

Título reducido: PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN FIBROMIALGIA

Catastrofización y Aceptación: Correlación de Constructos Psicológicos con la
Percepción del Dolor en pacientes con Fibromialgia.

María Jiménez López

Universidad de Zaragoza

Resumen

La aceptación y el catastrofismo se perfilan como dos de las variables que mayor relación tienen con la intensidad con la que los enfermos de fibromialgia experimentan su síntoma principal: el dolor crónico. Con una muestra de sesenta y dos pacientes diagnosticados de fibromialgia, se llevaron a cabo análisis correlacionales de estos constructos psicológicos con la percepción de dolor a partir de los datos recogidos con los siguientes instrumentos: CPAQ, PCS, FIQ y EVA. Los resultados obtenidos muestran la existencia de correlación significativa entre ambos constructos y con la percepción del dolor, resultados que apuntan a un posible tratamiento para la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad.

Palabras clave: Aceptación, Catastrofismo, Fibromialgia, Estudio Correlacional.

Abstract

Acceptance and catastrophism are among the two variables that are most closely related to the intensity with which patients with fibromyalgia experience their main symptom: chronic pain. Correlational analyzes of such psychological constructs coupled with measures of the perception of pain were conducted with a sample of sixty-two patients diagnosed with fibromyalgia. The data were collected with the following instruments: CPAQ, PCS, FIQ and EVA. Our results yield a significant correlation between the two constructs and pain perception, giving support to a possible treatment for improving the quality of life of people suffering from this disease.

Keywords: Acceptance, Catastrophism, Fibromyalgia and Correlational-Study.

Catastrofización y Aceptación: Correlación de Constructos Psicológicos con la Percepción del Dolor en pacientes con Fibromialgia.

La fibromialgia fue identificada por primera vez en 1904 por Sir William Gowers, quien la denominó *fibrositis* y describió un cuadro de reumatismo muscular con zonas dolorosas a la presión, sensación de fatiga y trastornos del sueño. En 1975, el doctor Hench utilizó por primera vez el término *fibromialgia* para referirse a los fenómenos dolorosos musculares sin inflamación (ver García-Campayo y Pascual, 2006).

La fibromialgia es una enfermedad crónica, de origen actualmente desconocido, que se caracteriza por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado asociado a una serie de puntos dolorosos específicos que ayudan a su diagnóstico. Con frecuencia se asocia con aumento del cansancio, alteraciones del sueño y rigidez matutina. Habitualmente, cursa con alteraciones del estado del ánimo (ansiedad y depresión), cefaleas, problemas con la menstruación, dolor temporomandibular y síndrome del intestino irritable. Esta enfermedad afecta a las esferas biológica, social y psicológica del paciente, llegando incluso a provocar la invalidez en determinados casos (García-Campayo y Pascual, 2006).

Esta enfermedad es uno de los principales problemas sanitarios a los que se enfrentan los países occidentales, debido a su elevada prevalencia, baja calidad de vida de los enfermos afectados e importante consumo de recursos de salud que produce. La frecuencia de esta enfermedad se sitúa entorno al 2-3% de la población (Worfe y cols., 1990), por lo que se estima que en España el número de afectados oscile entre 800.000 y 1.200.000 individuos. La edad de aparición más frecuente se encuentra entre los 30 y 50 años. Existe un claro predominio en el sexo femenino, con una proporción de 7 a 1 (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Burriel, 2009).

Son muchos los síntomas y las molestias que produce la fibromialgia pero el predominante es el dolor generalizado, es decir, que se extiende a ambos lados del cuerpo y por encima y por debajo de la cintura. Existen distintas circunstancias que lo incrementan como el frío, situaciones de estrés, alteraciones del estado del ánimo o aumento excesivo de ejercicio físico (García-Campayo y Rodero, 2006).

