a aquellas personas que fingen tener los síntomas ya que al no tener relación con una lesión nerviosa o muscular visible, se puede simular fácilmente. La evaluación de esta enfermedad no es un proceso fácil, hay que recurrir a entrevistas clínicas, autoinformes, exploración de los “puntos gatillo” (puntos de dolor concentrado), etc. En este proyecto piloto se aplicaron medidas fisiológicas para determinar y medir un dolor comprendido entre índices de ECG, de impedancia cutánea y temperatura de la piel con un aparato llamado “Procomp Infiniti 5” de Bio-medical.

En cuanto a tratamientos psicológicos de apoyo al farmacológico, se llevó a cabo una terapia grupal a fin de controlar el estrés, la ansiedad y la autoestima. Del mismo modo, se pretendió evaluar la contribución de la terapia al bienestar, análisis y transformación de ciertas variables cognitivas como “catastrofismo”, “victimismo”, “injusticia percibida”, “conducta de enfermedad”... etc.

De esta forma y en colaboración con la Asociación de Afectados por Fibromialgia, se aplicó un programa con diferentes componentes terapéuticos. Se contó con un grupo control para poder comparar los efectos al finalizar la terapia, a los dos meses y a los 6. Posteriormente, dicho grupo control obtendrá preferencia para participar en terapias futuras.

Otro de los objetivos era el de valorar el papel que puede tener la “desconexión de la condición de enfermo”, mediante actividades que fomenten la creatividad y la expresión emocional. En este proyecto se realizó un taller de grabado dirigido a fomentar la creatividad y desconectar de la conducta, pensamientos y sentimientos de enfermo, además de ser una actividad incompatible con el estrés. La tarea fomenta la participación y colaboración entre compañeros, otorgando importancia individual para que el grupo funcione.

METODOLOGÍA:

Participantes: Gracias a la colaboración de la Asociación de Afectados de Fibromialgia de Teruel, y a la Red de Investigación en Atención Primaria de Aragón, se pudo contar con dos grupos de 19 participantes cada uno. El tamaño de la muestra es adecuado para un estudio piloto en el que se compruebe la viabilidad de los métodos, pero es insuficiente como para considerar los resultados como estadísticamente significativos. Contando con un grupo experimental de 19 personas (pacientes diagnosticados pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de Teruel), se buscó una muestra pareada con variables similares de afectados en Zaragoza. Obvia decir que los sujetos no fueron asignados al azar, sino emparejados según variables de: sexo, edad y grado de gravedad en la patología objeto de estudio. Los participantes debían cumplir los requisitos de estar diagnosticados en la enfermedad, y seguir un tratamiento médico y farmacológico de forma regular. Aquellos sujetos que no estaban diagnosticados sino que sospechaban tenerla, aquellos que rehusaron el tratamiento médico y los que padecen trastornos psiquiátricos graves, fueron excluidos con el objetivo de conseguir una muestra experimental homogénea. Los sujetos fueron adscritos en dos grupos: experimental y control. El primero estaba compuesto por 17 mujeres y 2 hombres, con una media de edad de 54,7 años, y participó en una terapia cognitivo conductual en la que fueron entrenados en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, manejo de la respiración, hábitos de conductas saludables, terapia de aceptación del dolor y actividades creativas (taller de grabado). El grupo control (18 mujeres, 1 hombre, con media de edad = 55,1 años) no recibió terapia psicológica, no obstante, se llevaron a cabo sesiones de control de la sintomatología y obtendrán en una segunda fase, preferencia a la hora de recibir tratamiento.

El grupo experimental participó en dos sesiones semanales de dos horas de duración cada una durante 9 semanas, finalmente, realizó una sesión de seguimiento al mes de haber acabado. Así, recibieron un total de 38 horas. Por otro lado, el taller de grabado se realizó conjuntamente durante 8 sesiones de dos horas a lo largo de 5 semanas.

Instrumentos:

- *Medidas de evaluación fisiológica*, mediante el mecanismo Procomp Infiniti 5 de Bio-Medical para medir los índices de ECG, de impedancia cutánea y temperatura de la piel. Este aparato se utilizó dos veces con un intervalo de 50 minutos e informó de diferencias mínimas de temperatura entre puntos próximos, lo que puede detectar índices de dolor y/o estrés.
- *Entrevistas* en las que se evaluó el dolor y otros síntomas mediante la *Escala Visual Analógica (EVA)*.
- *Protocolo de constructos psicológicos*: que engloba variables demográficas, cuestionario de enfermedad con una escala de catastrofización (Pain Catastrophizing Scale, validado por García-Campayo, 2002).
- *Cuestionario de aceptación del dolor*, escala Likert del 0 al 6, donde 0 es “Nunca cierta” y 6 es “Siempre cierta” para ver el nivel de aceptación por parte del sujeto hacia el dolor
- *Escala de rendición al dolor*, escala Likert del 0 al 4 para saber cómo se siente el sujeto ante un episodio reciente de dolor
- *Cuestionario de injusticia percibida*, escala Likert del 0 al 4 para valorar como una situación traumática ha afectado a la vida de los sujetos
- *Escala de inflexibilidad psicológica ante el dolor*, escala Likert del 0 al 6, donde 0 es “Nunca cierta” y 6 es “Siempre cierta” para comprobar cómo el dolor puede llegar a afectar su día a día y en qué forma.
- Cuestionarios HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): mide ansiedad y depresión en pacientes que sufren de enfermedades somáticas. Consta de 14 ítems que se responden a través de un cuestionario Likert del 0 al 3. Con 2 subescalas; HADS-Dep y HADS-Ans, de 7 ítems cada una para valorar de forma independiente la depresión y la ansiedad.
- PANAS, Positive and Negative Affect Schedule, (Watson, et al., validado por Sandín) que valora el afecto positivo y negativo.

