

Carmen ALÓS CHAMORRO

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN FIBROMIALGIA

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Dr. José María SÁNCHEZ GARCÍA

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado

2015

Debemos aceptar la decepción finita, pero nunca debemos perder la esperanza infinita.-

MARTIN LUTHER KING

Resumen

La fibromialgia es un síndrome que afecta a un gran porcentaje de la sociedad. Sin embargo, debido a su desconocido origen no está del todo aceptado a pesar de ser una de las enfermedades que avala el American College of Reumatology y la OMS. Su sintomatología está bien definida pero aun así las personas que lo sufren deben lidiar cada día con la incompreensión de los demás. Es por ello que los retos que se deben establecer a partir de ahora deben focalizarse en ir mejorando cada vez más los tratamientos aceptados para esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Resum

La fibromialgia és una síndrome que afecta a un gran percentatge de la societat. De totes maneres, a causa del al seu desconegut origen no està del tot acceptat tot i que és una de les malalties que avala el American College of Reumatology i la OMS. La seva simptomatologia està ben definida però tot i això les persones que ho pateixen han de lidiar cada dia amb la falta de comprensió de la gent. Es per això que els reptes que es deuen establir a partir d'ara seran anar millorant cada vegada més els tractaments acceptats per aquesta malaltia i millorar la qualitat de vida de les persones que la pateixen.

Abstract

Fibromyalgia is a syndrome affecting a high percentage of our society. However, its origin remains unknown, and this leads to a lower acceptance, despite the fact that this syndrome is endorsed by the American College of Reumatology and the WHO. Its symptomatology is well defined, but despite this, people suffering this syndrome have to cope everyday with misunderstanding and skepticism. This is the reason why the upcoming challenges are to improve the accepted treatments and therapies, as well as the living conditions of people struggling with it.

Palabras claves / *Keywords*

Fibromialgia – Terapia cognitivo conductual – Puntos gatillo – Impacto – Dolor crónico
– Tratamiento – Psicología

Sumario

Introducción	9
1. ¿Qué es la Fibromialgia?	11
1.1 Definición y epidemiología	11
1.2 Sintomatología.....	12
1.3 Etiología	15
1.4 Investigaciones actuales	17
2. El impacto de la Fibromialgia	17
2.1 Estado de salud del paciente	18
2.2 Ámbito familiar.....	19
2.3 Ámbito laboral.....	20
2.4 Sistema sanitario	21
3. Evaluación y diagnóstico	22
3.1 Anamnesis.....	22
3.2 Exploración física	23
3.3 Criterios diagnósticos	24
3.4 Diagnóstico diferencial	25
4. Tratamiento.....	28
4.1 Tratamiento farmacológico.....	29
4.2 Ejercicio físico.....	31
4.3 Terapias alternativas	32
4.4 Tratamiento psicológico	32
5. Tratamiento Cognitivo Conductual en un caso de fibromialgia	37
5.1 Objetivos.....	37
5.2 Metodología	38
5.3 Aspectos espacio temporales de la terapia	38
5.4 Desarrollo de las sesiones	41
Conclusión.....	59
Bibliografía.....	61
Anexos	67

Introducción

Vivimos en una sociedad en la que todo lo que es válido es aquello que tiene una razón lógica, aceptable por nuestros cánones de comportamiento. La fibromialgia es un síndrome que no tiene un origen claro. Pero la fibromialgia, es tan real como el sufrimiento de quien la padece. Por desgracia la información de la que disponemos para hablar de fibromialgia no es clara en su totalidad. Este síndrome es para los pacientes una enfermedad invisible porque, a parte de sufrir los síntomas del síndrome, sienten que nadie les comprende.

Este trabajo tiene como finalidad conocer qué significa la fibromialgia y cómo puede tratarse desde un perspectiva psicológica. Los objetivos abarcan diversos aspectos como el saber qué es la fibromialgia, cómo afecta a la persona, al entorno y a la sociedad. También estudia qué tratamientos existen y si son eficaces, y, en concreto, si la terapia psicológica aporta buenos resultados. Para ello se realizará una revisión bibliográfica y se propondrá un modelo de tratamiento psicológico. En este caso, el método que se ha utilizado es el tratamiento cognitivo conductual (TCC) aplicado de manera grupal e individual.