Antiguamente, se creía que el dolor crónico era proporcional al tamaño de la lesión (cuanto más grande era la herida, más dolor se sentía). Sin embargo, desde hace unos años, tras la observación de diversos fenómenos como el dolor del miembro fantasma, el efecto analgésico del placebo y la influencia del contexto en la respuesta

dolorosa, se observó que esto no siempre era cierto. Para responder a los interrogantes surgidos, a mediados de la década de 1950 surgió la teoría de la puerta de control (Melzack y Wall, 1982). Según esta teoría, la experiencia dolorosa está compuesta por tres dimensiones:

- Dimensión física sensorial. Tiene como función transmitir la estimulación nociceptiva (aspectos sensoriales y perceptivos del dolor: intensidad, localización, duración).

- Dimensión motivacional o afectiva. Supone la categorización del dolor como desgradable o agradable, teniendo en cuenta las emociones y las motivaciones que produce.

- Dimensión cognitiva o evaluativa del dolor. La interpretación del dolor según los aspectos atencionales, basada en las experiencias anteriores (contexto sociocultural, pensamientos y creencias asociados al dolor).

Conociendo el funcionamiento del dolor será mucho más sencillo buscar estrategias que puedan ayudar a manejar este síntoma. Para ello, se toman en consideración dos constructos psicológicos que, a falta de futuros estudios, parecen influir en gran medida en la percepción del dolor crónico: el catastrofismo y la aceptación.

El *catastrofismo* es un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que consiste en tener pensamientos excesivamente negativos sobre el futuro y que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor diagnóstico ante cualquier tratamiento. El catastrofismo está relacionado con ciertas variables (Vowles, McCracken y Eccleston, 2007):

- Mayor intensidad del dolor: esa asociación persiste incluso después de controlar el nivel de depresión, ansiedad o neuroticismo.
- Mayor sensibilidad al dolor: el catastrofismo muestra una asociación positiva con el número de puntos “gatillo” (zonas específicas del cuerpo en las cuales existe una disminución del umbral del dolor) en la fibromialgia.
- Mayor incapacidad, reflejada tanto con autorregistros como con indicadores objetivos como la reincorporación laboral: se ha demostrado que el

catastrofismo predice la incapacidad incluso después de haber controlado la intensidad del dolor.

- Depresión: se ha documentado una asociación positiva entre el catastrofismo y los síntomas depresivos en fibromialgia. Los sujetos con mayores niveles de catastrofismo son los que presentan mayor riesgo de suicidio.

Los mecanismos mediante los que actúa el catastrofismo son (Edwards, Haythorn y cols., 2004):

- Estilo de afrontamiento: los individuos catastrofistas usan menos estrategias activas de afrontamiento (p. ej., la distracción, la relajación, etc.) y mayor pasividad ante el temor de futuros dolores y menor número de conductas saludables como el ejercicio.
- Incremento en la atención al dolor: un alto nivel de catastrofismo conduciría a los individuos a atender de una manera más selectiva e intensa a los estímulos relacionados con el dolor.
- Amplificación del procesamiento del dolor en el sistema nervioso central: los sujetos catastrofistas muestran mayor actividad en las regiones responsables del procesamiento afectivo del dolor (cortex del cíngulo anterior y cortex insular), durante la experiencia de un dolor agudo.

Pasemos ahora a la aceptación, uno de los constructos que más se están investigando en psicología en los últimos años, que entendemos como un dominio conductual con dos componentes (García-Campayo y Rodero, 2009):

- Realización de “mis” actividades cotidianas a pesar de estar sufriendo dolor.
- Reconocimiento de que las estrategias basadas en la evitación y el control son frecuentemente ineficaces en el campo del dolor.

Se define la aceptación desde el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (fundada inicialmente por S. Hayes), el cual implica promover en el individuo el desarrollo de las habilidades que tiene como eje central la actuación en direcciones valiosas desde la responsabilidad personal (Hayes, 1999). Implica tener contacto con experiencias desagradables o dolorosas sin que ello influya en nuestra conducta, particularmente conseguir los objetivos importantes en la vida. En el dolor crónico significa que, incluso cuando las sensaciones sean intensas, no necesitamos ignorarlas, eliminarlas o controlarlas para que podamos llevar a cabo una vida plena.