- *Cuestionario FIQ* (Fibromyalgia Impact Questionnaire, validado por Monterde et al.) que valora el estado de salud en los pacientes con fibromialgia.
- *EUROQOL-5D*, instrumento estandarizado utilizado para medir resultados aplicados a una amplia cantidad de enfermedades, englobando 5 dimensiones de salud: autocuidado, acciones cotidianas, movilidad, dolor y ansiedad-depresión.

En los talleres de manejo emocional, se dió información acerca de la importancia de las emociones en el desarrollo humano, la inteligencia emocional y el apoyo social. Aparte de conseguir que los pacientes fomentasen nuevas formas de aceptar, manifestar y controlar las emociones, se trató de que se cuestionasen sus formas afectivas y emocionales para afrontar la enfermedad. Se trabajaron las relaciones entre emociones, pensamientos, sistema inmunitario, sistema endocrino y nervioso. Se desarrolló un taller de psicoterapia grupal de Aceptación y Compromiso (ACT) donde se trabajó con ejercicios de relajación, respiración, valores, identificación, emoción, experiencias, automotivación y resiliencia. En cada sesión se discutía sobre las actividades realizadas a lo largo de la semana y los resultados obtenidos tras el uso de las herramientas dadas en sesiones anteriores para afrontar la enfermedad y el dolor.

Otra forma de trabajar la expresión emocional fue el taller artístico (grabado). En ellos se impulsó la creatividad de los pacientes para incrementar su autoestima. Una vez que los sujetos generaron sus imágenes, tenían que aprender a entintar, estampar, limpiar y prensar sus imágenes. De este trabajo se obtuvieron varias copias de un mismo original que los autores podían regalar o vender en un puesto del mercado y, cuyos beneficios fueron a parar a la asociación. Se realizó una exposición de las obras en la que el visitante podía leer textos sobre aspectos de la enfermedad.

RESULTADOS:

Dado el carácter de estudio piloto, se pretendía conocer las posibles dificultades que pudieran derivarse de la aplicación de diversas terapias. Se quiso conocer también si se apuntaba una tendencia de mejora tras las terapias, para lo que se analizaron las diferencias de medias pre-tratamiento y post- tratamiento en las variables estudiadas

dentro del mismo grupo y entre ambos grupos (experimental y control). Recordando el tamaño de la muestra, se consideró pertinente utilizar la prueba T de Student.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las principales variables entre los dos grupos, antes de iniciar el tratamiento, por lo que pueden considerarse equiparables.

Tal y como se ha descrito en el apartado objetivos, se pretendía un primer acercamiento de tipo correlacional de cara a una validación de las medidas fisiológicas del dolor con las medidas obtenidas mediante entrevista, así como comprobar la eficacia de distintas terapias y actividades dirigidas a la disminución del estrés, dolor y otras variables negativas propias de la fibromialgia.

Se analizó la correlación entre los datos obtenidos de las entrevistas y autoinformes sobre el dolor mediante ρ de Spearman en ambas mediciones. Por otro lado, se utilizó la T de Student para contrastar las medidas pre tratamiento y post tratamiento ya que la muestra investigada es demasiado pequeña.

En cuanto a la correlación entre los índices autoinformados sobre dolor y estrés y las medidas fisiológicas obtenidas, ambas fueron analizadas a través de entrevistas psiquiátricas y psicológicas, y con los índices medidos de ECG e impedancia cutánea (que fueron tomados por profesionales de ingeniería). Para medir la temperatura cutánea de forma continuada, se necesitó de un termómetro más preciso de lo habitual, que fuese capaz de detectar cambios significativos de temperatura en diferentes partes del cuerpo.

Estas pequeñas diferencias de temperatura en zonas próximas del cuerpo constituyen uno de los indicadores del dolor y del estrés porque ante situaciones de dolor y estrés el propio organismo puede producir vasoconstricciones con el fin de aumentar la tensión arterial. Si una arteria se encuentra próxima a la piel se dilata, el flujo sanguíneo que corre a través de ella también sube de temperatura. De este modo, podemos confirmar la existencia de dolor y/o estrés en el sujeto. Tal medición se complementa con las medidas de la impedancia cutánea y con el ECG, que registra el ritmo cardíaco.

Estas medidas fueron tomadas en 21 sujetos (de los que 19 formarían el grupo experimental) y a 19 sujetos del grupo control y se hallaron unas correlaciones

estadísticamente significativas de $\rho = .69$ ($r \leq 0.01$) en la primera medición y de $\rho = .71$ ($r \leq 0.01$) en la segunda.

No conviene olvidar el reducido tamaño de las muestras, dadas las dificultades para obtener un grupo experimental más amplio de pacientes con fibromialgia y de una muestra pareada en el grupo control. Por tal motivo, consideramos estos datos como “orientativos” de un estudio piloto que pueden contribuir a diseños más elaborados en el futuro.