La hipótesis del trabajo parte de la base de que hay tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento de la fibromialgia y que la TCC es la que mejores resultados ofrece. El trabajo está estructurado en capítulos comenzando por definir qué es la fibromialgia partiendo de definiciones, síntomas, prevalencias e investigaciones actuales sobre su etiología. El segundo punto a tratar será cómo afecta la fibromialgia al paciente, a las personas de su entorno y al sistema sanitario. En tercer lugar se explicará en qué consiste la evaluación y diagnóstico de la fibromialgia para después pasar a explicar los tratamientos que se están implantando actualmente. Para concluir se expondrá un modelo de terapia psicológica para pacientes que sufren este síndrome.

Antes de comenzar el trabajo me gustaría agradecer al profesor Mugiel A. Vallejo Pareja, Catedrático de la UNED y a Laura Serrano, ex alumna del Instituto ISEP por

haberme proporcionado dos modelos de terapia psicológica en fibromialgia que he utilizado como base de la terapia.

1. ¿Qué es la Fibromialgia?

1.1. Definición y epidemiología

En el año 1992 el síndrome de fibromialgia (FM) fue reconocido como una entidad clínica e incluido en la CIE-10 en el apartado de *reumatismos de partes blandas*. No obstante, investigaciones científicas recientes afirman que la FM sobrepasa la línea de estos reumatismos. En el *Consensus Document on Fibromyalgia* (1993; citado por García Sánchez et al., 2010) la FM se define como un “Estado de dolor generalizado no articular con afectación predominante de los músculos y exagerada sensibilidad en puntos predefinidos. Está asociado con sueño no reparador, rigidez y entumecimiento”. La FM fue aceptada por el *American College of Rheumatology* en 1990, el cual la define como un problema de salud muy común que provoca “dolor crónico unido a hipersensibilidad, fatiga y dificultades en el sueño” (Acín y Escartín, 2005; Carbonell et al., 2007).

Según Rivera et al. (2006), la FM está considerada la causa más común de dolor osteomuscular generalizado. Es un síndrome de carácter crónico y su diagnóstico resulta complicado y trae consigo mucha controversia. Además, dependiendo del grado de afectación que sufra el paciente puede ser un motivo de incapacidad laboral (Carbonell et al., 2007).

Por otro lado, tal y como plantea García Sánchez et al. (2010), existe el “*síndrome de fibromialgia primaria juvenil*” (SFPJ). Este síndrome se caracteriza por un dolor generalizado y poco claro que aparece en la niñez y en la adolescencia y se diagnostica mayormente en chicas adolescentes. Se observan síntomas muy similares al síndrome de FM en cuanto a problemas de sueño, dolor generalizado y fatiga se refiere. También incluye alteraciones del humor.

Estas clasificaciones surgen de la necesidad de identificar y poner nombre a un problema que sufre un importante número de personas en todo el mundo. A nivel de población general, se afirma que la FM afecta entre un 1-3% de la población general mayor de 18 años. Esta prevalencia tiende a aumentar con la edad siendo del 3,9% en mujeres entre 20-40 años, del 5,8% para mujeres entre 40-60 años y llegando hasta un

7% para mujeres entre 60-79 años (Castilla et al., 2007). Más concretamente en España, según el estudio llevado a cabo por Carmona et al. (2000), la FM afecta a un 2,37% de la población mayor de 20 años. Esto quiere decir que afecta a 945.686 personas en toda España, siendo el 4,2% mujeres y el 0,2% hombres, lo que supone una relación de 21:1. Este dato indica que España se encuentra dentro de la media de la población mundial.

El SFPJ se diagnostica con mayor frecuencia en adolescentes de entre 13 y 15 años y generalmente de raza blanca. Sobre todo se ha diagnosticado en EEUU. En 1996, se diagnosticaba al 2,1% de los pacientes de reumatología pediátrica y a lo largo de los años ha ido en aumento hasta el 7,65%. Otros estudios revelan una prevalencia de 7,5% en Finlandia y un 6,2% en Israel.