Se han llevado a cabo estudios de aceptación del dolor en diversas patologías, incluida la fibromialgia. Los resultados indican que las personas con mayor aceptación del dolor refieren menos dolor, ansiedad y depresión, menor discapacidad, mayor nivel de actividad y mejor estatus laboral. Además, el nivel de aceptación no está en función del dolor, es decir, las personas no presentaban más aceptación porque tuvieran menos dolor. Por último, la aceptación es una variable que se relaciona con una mejor adaptación a la respuesta del dolor, sin importar las influencias que pudieran tener variables como la depresión, la intensidad del dolor o la ansiedad (Kratz, Davis y Zautra, 2007).

Tanto el catastrofismo como la aceptación se consideran constructos cognitivos determinantes para pronosticar la evolución del paciente con dolor crónico en general y con fibromialgia en particular, dado que son dos robustos mediadores en donde ninguno parece prevalecer sobre el otro. Sin embargo, centrarse en el constructo de la aceptación de cara al tratamiento contribuye a reducir el catastrofismo significativamente y a obtener unos resultados positivos en pacientes con dolor crónico (García-Campayo y Rodero, 2011).

Actualmente, se desconoce si estos constructos psicológicos correlacionan entre sí o si incluso existe la posibilidad de que se solapen. Por ello, el objetivo de este estudio es conocer si existe correlación entre ambos, y de qué tipo. En principio se parte de la hipótesis de que se encuentran inversamente relacionados: a un mayor nivel de aceptación, menor nivel de catastrofización y viceversa. Complementariamente, otra de las hipótesis planteadas se basa en qué medida estos constructos correlacionan con la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia. Por ello, se estima que los pacientes con mayores niveles de aceptación, y por lo tanto menor en catastrofización, percibirán menos dolor que aquellos que tengan mayores niveles en catastrofización y menores en aceptación. También se tendrán en cuenta algunas variables sociodemográficas como la edad, el nivel de estudios y la situación laboral. El objetivo de recoger estos datos reside en conocer el impacto de la enfermedad en los aspectos funcionales de la vida de los pacientes, y conocer si existe correlación entre el nivel de estudios y nuestras variables cognitivas, partiendo de la hipótesis de que un mayor nivel de estudios dará lugar a un mejor procesamiento cognitivo, lo que permitiría a los pacientes tener una percepción menos negativa del dolor que aquellos que tengan menos estudios.

En definitiva, dado el relativo desconocimiento actual de la fibromialgia, se realiza el siguiente estudio con la esperanza de conocer de qué forma los aspectos cognitivos influyen sobre el dolor, síntoma central de la enfermedad. De este modo se espera contribuir a que un futuro cercano sea posible la creación de un tratamiento psicológico específico para que los pacientes que sufren de dolor crónico, especialmente fibromialgia, puedan solventar problemas de tipo social y personal que no les permiten realizar una vida normal.

Método

Participantes

Los participantes fueron 62 pacientes diagnosticados de Fibromialgia y reclutados en atención primaria del C.S Torrero/La Paz de Zaragoza. Se observa el predominio de mujeres (93,5%) frente a hombres (6,5%). El rango de edad fue desde los 33 hasta los 66 años con una media de 50 años. Alrededor de un 45,2% de los participantes tenían el graduado escolar mientras que un 3,2% no tenía estudios. El resto tenían estudios secundarios y superiores. Y finalmente, en cuanto a la situación laboral cabe a resaltar que un 16,1% y un 17,7% estaban, respectivamente, de baja e incapacitados.