Por otra parte, los resultados obtenidos, una vez finalizada la terapia, dentro del grupo experimental (pre y post intervención) mostraron que algunos cambios iban en la dirección esperada. En la tabla 1 podemos observar diferencias estadísticamente significativas en variables como la escala de catastrofización ($t = 2,71$; $p = 0,009$), que consiste en una actitud negativa ampliando el nivel de estrés y deteriorando la calidad de vida del paciente, también se observan cambios significativos en las variables de: rendición ($t = 3,03$; $p = 0,0001$) e inflexibilidad ante el dolor ($t = 2,09$; $p = 0,0286$), en la puntuación total de depresión ($t = 2,32$; $p = 0,0209$) y ansiedad (HADS total) ($t = 1,79$; $p = 0,0414$), en el estado general de salud medido con el cuestionario FIQ ($t = 3,01$; $p = 0,035$) y en movilidad EUROQOL-5D ($t = 0,12$; $p = 0,0113$). Del mismo modo se encontró una mejoría de la afectividad negativa gracias a los datos obtenidos a través del cuestionario PANAS ($t = 0,218$; $p = 0,0409$) vinculado a la depresión y neuroticismo.

Por otro lado, aunque también se hallaron cambios en la dirección esperada en la aceptación del dolor, injusticia percibida y magnitud del dolor, estos no llegaron a ser estadísticamente significativos.

Igualmente, se contrastaron los resultados obtenidos en las variables descritas entre los dos grupos (control y experimental). Se encontraron variaciones en la dirección esperada en el grupo experimental respecto al grupo de control. Las variables que mostraron cambios en dirección positiva y estadísticamente significativa fueron: las cogniciones de catastrofización ($t = 3,22$; $p = 0,0001$), de rendición ($t = 2,67$; $p = 0,0375$), inflexibilidad ante la enfermedad ($t = 2,61$; $p = 0,0059$) y el estado de salud general ($t = 3,46$; $p = 0,023$). Como se muestra en la tabla 2, no siendo estadísticamente significativas otras diferencias entre el grupo experimental y control.

Tabla 1, prueba t de Student (grupo experimental pre y post tratamiento).

	M1	M2	SD1	SD2	SE1	SE2	Dif M	t	95% conf		signif
									Low	Upp	
Catastrofis	36,65	29,16	9,35	7,44	2,09	1,70	7,49	2,71	1,98	12,99	0,0090
Cpaq dispos	17	20,10	10,2	10,3	2,28	2,38	-3,10	3,29	-9,79	3,58	0,3528
Cpaq acept	10,7	13,78	6,23	6,16	1,39	1,41	-3,08	1,99	-7,11	0,93	0,1285
Cpaq total	27,7	33,37	13,5	13,33	3,01	3,05	-5,66	4,30	-14,37	3,03	0,1953
rendición	81,3	67,84	9,60	9,09	2,15	2,11	13,45	3,03	7,31	19,6	0,0001
injusticia	41,45	39,36	4,69	5,19	1,05	1,19	2,08	1,58	-1,12	5,29	0,1971
Inflex evit	47,35	42,58	6,37	6,72	1,41	1,54	4,77	2,09	0,52	9,01	0,0286
Inflex cognit	24,95	24,19	2,59	2,51	0,56	0,58	0,84	0,82	-0,81	2,50	0,3099
Inflex total	72,3	66,68	7,71	6,75	1,73	1,54	5,61	2,32	0,89	10,33	0,0209
HADS A	14,35	16,16	3,29	3,24	0,72	0,74	-1,80	1,04	-3,93	0,32	0,0925
HADS D	11,5	13,47	4,16	3,77	0,93	0,86	-1,97	1,27	-4,55	0,61	0,1300
HADS total	25,85	29,63	5,94	5,17	1,33	1,18	-3,78	1,79	-7,41	0,15	0,0414
FIQ	70,85	64,26	8,63	10,13	1,93	2,32	6,69	3,01	0,48	12,86	0,0350
EUROQOL1	0,95	0,63	0,22	0,49	0,63	0,11	0,30	0,12	0,71	2,60	0,0113
EUROQOL2	0,75	0,58	0,44	0,50	0,99	0,11	0,17	0,15	-0,13	0,47	0,2692
EUROQOL3	1,35	1,15	0,48	0,60	0,11	0,14	0,19	0,17	-0,16	0,54	0,2802
EUROQOL4	1,65	1,37	0,49	0,68	0,10	0,16	0,28	0,19	-0,10	0,66	0,1462
EUROQOL5	1,5	1,31	0,61	0,75	0,13	0,17	0,18	0,22	-0,25	0,62	0,4032
EUROQOL6	2,5	2,21	0,76	0,92	0,17	0,21	0,29	0,27	-0,25	0,83	0,2895
EUROQOL7	42	36,8	21,7	18,9	4,85	4,34	5,15	6,54	-8,09	18,41	0,4355
PANAS P+	19,45	20,94	5,30	5,49	1,19	1,26	-1,50	1,73	-5,00	2,01	0,3921
PANAS N-	31	26,37	6,74	6,90	1,50	1,58	4,63	2,18	0,20	9,06	0,0409
EVA	73,35	65,57	15,6	14,5	3,49	3,32	7,77	4,83	-2,02	17,56	0,1165

M1= Media del grupo pre tratamiento (20 sujetos; M2 = Media del grupo en post-tratamiento (19 sujetos), SD = desviación estándar; SE = error standar; g.l. (37)

Tabla 2, prueba t de Student (grupo control M3 y grupo experimental post tratamiento M1).