La FM es un síndrome que necesita un tratamiento multidisciplinario. Esto significa que el tratamiento ideal es en el que intervienen conjuntamente especialistas de diversas ramas de la medicina, psicología, fisioterapia etc. y éstos deben estar actualizados en cuanto a información y nuevas técnicas se refiere. Es necesario entender que la FM no es una enfermedad imaginaria; el dolor generalizado y los posibles síntomas añadidos son reales y los pacientes los padecen.

Tal y como plantea Martínez-Lavín (2012), una de las razones del por qué la FM es tan común en nuestros días, es el hecho de que la modernidad ha inmerso a la sociedad en un ambiente hostil. Las personas intentan adecuarse a esta situación forzando su sistema de adaptación (el sistema nervioso autónomo, SNA). En el caso de la FM, el SNA pierde *“elasticidad y se quiebra, apareciendo la enfermedad”*.

1.2. Sintomatología

Existen multitud de síntomas que se relacionan con el síndrome de FM. Sin embargo existen tres síntomas centrales que siempre se presentan, a saber: dolor generalizado, fatiga y problemas de sueño (Villanueva et al., 2004).

En lo referente al dolor, se define como generalizado, difuso y profundo (Villanueva et al., 2014). Es característica de este síndrome la existencia de unos puntos sensibles (hasta 18) situados en lugares específicos del cuerpo. Cuando se les pregunta, los pacientes afirman que “*les duele todo*” y que el dolor es “*insoportable*” y “*agotador*”. Es un dolor crónico y continuo que suele empeorar por las mañanas y va remitiendo a lo largo del día para volver a empeorar por la noche (Rivera et al., 2006). Además, tal y como plantea Villanueva et al (2014), este dolor empeora después de haber realizado ejercicio físico intenso, después de la exposición al frío o a estrés emocional, a la falta de sueño y las posturas mantenidas (Rivera et al., 2006). Las zonas donde el dolor es más nítido son la columna cervical y lumbar, los hombros y las caderas (Acín y Escartín, 2005). Este dolor puede ser un dolor neuropático o visceral (Giraldo, 2013). A veces, el dolor puede comenzar de manera generalizada y siguiendo una distribución no anatómica como el cuello o los hombros.

Tal y como plantea Carruthers et al., (2006) y Láinez (2012) se establece que el dolor tiene unas características específicas como la alodinia, hiperalgesia o artralgiyas difusas.

En segundo lugar se encuentra la fatiga (Láinez, 2012). El 80% de los pacientes con FM sufren de fatiga casi todo el día y puede llegar a ser invalidante (Giraldo, 2013). Esto puede deberse a un bajo uso de la glucosa por los músculos esqueléticos (Carruthers et al., 2006). Además, estas personas tienen una mala tolerancia al esfuerzo y los pacientes afirman que es “*como si se les hubiera agotado la energía*”. Tal y como plantea Giraldo (2013), es una fatiga física y emocionalmente agotadora. Esto supone que cualquier ejercicio físico que hagan les produce dolor y acaban por realizar menos esfuerzos. Tal y como plantea Rivera et al. (2006) y Giraldo (2013), la fatiga se puede dar como una *crisis de agotamiento* de uno o dos días o, como es más frecuente, de una forma continuada que mejoraría con el reposo (Acín y Escartín, 2005).

En tercer lugar, los problemas de sueño son sufridos por un 75% de los pacientes (Giraldo, 2013; Láinez, 2012). Los pacientes refieren un sueño “*poco reparador*” y afirmaciones como “*me levanto más cansado que me acuesto*”, con insomnio de fase I y II. Además, se han encontrado pacientes con bruxismo (Villanueva et al., 2004;

Carbonell et al., 2007). Esta interrupción en el sueño se explica por la “irrupción de ondas alfa sobre ondas delta” (Giraldo, 2013). Los pacientes con FM se duermen sin problemas pero sufren interrupciones a nivel de sueño profundo (o fase 4 no REM). Tal y como plantea Rivera et al. (2006), esta alteración del sueño puede aparecer antes del dolor. Además, muy frecuentemente se le unen otros síntomas como parestesias en brazos y piernas (Láinez, 2012; Bixquert, 2012), hipersensibilidad auditiva, rigidez (la cual sufren entre un 76 y un 84% de los enfermos de FM) (De Vicente, 2009), contracturas en grupos musculares y mareos, inestabilidad, hipersudoración o palpitaciones (Rivera et al., 2006; Láinez, 2012; Giraldo, 2013). Prados y Miró (2012) afirman que existe una relación entre las alteraciones del sueño y el malestar emocional (70%), al igual que existe también con problemas de concentración, memoria y atención (Láinez, 2012; De Vicente, 2009).