Los participantes del estudio cumplían los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión: 1.- Edad: 18-65 años. 2.- Suspensión del tratamiento farmacológico 7 días antes. 3.-Que otorguen consentimiento informado. Criterios de exclusión: 1.- Edad <18 años o >65 años. 2.- Enfermedad médica o psiquiátrica u otras características que impidan exploración psicológica.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio para medir las variables psicológicas fueron los siguientes:

- Cuestionario de Aceptación del Dolor (CPAQ): cuestionario auto-administrable con 20 ítems. Cada ítem se puntúa de 0 (nunca es verdad) a 6 (siempre es así). La máxima puntuación total posible es de 120. Cuanto mayor sea la puntuación, indica mayor aceptación. Validación de la versión española por Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., López, Y., Serrano, A. y Luciano, J. (2010).

- Escala de catastrofización (PCS): cuestionario auto-administrado de 13 ítems que evalúa tres dimensiones: la rumiación, la magnificación y la indefensión. Cada ítem se puntuá de 0 (nada) a 4 (siempre), y las puntuaciones totales van de 0 a 52. Tiene buena estabilidad temporal, consistencia interna y validez (Sullivan y Bishopand, 1995). Validación de la versión española por García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008).
- Cuestionario Impacto Fibromialgia (FIQ): cuestionario de 10 ítems con la función de medir el estado de salud de los pacientes con fibromialgia. El rango de puntuación total esta entre 0 y 80, donde una puntuación alta indica un impacto negativo (Burckhardt, Clark y Bennet, 1991). Validación de la versión española por González-Álvarez, B., Rodríguez de la Serna, A. y Alegre de Miguel, C. (1999).
- Escala visual analógica para el dolor (EVA): diseñada para realizar una evaluación subjetiva minuciosa y comprensible del dolor. La escala analógica visual es generalmente una línea horizontal de 10 cm, con líneas perpendiculares a los bordes, que se definen como los límites extremos de la experiencia del dolor. Los puntos extremos contienen expresiones verbales como "No hay dolor" (acompañado por el número "0") en un extremo y "Máximo dolor jamás experimentado" (acompañado por el número "100") en el otro extremo (Huskisson, 1983).

Procedimiento

El tipo de diseño utilizado en este estudio es correlacional de medidas repetidas y longitudinal de seguimiento a un año. Las variables estudiadas (catastrofización, aceptación y percepción del dolor) fueron medidas con las pruebas psicométricas nombradas en el apartado de instrumentos. Las variables demográficas fueron recogidas mediante un cuestionario en el que los participantes tenían que elegir entre varias opciones cual se asemejaba más a su situación. También se incluyó una variable denominada impacto de la enfermedad, para corroborar que las variables aceptación y catastrofización correlacionan con la enfermedad.

Se fue citando a los pacientes en la unidad de atención primaria del Centro de Salud El Arrabal para realizar entrevistas individualizadas. En primer lugar se pedía que

rellenaran los datos demográficos de interés y a continuación se les administraban los cuestionarios que median los constructos psicológicos. Aunque estos cuestionarios eran autoadministrables, los investigadores estaban en todo momento presentes por si los participantes tenían alguna duda e incluso en algunas ocasiones eran ellos los que leían los ítems a los participantes para hacerles la tarea más sencilla. Justo un año después, otros investigadores volvían a realizar la entrevista a los participantes. El procedimiento fue idéntico que el de la primera entrevista, solo varió el entrevistador, que sería diferente del de la primera toma.

El estudio fue longitudinal por dos razones: una fue estudiar la correlación y los posibles solapamientos entre los constructos, y otra ver cómo éstos predicen a un año de seguimiento las variables percepción del dolor e impacto de la enfermedad.

Para asegurarnos de que no había diferencias significativas entre las dos medidas de cada constructo, se realizó una prueba t en cada uno de ellos. Los resultados obtenidos de las pruebas (Anexo I) muestran que no se dan estas diferencias entre las medidas en ninguno de los cuatro constructos. Por este motivo, se agregaron los datos de las escalas obtenidos en las dos medidas calculando el promedio para realizar los análisis correspondientes.