	M3	M1	SD3	SD1	SE3	SE1	Dif M	t	95% conf		signif
									Low	Upp	
Catastrofis	35,06	29,16	8,77	7,44	2,07	1,70	5,9	3,22	1,01	13,44	0,0001
Cpaq dispos	18	20,10	9,11	10,3	1,88	2,38	-4,10	3,78	-9,87	3,76	0,0854
Cpaq acept	11,6	13,78	7,42	6,16	1,43	1,41	-2,18	1,02	-6,78	1,23	0,1534
Cpaq total	25,8	33,37	12,8	13,33	2,81	3,05	-7,57	4,30	-5,28	3,90	0,2817
rendición	79,2	67,84	9,34	9,09	2,01	2,11	11,36	2,67	6,31	18,3	0,0735
injusticia	40,21	39,36	5,01	5,19	1,00	1,19	2,08	0,57	-1,55	5,02	0,2888
Inflex evit	48,02	42,58	6,20	6,72	1,22	1,54	5,61	2,39	0,53	9,13	0,0672
Inflex cognit	25,13	24,19	3,06	2,51	0,47	0,58	0,96	0,81	-0,86	2,81	0,4175
Inflex total	73,08	66,68	8,22	6,75	1,86	1,54	6,40	2,61	0,77	11,42	0,0059
HADS A	15,28	16,16	3,69	3,24	0,65	0,74	-0,88	0,92	-2,91	0,69	0,0991
HADS D	12,6	13,47	3,25	3,77	0,89	0,86	-0,87	1,05	-4,12	1,03	0,1629
HADS total	24,37	29,63	5,72	5,17	1,39	1,18	-5,26	1,07	-6,41	0,22	0,0614
FIQ	71,26	64,26	7,77	10,13	2,04	2,32	7,0	3,46	0,16	13,00	0,0230
EUROQOL1	0,99	0,63	0,34	0,49	0,88	0,11	0,27	0,12	0,71	2,57	0,0853
EUROQOL2	0,68	0,58	0,41	0,50	0,99	0,11	0,10	0,15	-0,10	0,45	0,2692
EUROQOL3	1,26	1,15	0,50	0,60	0,11	0,14	0,11	0,17	-0,17	0,61	0,2802
EUROQOL4	1,59	1,37	0,50	0,68	0,14	0,16	0,22	0,19	-0,13	0,66	0,1462
EUROQOL5	1,61	1,31	0,61	0,75	0,14	0,17	0,30	0,22	-0,27	0,65	0,4032
EUROQOL6	2,47	2,21	0,69	0,92	0,19	0,21	0,26	0,27	-0,25	0,92	0,2895
EUROQOL7	40,2	36,8	22,9	18,9	4,21	4,34	3,40	6,54	-8,11	18,00	0,4355
PANAS P+	18,96	20,94	5,0	5,49	1,36	1,26	-1,98	1,73	-5,09	1,98	0,3921
PANAS N-	33,2	26,37	5,98	6,90	1,47	1,58	6,57	2,18	0,28	8,07	0,0670
EVA	71,07	65,57	14,8	14,5	3,49	3,32	6,64	4,83	-2,31	16,24	0,1165

M1= Media del grupo post-tratamiento (19 sujetos), M3= Media del grupo control (19 sujetos), SD = desviación estándar; SE = error standar; g.l. (36)

DISCUSIÓN

Para descartar la posible simulación de los pacientes en cuanto a sus síntomas, o la exageración el dolor cuando se realizan las mediciones del mismo con entrevistas y autoinformes, se usaron instrumentos objetivos como el Procomp Infiniti 5 de Bio-Medical y el EUROQOL-5D que contribuyeron a un análisis del dolor más objetivo. Por otro lado, puede existir un sesgo debido al acompañamiento de los sujetos, ya que al saber que se está buscando una mejoría, inconscientemente sus respuestas a los cuestionarios tienden a ser mejores.

Como se ha comentado, uno de los principales problemas de esta patología es su diagnóstico. Dado que la posible lesión no es visible ni constatable, durante años, muchos clínicos han negado su existencia. Actualmente se reconoce la enfermedad, pero no deja de levantar suspicacias, debido a que el paciente podría simular los síntomas. La escasa fiabilidad en el diagnóstico tiene no pocas repercusiones. No olvidemos que la declaración de un porcentaje de minusvalía lleva aparejadas consecuencias laborales, económicas, etc. Por otro lado, la falta de credibilidad de la patología genera un daño añadido en el paciente, quien normalmente lleva años sometido a múltiples pruebas, para llegar a la conclusión de que “no padece ninguna enfermedad”.

El equipo de investigación con quien se ha realizado este proyecto piloto trabaja en la búsqueda de pruebas objetivas que ayuden al diagnóstico: análisis mediante electrodos colocados en la piel (mediante el aparato Procomp Infiniti 5 de Bio-Medical) que detecta pequeñas diferencias de temperatura, nivel de conductancia, etc., y que, sin ser una prueba concluyente, añade verosimilitud al grado de dolor expresado por el paciente, tal como hemos comprobado mediante un sencillo análisis correlacional entre estas medidas y las provenientes de autoinforme.

Como se ha observado en las tablas anteriores; hay algunas variables cognitivas como la “catastrofización”, “rendición e inflexibilidad ante el dolor”, depresión y ansiedad que pueden encontrarse vivenciados en esta enfermedad y contribuyendo a su agravamiento. Los resultados obtenidos muestran que estas variables han sufrido mejorías significativas gracias a las terapias recibidas.

Los pacientes diagnosticados deben seguir la terapia farmacológica prescrita por los especialistas en reumatología, lo cual no es óbice para participar en terapias que ayuden a transformar ciertas creencias disfuncionales, lo que conlleva una disminución en síntomas de depresión, mejora en la calidad de vida y bienestar.

Como se ha visto en este estudio, tras las terapias de manejo emocional, Aceptación y Compromiso (ACT) y el taller artístico, mejoraban las variables de “aceptación del dolor”, “injusticia percibida” y “magnitud del dolor”, pero estas no han llegado a ser estadísticamente significativas

Al tratarse de un estudio piloto, es conveniente que los sujetos sigan pasando por mediciones para comprobar cómo han repercutido en sus vidas, para ver si siguen mejorando, se mantienen estables o vuelven a recaer en su rutina. Aunque este mismo dato es también un problema; al tratarse de una muestra pequeña los datos no llegan a ser estadísticamente significativos y por lo tanto este estudio debería ampliarse a una muestra mucho mayor.