A parte de estos síntomas, se encuentra una amplia diversidad de otros síntomas que influyen en que el síndrome se genere y se mantenga. Se pueden dar hormigueos de forma difusa en las manos y pies, dolores de cabeza (aproximadamente del 50%), acúfenos (Láinez, 2012; Bixquert, 2012), sequedad en la boca y ojos a la vez que problemas de circulación en las manos y pies. También, según Bixquert (2012), pueden surgir síntomas como la dispepsia, flatulencia, estreñimiento o diarrea (del 30-60%), junto con dolor pélvico, vejiga irritable o hiperactiva y síndrome premestruo o dismenorrea (Villanueva et al., 2004). Por último, podría darse una intolerancia a múltiple fármacos (Villanueva et al., 2004).

En referencia a la FM que aparece en la juventud, Carruthers et al., (2006) refieren que los síntomas si bien son muy similares parece que cursan con mayor gravedad. Los síntomas cardinales influyen negativamente en lo referido a la escuela.

La FM es un síndrome que suele afectar a todas las esferas de la vida y la psicológica es una de ellas. En un estudio realizado por Miró et al., (2012) se llegó a la conclusión de que pacientes con FM mostraron una afectación significativamente superior que el grupo control en psicopatología y malestar emocional. A su vez, en un estudio se concluye que los varones con FM experimentan más malestar emocional que otros hombres con problemas de dolor por el “estigma” asociado a padecer una enfermedad

de “mujeres”. Según Pérez- Pareja et al. (2004), se han encontrado diferencias que sugieren que paciente con FM presentan un nivel de ansiedad-rasgo superior al grupo control.

Algunos autores proponen que las manifestaciones psicológicas son un posible desencadenante del síndrome (García Sánchez et al., 2010), mientras que otros afirman que es algo secundario al dolor crónico. Según el estudio llevado a cabo por Pérez-Pareja et al., (2004), se reveló que los síntomas depresivos puede preceder o acompañar a la FM pero no es un factor etiológico, sino más bien de comorbilidad o una consecuencia. Además, pueden ser agravantes del síndrome. Sin embargo, se necesita un estudio más profundo de estas variables para establecer una hipótesis bien contrastada.

La realidad es que estos pacientes suelen sufrir miedo e indefensión y al dolor (Capilla Ramírez et al, 2013) y pueden llegar a desarrollar algún trastorno emocional. La depresión y/o ansiedad pueden aparecer en un contexto en el que paciente sufre problemas de atención, con cogniciones relacionadas con sentirse un enfermo crónico, pensamiento catastrofista y baja autoeficacia. También se pueden encontrar síntomas afectivos como altos niveles de emocionalidad negativa, y de estrés percibido (Capilla Ramírez et al., 2013). El sueño no reparador también puede ser un síntoma o un desencadenante de síntomas depresivos que llevaría a entender la apatía, anhedonia y cambios bruscos del humor. Además de poder padecer ansiedad o depresión, según Villanueva et al. (2004), estos pacientes pueden llegar a sufrir trastornos de pánico o fobias simples.

1.3. Etiología

Todas las personas tienen un sistema de producción y otro de defensa contra el dolor. Estos sistemas son diferentes en cada individuo de manera que cada la percepción del dolor es distinta (Láinez, 2012).