Resultados

En primer lugar, se realiza una correlación entre las variables cognitivas (Tabla 1). Los resultados muestran que existe correlación significativa entre todas las variables. Se da una alta correlación entre Catastrofismo y Aceptación. También la hay entre estas dos variables y la percepción del dolor, teniendo el Catastrofismo una correlación más significativa que la Aceptación.

Tabla 1. Correlaciones variables cognitivas.

		Media Catastrofismo	Media Aceptación	Media FIQ	Media EVA
Media Catastrofismo	Pearson Correlation	1	-,617**	,424**	,389**
	Sig. (2-tailed)		,000	,001	,002
	N	62	62	62	62
Media Aceptación	Pearson Correlation	-,617**	1	-,414**	-,285*
	Sig. (2-tailed)	,000		,001	,025
	N	62	62	62	62
Media FIQ	Pearson Correlation	,424**	-,414**	1	,645**
	Sig. (2-tailed)	,001	,001		,000
	N	62	62	62	62
Media EVA	Pearson Correlation	,389**	-,285*	,645**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	,025	,000	
	N	62	62	62	62

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Se realizó un nuevo análisis correlacional ahora entre las variables cognitivas y las sociodemográficas. Los resultados (Tabla 2) muestra que las correlaciones no son significativas excepto entre el impacto de la enfermedad y la situación laboral, que correlacionan negativamente, y el catastrofismo y la edad, también negativamente.

Tabla 2. Correlación de las variables cognitivas con las variables sociodemográficas.

		edad de la paciente	Nivel de estudios	Dicotomización situación laboral
Media Catastrofismo	Pearson Correlation	-,258*	-,056	-,100
	Sig. (2-tailed)	,043	,664	,440
	N	62	62	62
Media Aceptación	Pearson Correlation	,057	,035	,136
	Sig. (2-tailed)	,662	,788	,292
	N	62	62	62
Media FIQ	Pearson Correlation	-,245	-,203	-,290*
	Sig. (2-tailed)	,055	,113	,022
	N	62	62	62
Media EVA	Pearson Correlation	-,234	-,209	-,051
	Sig. (2-tailed)	,067	,104	,696
	N	62	62	62

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tras la realización de las correlaciones bivariadas, se procede a realizar un análisis mas exhaustivo con correlaciones parciales.

Las tablas 3 y 4 muestran los resultados de las correlaciones entre las variables catastrofización y aceptación con la percepción del dolor controlando las variables sociodemográficas. Se dan diferencias respecto al nivel de significación sin embargo el coeficiente de correlación apenas varía en el caso de la variable catastrofismo. Sin embargo, en el caso de la aceptación, no se encuentran diferencias respecto a la correlación bivariada presentada en la Tabla 1.

Tabla 3. Correlación parcial Catastrofismo y Percepción del Dolor controlando las variables sociodemográficas.

Control Variables	Media Catastrofismo	Correlation	Media Catastrofismo	Media EVA
edad de la paciente & Nivel de estudios & Dicotomización situación laboral	Media Catastrofismo	Correlation	1,000	,322
		Significance (2-tailed)	.	,013
		df	0	57
	Media EVA	Correlation	,322	1,000
		Significance (2-tailed)	,013	.
		df	57	0

Tabla 4. Correlación parcial Aceptación y Percepción del Dolor controlando las variables sociodemográficas.

Control Variables	Media Aceptación	Media EVA
edad de la paciente & Nivel de estudios & Dicotomización situación laboral	Media Aceptación Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 . . 0 57
	Media EVA Correlation Significance (2-tailed) df	-,271 ,038 57 0

Finalmente, se llevaron a cabo otras dos correlaciones parciales. En la tabla 5 se realiza un análisis correlacional entre catastrofismo y percepción del dolor controlando la variable aceptación y en la tabla 6 se lleva a cabo el mismo análisis controlando en este caso la variable catastrofismo y se realiza la correlación entre aceptación y percepción del dolor. En la tabla 5 observamos diferencias en cuanto al nivel de significación y una notable disminución del coeficiente de correlación entre catastrofismo y percepción del dolor cuando se controla la variable aceptación. Y finalmente, en la tabla 6 observamos una gran diferencia tanto a nivel de significación como en el coeficiente de correlación entre aceptación y percepción del dolor cuando se controla la variable catastrofismo.