Es común, en este tipo de estudios para valorar los beneficios de una terapia que se encuentran mejoras al finalizar. Tales índices de mejoría pueden ser debidos a la propia terapia, o también al hecho, consciente o inconsciente, de dar las respuestas que creen que espera el terapeuta. También suele ser común que los datos obtenidos al final de la terapia, no se mantienen en el tiempo por diversos motivos (el principal suele ser que el paciente olvida aplicar las técnicas que ha aprendido). Así pues, es necesario volver a tomar medidas pasado un tiempo (a los seis y a los doce meses), y realizar actividades a modo de recordatorio, para que las técnicas aprendidas no caigan en el olvido.

Por último, recordando lo que se menciona al principio de esta apartado, el diagnóstico es un problema a solucionar debido a la subjetividad del dolor. Esto se podría solucionar con la investigación de medios más fiables y objetivos para medir el dolor. De este modo, aquellos médicos escépticos con la enfermedad tendrían mayores argumentos para creer en ella y así poder diagnosticarla.

Bibliografía

- Alda M, Garcia Campayo J, Pascual A, Olmedo M. Aspectos psicológicos de la fibromialgia. Monografías de Psiquiatría 2003; 4: 32-40.
- Buckelew SP, Conway R, Parker J, Deuser WE, Read J, Witty TE, *et al.* Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. Arthritis Care Res 1998 Jun; 11(3): 196-209.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991; 18: 728-733.
- Burns DD. El manual de ejercicios de Sentirse Bien. Barcelona: Paidós Autoayuda, 1999.
- Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and myofascial pain syndrome. Curr Opin Rheumatol 2001; 13: 117 – 27.
- Demitrack MA, Crofford LJ. Evidence for and pathophysiologic implications of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia and chronic fatigue. Ann N Y Academy of Sciences 1998; 840: 684– 697.
- Esteve MR, Ramírez C, López –Martínez AE. Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 119 – 127.
- García Campayo J, Arnal P, Marqués H, *et al.* Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia: efectividad y diferencias entre intervención individual y grupal. Cuadernos de Medicina Psicosomática 2005; 73: 32-41.
- Gascón, S. (2000). Aplicación de un método de relajación mediante imaginación guiada para pacientes de Crohn. UNED, Madrid, 2000.
- Gascón S., Olmedo, M, Bermúdez J, Cicottelli H. (2003). *Estrés y Salud*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Vol. 66. pp. 9-18. Barcelona.
- Gendreau RM, Mease PJ, Rao SR, Kranzler JD, Clauw DJ. Minacipran: a potential new treatment of fibromyalgia. Arthritis Rheum 2003; 48: S616.
- Goldenberg D, Smith N. Fibromyalgia, rheumatologists, and the medical literature: a shaky alliance. J Rheumatol 2003; 30: 151 – 153.
- Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism and depression: a multidimensional analysis. Journal of Social Behaviour and Personality 1990; 5: 423 – 428.

- Landro NI, Stiles TC, Sletvold H. Memory functioning in patients with fibromyalgia and major depression and healthy controls. *J Psychosom Res* 1997; 42: 297 – 306.
- Pascual López A, Alda Díez M, García Campayo J. Abordaje psicosocial en enfermedades con dolor crónico: el ejemplo de la fibromialgia. En: *Relación y Comunicación (ampliación 2003)*. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2003.

ANEXOS

1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ☐ Edad 18-65 años
- ☐ Comprenden el español
- ☐ Cumplen criterios de Fibromialgia ACR diagnosticado por un reumatólogo
- ☐ No ha habido tratamiento psicológico previo
- ☐ No tratamiento farmacológico previo o discontinuación 2 semanas antes del inicio
- ☐ Firma consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ☐ Trastorno Psiquiátrico grave en el Eje I (demencia, esquizofrenia, paranoia, abuso de alcohol y/o drogas)
- ☐ Trastorno Psiquiátrico grave en el Eje II que el clínico cree le impedirá participar en el estudio
- ☐ Embarazo o lactancia
- ☐ Rehúsa participar

2.A- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

SEXO:

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

ESTADO CIVIL:

- ☐ Casado/a o emparejado/a
- ☐ Soltero/a
- ☐ Separado/a Divorciado/a
- ☐ Viudo/a

CONVIVENCIA:

- ☐ Domicilio propio solo/a
- ☐ Domicilio propio con la pareja
- ☐ Domicilio propio con pareja y/o hijos
- ☐ Domicilio de familiares
- ☐ Domicilio de vecinos o amigos
- ☐ Residencia
- ☐ Otros (especificar):

NIVEL DE ESTUDIOS:

- ☐ No sabe leer ni escribir

- ☐ No cursado estudios pero sabe leer y escribir
- ☐ Graduado escolar
- ☐ Estudios secundarios (BUP, bachillerato superior, COU, PREU, FP II)
- ☐ Estudios universitarios
- ☐ Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL:

- ☐ Estudiante
- ☐ Ama de casa
- ☐ Desempleado/a Con subsidio Sin subsidio
- ☐ Empleado/a
- ☐ Empleado/a pero está de baja laboral (ILT). Fecha inicio: __/__/____
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Incapacitado/a invalidez permanente
- ☐ Otros (especificar):

Tipo de contrato en el lugar de trabajo (Solamente Empleados)