Tabla 5. Correlación parcial Catastrofismo y Percepción del Dolor controlando la variable Aceptación.

Control Variables	Media Catastrofismo	Media EVA
Media Aceptación	Media Catastrofismo Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 . . 0 59
	Media EVA Correlation Significance (2-tailed) df	,283 ,027 59 0

Tabla 6. Correlación parcial Aceptación y Percepción del Dolor controlando la variable Catastrofismo.

Control Variables			Media Aceptación	Media EVA
Media Catastrofismo	Media Aceptación	Correlation	1,000	-,062
		Significance (2-tailed)	.	,637
		df	0	59
	Media EVA	Correlation	-,062	1,000
		Significance (2-tailed)	,637	.
		df	59	0

Discusión

La presente investigación estudió de qué forma correlacionaban dos constructos psicológicos, aceptación y catastrofización, ante la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia.

Los resultados obtenidos muestran que se cumplen una de nuestras hipótesis. Como se puede observar en la Tabla 1, catastrofismo y aceptación tienen una correlación negativa bastante alta con un nivel de significación que nos permite aceptar la hipótesis como cierta ($r = -.617$; $p > 0,01$). Respecto a la percepción del dolor, se puede observar que existe correlación significativa de los dos constructos con ésta, tal y como se exponía en la otra hipótesis planteada, sin embargo, se aprecian diferencias. Mientras que el catastrofismo tiene una alta correlación positiva con las puntuaciones obtenidas en la escala de percepción del dolor y significativa ($r = .389$; $p > 0,01$), la aceptación parece no correlacionar tanto como en un principio se creía ni ser tan significativa ($r = -.285$; $p > 0,05$). Por ello, cabe a destacar a la catastrofización como aspecto cognitivo más relevante que la aceptación en cuanto a percepción del dolor. Los resultados de correlación con los datos obtenidos del FIQ, sustentan la gran influencia que tienen estos factores cognitivos sobre el impacto de la fibromialgia en la vida de los pacientes [Aceptación ($r = -.414$; $p > 0,01$) y Catastrofización ($r = .424$; $p > 0,01$)].

Respecto a las correlaciones parciales controlando las variables sociodemográficas, destacar que la correlación entre aceptación y percepción del dolor no varía significativamente respecto a la correlación bivariada realizada. Sin embargo, si que se muestran diferencias respecto al nivel de significación entre la correlación de catastrofismo y percepción del dolor, lo que nos indica que los niveles de estas

variables cambian en base a los niveles de las variables edad, nivel de estudios y situación laboral. Este resultado se complementa con la correlación significativa entre edad y catastrofismo que se muestran en la tabla 2 con el análisis de la correlación bivariada.

Finalmente, mediante las correlaciones parciales controlando las variables cognitivas, se observan resultados diferentes a los obtenidos con las correlaciones bivariadas. En los dos casos se ven alterados tanto los datos de nivel de significación y coeficiente de correlación, pero la diferencia más notable la encontramos en la correlación entre aceptación y percepción del dolor cuando se controla la catastrofización. Es decir, que los niveles de ambas cambian en base de los niveles de la otra variable y que esta variabilidad es principalmente importante en el caso de los niveles de aceptación cuando también se da en los de catastrofización, lo que nos indica como ya hemos destacado anteriormente, que la influencia del catastrofismo es mayor sobre la aceptación y que también tiene mayor correlación con la percepción del dolor que la variable aceptación.

Conclusiones

La realización de este estudio se llevó a cabo para conocer de que manera algunos constructos psicológicos, y en menor medida variables sociodemográficas, influían sobre la percepción del dolor de para poder conocer aspectos de la enfermedad que nos den la posibilidad de ayudarlos reduciendo el principal síntoma, dolor crónico, como primera medida de tratamiento mientras se llevan a cabo más investigaciones.

Los resultados obtenidos arrojan un poco de luz sobre como trabajar con estos pacientes para ayudarles a aliviar su dolor. Sabiendo que estos aspectos cognitivos tienen una fuerte relación con su síntoma principal, quizá el que más les influye a la hora de llevar una vida normal, se puede probar la eficacia de distintas terapias que trabajen sobre estos constructos psicológicos como pueden ser las terapias de tercera generación, las cuales se diferencian de las anteriores en la inclusión del concepto de la aceptación como una de las claves centrales para llegar a disfrutar de una “vida plena”.

También se observa en los resultados que existe relación significativa de ambos con el impacto en la vida de estos pacientes. Estos resultados eran esperables ya que,

además de sufrir los síntomas propios de la enfermedad, las personas que la padecen se tienen que enfrentar con otras adversidades debido al gran desconocimiento por parte tanto de los médicos como de la sociedad en general de la fibromialgia. El dolor físico que experimentan les impide realizar ciertas actividades que impiden que tengan un entorno social rico. A parte de las limitaciones físicas, encontramos la incomprendión por parte del entorno del enfermo, sobretodo en el trabajo al ser normalmente calificados como vagos y mentirosos. Todo ello, conlleva a que el enfermo de fibromialgia se sienta deprimido por la soledad y la incomprendión del mundo que le rodea. Por ello, si en futuras investigaciones se logrará probar la eficacia del tratamiento psicológico trabajando con estos constructos, sería un gran avance para la ciencia en cuanto al conocimiento de la enfermedad se refiere y también a la hora de diagnosticar la enfermedad. Hay una gran prevalencia en la población de la misma, pero quizás estos datos no puedan ser del todo fiables en cuanto que puedan existir bastantes más casos de los diagnosticados debido a la poca información que se tiene sobre la fibromialgia.

La Aceptación y la Catastrofización han sido los elegidos como factores principales para este estudio ya que se perfilan como dos de los aspectos fundamentales o más influyentes a la hora de tener una vida más satisfactoria. Por ello, se recomienda seguir investigando en el futuro más específicamente la relación existente de estos y otros constructos cognitivos para conocer con mayor precisión que papel cursan dentro de la enfermedad.

Resumiendo, tratando los aspectos cognitivos con tratamiento psicológicos que se centren en aumentar la aceptación de la enfermedad y en disminuir el catastrofismo asociado a ésta, se lograría un descenso en el dolor percibido del paciente, lo que le permitiría llevar a cabo más actividades en su vida diaria que realizaría si no existiera ese dolor que se lo impide y por tanto la salud mejoraría. Con los resultados obtenidos, podemos decir que desde el campo de la psicología es posible la implantación de un tratamiento de cara a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Este tratamiento estaría centrado en trabajar la aceptación y el catastrofismo con el objetivo de lograr por un lado: disminuir la intensidad del dolor, menor sensibilidad al dolor, menor incapacitación del paciente y prevenir la depresión y posibles suicidios, mejorar las estrategias de afrontamiento y disminuir lo máximo posible la atención en el dolor, y por otro lado, ayudar a los pacientes que sufren

Catastrofización y Aceptación

fibromialgia a que centren su atención y enfoquen todas sus energías en todo aquello que esta regido por sus valores y que tengan una vida lo mas satisfactoria dentro de sus posibilidades sin que sean ellos mismos, y no la enfermedad en sí, los que se ponen barreras para tener una vida plena.