- ☐ Funcionario/a
- ☐ Contrato indefinido
- ☐ Contrato temporal de menos de 6 meses
- ☐ Contrato temporal de más de 6 meses
- ☐ Contrato temporal sin especificar la duración (obra y servicio, o similar)
- ☐ Trabajador/a de una empresa de trabajo temporal (ETT)
- ☐ Trabaja sin contrato
- ☐ Trabaja por su cuenta (autónomos, empresarios, profesionales liberales)
- ☐ Otra relación contractual (especificar):

2.B.- CUESTIONARIO DE ENFERMEDAD

1.- FIBROMIALGIA

- Fecha de diagnóstico de la enfermedad (dd/mm/aa): ____/____/____
- Años de evolución de la enfermedad: _____
- Tiempo transcurrido desde el inicio síntomas al diagnóstico: _____

2.- COMORBILIDAD CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Fumador	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Número cig/día <input type="text"/>		
Ex-fumador (> 1 año)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Consumo alcohol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Nombre UBE/setm <input type="text"/>		
Artrosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedades reumáticas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dolor cervical crónico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Lumbalgia crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
MPOC (bronquitis/enfisema)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Arritmias cardiacas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Angina pecho/Infarto Agudo Miocardio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

○	Accidente Vascular Cerebral / embolia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
○	Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Cefaleas crónicas o dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Insuficiencia venosa EEII (varices)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Patología prostática (hombres)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Menopausia o climaterio (mujeres)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Trastornos depresivos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Problemas audición	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	¿Padece otro trastorno crónico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	¿Cuál? <input type="text"/>		

3.- ENTREVISTA PSIQUIATRICA EPEP

Administrar la EPEP. Usar códigos DSM-IV-TR

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PRINCIPAL:

.....
.....

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO SECUNDARIO (si lo hubiere): DESCARTAR
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

.....
.....

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO TERCARIO (si lo hubiere):

.....
.....

OBSERVACIONES (CONFIRMAR SI HA HABIDO ABUSOS SEXUALES-
MALTRATO):

.....
.....

4.- TRATAMIENTO UTILIZADO

a) FARMACOLOGICO

- ANTIDEPRESIVOS (tiempo y dosis):.....

- ANALGESICOS (tiempo y dosis).....

- OTROS FARMACOS (tiempo y dosis)

.....
.....

B) PSICOLÓGICO (tipo de terapia y tiempo, quien lo imparte)

.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....

4.- OTROS DATOS MEDICOS

TENSION ARTERIAL:

DOLORIMETRIA A LA PRESION:

5.- ESCALA DE CATASTROFIZACION

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor.

A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá

2. Siento que ya no puedo más

3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar

4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo

5. Siento que no puedo soportarlo más

6. Temo que el dolor empeore

7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor

8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor

9. No puedo apartar el dolor de mi mente

10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele

11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor

12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor

13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

Total

6.- CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN ANTE EL DOLOR

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Puntúe cada una de ellas haciendo un círculo en el número que mejor defina la frecuencia con la que dicha información es cierta para usted. Utilice la siguiente escala de puntuación para hacer su elección. Por ejemplo, si cree que una afirmación es “siempre cierta” para usted, deberá seleccionar un 6 en el espacio para su respuesta.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca cierta	Muy raramente	Raramente cierta	A veces cierta	A menudo cierta	Casi siempre cierta	Siempre cierta

1. Continúo haciendo las cosas de la vida diaria sea cual sea mi nivel de dolor
2. Mi vida va bien, aunque tenga dolor crónico
3. No importa sentir dolor
4. Si tuviera que sacrificar cosas importantes de mi vida para controlar mejor este dolor, lo haría con mucho gusto
5. No necesito controlar el dolor para poder llevar bien mi vida
6. Aunque las cosas han cambiado, llevo una vida normal pese a mi dolor crónico
7. Tengo que concentrarme para poder librarme del dolor
8. Hay muchas actividades que hago cuando tengo dolor
9. Llevo una vida plena aunque tenga dolor crónico
10. Controlar el dolor es un objetivo menos importante que otros objetivos de mi vida
11. Antes de poder tomar decisiones importantes en mi vida, mis ideas y sentimientos hacia el dolor deben cambiar
12. A pesar del dolor, ahora me ciño a una dirección concreta en mi vida
13. Tener controlado el nivel de dolor es la primera prioridad cuando hago algo
14. Antes de poder hacer planes en serio, tengo que tener algo de control sobre el dolor. Cuando aumenta el dolor, puedo seguir ocupándome de mis responsabilidades
15. Podría controlar mejor mi vida si pudiera controlar mis pensamientos negativos sobre el dolor
16. Evito enfrentarme a situaciones en las que el dolor pudiera aumentar
17. Mis preocupaciones y miedos sobre lo que el dolor puede hacerme son auténticos
18. Es un alivio darse cuenta de que no tengo por qué cambiar el dolor para seguir con mi vida
19. Cuando tengo dolores, me cuesta mucho hacer cosas

Total Disposición para las actividades:

Total Aceptación del dolor:

Total

6.- ESCALA DE RENDICIÓN ANTE EL DOLOR

Instrucciones: Este cuestionario trata sobre cómo se siente durante un episodio reciente de dolor. En él encontrará un número de afirmaciones que describen los pensamientos y sentimientos que la gente a veces experimenta cuando sufre un episodio de dolor intenso. Por favor, puntúe la intensidad con las que estas afirmaciones se aplican a su experiencia durante el episodio de dolor intenso marcando con un círculo el número apropiado. No hay respuestas correctas o equivocadas. Por favor, recuerde que este cuestionario se refiere a cómo se siente usted durante los episodios de dolor intenso.

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Me sentí derrotado por la vida | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 2. Sentí que había perdido mi lugar en el mundo | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 3. Sentí que la vida me había tratado como a un saco de boxeo | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 4. Me sentí impotente | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 5. Sentí que me habían arrancado la confianza a golpes | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 6. Me sentí incapaz de manejarme con las situaciones que la vida me enviaba | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 7. Sentí que me había hundido hasta el fondo de la escalera | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 8. Sentí que me habían dejado completamente inútil | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 9. Sentí que era uno de los perdedores de la vida | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 10. Sentí que me había rendido | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 11. Me sentí fuera de combate | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 12. Sentí que había perdido batallas importantes en la vida | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 13. Sentí que no me quedaban fuerzas para luchar | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 14. Sentí que estaba perdiendo mi fuerza de voluntad | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 15. Ya no me importaba lo que me pudiese ocurrir | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 16. Me sentí derrotado | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 17. Sentí que era menos que un ser humano | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 18. Tal como yo lo veía, me había rendido | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 19. Me sentí destrozado como persona | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 20. Sentí que me quería morir | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 21. Sentí que había perdido mi resistencia emocional | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 22. Me sentí como un objeto | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 23. Me sentí completamente a merced de lo que me ocurría | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 24. Me sentí humillado y que había perdido mi sentido de la dignidad | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Total

7.- CUESTIONARIO DE INJUSTICIA PERCIBIDA

Instrucciones: Cuando ocurre una situación traumática (por ejemplo, una enfermedad), puede tener profundos efectos en nuestras vidas. Esta escala ha sido diseñada para valorar cómo una situación traumática ha afectado su vida. Debajo aparecen listadas 12 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que usted puede experimentar cuando piensa en su situación. Por favor, use la siguiente escala e indique el grado en que usted tiene estos pensamientos y sentimientos cuando piensa en su situación. Por favor, puntúe estas frases en una escala de 5 puntos desde nada en absoluto (0) hasta todo el tiempo (4).

- | | |
|--|-------------------|
| 1. La mayoría de la gente no comprende la gravedad de mi situación | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 2. Mi vida nunca volverá a ser como antes | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 3. Mi sufrimiento se debe a la negligencia de otros | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 4. Nadie debería tener que vivir de esta forma | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 5. Sólo quiero volver a vivir como antes | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 6. Siento que esto me ha afectado de una forma permanente | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 7. Todo me parece tan injusto | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 8. Me preocupa que mi situación no se está tomando en serio | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 9. Nada me compensará nunca por todo lo que he tenido que sufrir | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 10. Siento como si me hubiesen robado algo muy valioso | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 11. Me preocupa que nunca pueda conseguir mis objetivos | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| 12. No puedo creer que esto me haya ocurrido a mí | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Total

8.- ESCALA DE INFLEXIBILIDAD ANTE EL DOLOR

Instrucciones: Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué medida cada frase es cierta para usted marcando un círculo en el número adecuado según la siguiente clasificación:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es cierto	Muy raramente	Raramente es cierto	A veces es cierto	A menudo es cierto	Casi siempre	Siempre es cierto
1. Cancelo actividades que tenía planificadas si tengo dolor						1 2 3 4 5 6 7
2. Digo frases como: “No tengo nada de energía” “No estoy suficientemente bien”, “No tengo tiempo” “No me atrevo”, “Tengo demasiado dolor” “Me encuentro demasiado mal” “No me apetece”						1 2 3 4 5 6 7
3. Necesito comprender lo que me ocurre para poder seguir adelante						1 2 3 4 5 6 7
4. No puedo planificar el futuro debido al dolor						1 2 3 4 5 6 7
5. Evito hacer cosas cuando existe riesgo de que me duela o de que me sienta peor						1 2 3 4 5 6 7
6. Es importante que comprenda cuál es la causa de mi dolor						1 2 3 4 5 6 7
7. No hago cosas que son importantes para mí para evitar sentir dolor						1 2 3 4 5 6 7
8. Pospongo la realización de actividades debido al dolor						1 2 3 4 5 6 7
9. Haría casi cualquier cosa para librarme del dolor						1 2 3 4 5 6 7
10. No soy yo quien controla mi vida, sino el dolor						1 2 3 4 5 6 7
11. Evito planificar actividades debido al dolor						1 2 3 4 5 6 7
12. Es importante que aprenda a controlar mi dolor						1 2 3 4 5 6 7

TOTAL

9.- HADS

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca



D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca



10.- FIQ

INSTRUCCIONES: En las preguntas que van de la a a la i, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

1. Ha sido usted capaz de:

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. Hacer la compra	0	1	2	3
b. Hacer la colada con lavadora	0	1	2	3
c. Preparar la comida	0	1	2	3
d. Lavar los platos a mano	0	1	2	3
e. Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
f. Hacer las camas	0	1	2	3
g. Caminar varias manzanas	0	1	2	3
h. Visitar a amigos / parientes	0	1	2	3
i. Utilizar transporte público	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

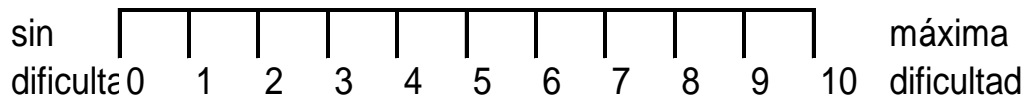
0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de la fibromialgia?