Referencias

- García-Campayo, J., y Pascual López, A. (2006). *Aprender a vivir con fibromialgia*. Barcelona: Edikamed.
- García-Campayo, J. (2008). *Psiquiatría y psicología diferencial de la mujer*. Madrid: Edikamed.
- García-Campayo, J., y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología Clínica*, 5 (52), 9-11.
- García-Campayo, J., Serrano, A., Rodero, B., Magallón, R., Alda, M., Andrés, E., Luciano, J., y López , Y. (2009).Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*, 10 (1):24.
- García-Campayo, J., y Rodero, B. (2011). La catastrofización ante el dolor en fibromialgia. *Jano*, 00, 59-61.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., López, Y., Serrano, A., y Luciano, J. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8: 37.
- Morais, S.C. *Catastrofización y Dolor Crónico*. Acta del XXVIII Encuentro del Grupo Portugués de Psiquiatría Consiliar/Ligaçao e Psicossomática. Mayo 2010: Viseu (Portugal).
- Gracia Blanco, M., Marcó Arbonés, M., y Ruiz Martín, J. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y modificación de conducta*, 27(116), 959-980.

Agradecimientos

María Jiménez López, Facultad Ciencias Sociales y Humanas (Grado de Psicología), Universidad de Zaragoza, Campus de Teruel.

Como autora de este Trabajo Fin de Grado quiero hacer constar que los datos recogidos en este informe forman parte de la investigación que tiene como título *Análisis de la correlación y la validez predictiva de los constructos psicológicos relacionados con el dolor en pacientes con fibromialgia*, cuyo investigador principal es Javier García Campayo.

Desde aquí muestro mis agradecimientos por dejarme participar en este estudio y permitirme utilizar los datos de su investigación para poder realizar mi Trabajo Fin de Grado.

ANEXO I: PRUEBAS T

Tabla A. Prueba t medidas variable Catastrofización

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 CATAST & S_CATAST	62	,695	,000

Tabla B. Prueba t medidas variable Aceptación

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 CPAQ__TOTAL & S_CPAQ__TOTAL	62	,899	,000

Tabla C. Prueba t medidas variable Impacto de la Enfermedad

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Puntuación en el FIQ & S_FIQ_TOTAL_	62	,638	,000

Tabla D. Prueba t medidas variable Percepción del dolor

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 eva_dolor_basal (wh) & EVA_dolor	62	,311	,014

1.- 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 cierta	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

15. Cuando aumenta el dolor, puedo seguir ocupándome de mis responsabilidades
16. Podría controlar mejor mi vida si pudiera controlar mis pensamientos negativos sobre el dolor
17. Evito enfrentarme a situaciones en las que el dolor pudiera aumentar
18. Mis preocupaciones y miedos sobre lo que el dolor puede hacerme son auténticos
19. Es un alivio darse cuenta de que no tengo por qué cambiar el dolor para seguir con mi vida
20. Cuando tengo dolores, me cuesta mucho hacer cosas

Puntuación:

Disposición para las actividades = Sume los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19.

Aceptación del dolor = Invierta las puntuaciones de los ítems 4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20 y súmelas.

Total Disposición para las actividades:

Total Aceptación del dolor:

Total



2.- ESCALA DE CATASTROFIZACIÓN

Nombre:

Edad: Género: Fecha:

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



APELLOS:

NOMBRE:

FECHA:

3.- 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 y los cacharros de la cocina 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?

sin	<input type="text"/>	máxima									
dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

sin	<input type="text"/>	dolor									
dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

nada	<input type="text"/>	muy									
cansada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

<input type="text"/>	muy										
descansada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

nada	<input type="text"/>	muy									
rigida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

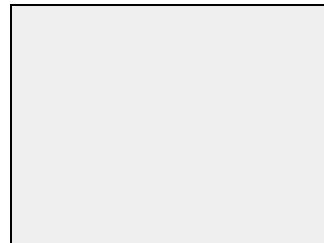
9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

nada	<input type="text"/>	muy									
nerviosa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

<input type="text"/>	muy										
deprimida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