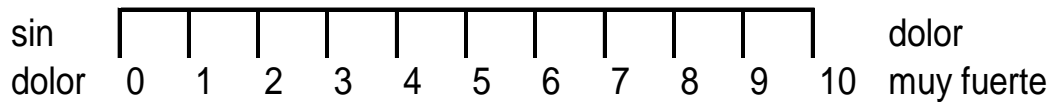
(Si no trabaja fuera de casa deje la pregunta en blanco)

0 1 2 3 4 5 6 7

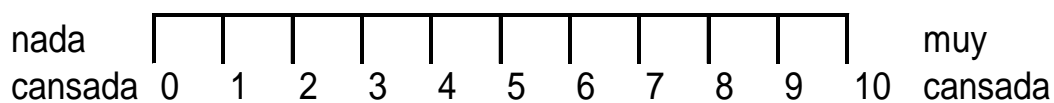
4. Cuando fue a trabajar ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño del trabajo?



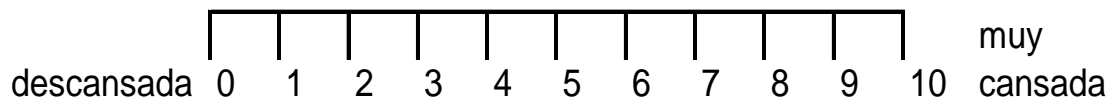
5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



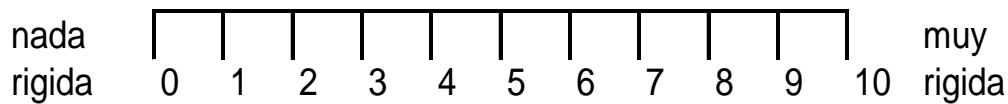
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



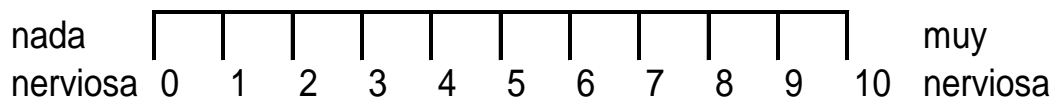
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



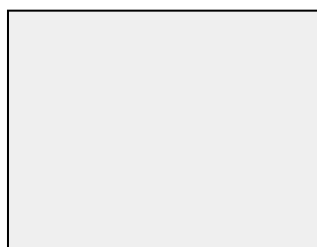
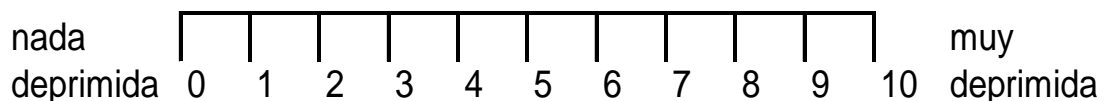
8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?



9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?



10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?



11.- CUESTIONARIO SALUD EUROQOL-5D

Marque con una (X) las afirmaciones que describan mejor su estado de salud de **hoy**.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo algunos problemas para caminar ☐
- Tengo que estar en la cama ☐

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal ☐
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme ☐
- Soy incapaz de lavarme o vestirme ☐

Actividades Cotidianas (ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas ☐

Dolor/Malestar

- No tengo dolor o malestar ☐
- Tengo moderado dolor o malestar ☐
- Tengo mucho dolor o malestar ☐

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido ☐
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐
- Estoy muy ansioso o deprimido ☐

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es (por favor, marque un cuadro):

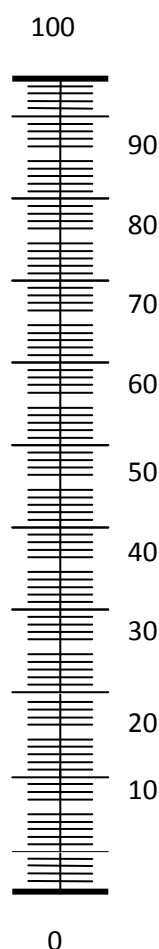
Mejor Igual Peor

☐ ☐ ☐

El mejor estado de salud imaginable

Para ayudar a la gente a describir lo buen o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un **100 el mejor estado** de salud que pueda imaginarse y con un **0 el peor estado** de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno y malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “*Su estado de salud hoy*” hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.



Su estado de salud HOY



El peor estado de salud imaginable

12.- PANAS

A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste con un número (del 1 al 5) indicando hasta qué punto Ud. suele sentirse **habitualmente** de la forma que indica cada expresión. Por favor, conteste en el espacio reservado delante de cada descripción.

1	2	3	4	5
<i>nada</i>	<i>un poco</i>	<i>bastante</i>	<i>mucho</i>	<i>muchísimo</i>

Generalmente *me siento* (escriba el número que corresponda):

- ____ 1. Interesado (que muestro interés)
- ____ 2. Tenso o estresado
- ____ 3. Animado, emocionado
- ____ 4. Disgustado o molesto
- ____ 5. Enérgico, con vitalidad
- ____ 6. Culpable
- ____ 7. Asustado
- ____ 8. Enojado, enfadado
- ____ 9. Entusiasmado
- ____ 10. Orgullosa (de algo), satisfecho
- ____ 11. Irritable o malhumorado
- ____ 12. Dispuesto, despejado
- ____ 13. Avergonzado
- ____ 14. Inspirado
- ____ 15. Nervioso
- ____ 16. Decidido, atrevido
- ____ 17. Atento, esmerado
- ____ 18. Intranquilo o preocupado
- ____ 19. Activo
- ____ 20. Temeroso, con miedo

13.- OTROS DATOS MEDICOS**DOLORIMETRIA A LA PRESION:****ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)**

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad de del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea

Sin dolor _____ Máximo dolor