Desde que se conoce la FM hasta el día de hoy existe mucha controversia acerca de su etiología. Se han descrito multitud de teorías pero ninguna lleva a convencer de su absoluta validez. Lo que si es cierto es que en los estudios experimentales de dolor

inducido se ha podido comprobar que estos pacientes tienen un umbral de dolor más bajo que el grupo control y se necesitan estímulos de poca intensidad para generarles la sensación de dolor (Láinez, 2012; Rivera et al., 2006). Esto, tal y como plantean Mioli y Merayo (2005) indica que existe una alteración en la modulación del dolor.

Partiendo de esta base contrastada, existen diversos caminos que tratan de explicar el origen de la FM. En primer lugar, se ha estudiado la existencia de investigaciones que apoyan la hipótesis de que una elevada actividad de la hormona corticotrópica estaría implicada en la FM (Villanueva et al., 2004). Por otro lado se habría descubierto una disminución de las concentraciones de serotonina (5HT), dopamina (DA) y noradrenalina (NA), encefalina y ácido gammaaminobutírico, y que éstos juegan un importante papel en la inhibición natural del dolor (Acín y Escartín, 2005; Rivera et al., 2006; Bixquert, 2012). También se habrían encontrado niveles deficientes de histamina y GABA (Villanueva et al., 2004), así como de la hormona de crecimiento (Villanueva et al., 2004; Giraldo, 2013).

A partir del 2006, estudios de Resonancia Magnética Dinámica del SNC mostraron una alta concentración de sustancia P en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (Bixquert, 2012; García Sánchez et al., 2010; Láinez, 2012). Tal y como explica Rivera et al. (2006), este *“péptido favorece la transmisión de los estímulos dolorosos porque facilita la estimulación de las vías dolorosas”*. Este hecho podría explicar la disminución del umbral doloroso y la aparición de la alodinia (García Sánchez et al. , 2010).

La segunda teoría haría referencia a un factor hereditario en la aparición de la FM (Villanueva et al., 2004). Tal y como plantea Rivera et al., (2006), el riesgo de padecer este síndrome en familiares de pacientes con FM es de un 8,5% más que en la población general. Además se ha evaluado los factores psicológicos y el estado de salud y son similares en sujetos con/sin FM de la misma familia (Rivera et al., 2006). Sin embargo, se considera que ésta no sería la causa principal (Villanueva et al., 2004).

Por último, es importante nombrar las investigaciones que se han centrado en factores biológicos. Muchos estudios han querido confirmar que algunos pacientes con FM refieren haber sufrido algún problema médico y estrés antes de padecer el síndrome

(García Sánchez et al., 2010). Moiola y Merayo (2005), habrían hallado pacientes con antecedentes de TEPT, o una infección vírica (García Sánchez et al., 2010).

1.4. Investigaciones actuales

A día de hoy las investigaciones se siguen centrando en encontrar una etiología clara para el síndrome y seguir mejorando en el tratamiento. Las diferentes investigaciones afirman por un lado, lo estudiado por Rice et al., (2013): el síndrome de FM podría deberse a una alteración en la temperatura corporal. Según este estudio, los pacientes con FM serían incapaces de mantener la temperatura corporal de forma constante. En otro sentido, el jefe de la Unidad de Medicina del Dolor el centro médico MEDS, el Dr. Bilbeny, afirma que se *“ha demostrado una disminución de la función del hipocampo en el sistema nervioso central de los pacientes con fibromialgia. El hipocampo juega un rol en la regulación del dolor, en la memoria y el aprendizaje y en disminuir la respuesta al estrés”*.

A su vez, se comienza a investigar acerca de la detección de anticuerpos en el organismo. Usando la técnica de láser en la superficie corporal con la que se mide en el dolor de manera cuantitativa se pueden ver *“qué partes del cerebro se estimulan cuando el paciente lo siente”* (García Campayo et al, 2005).

Por otro lado, se ha empezado a investigar más a fondo acerca de los síntomas psicológicos asociados a la FM diferenciando hombres y mujeres (Miró et al., 2012). Parece que la ansiedad va más asociada a mujeres con FM y que los hombres sufren mayor estigmatización.

2. Impacto de la Fibromialgia

La FM, como otras enfermedades crónicas, puede desencadenar diversos problemas a nivel personal y también en el entorno del paciente (alta frecuentación al sistema sanitario, bajas laborales) (García-Campayo et al., 2005). Para minimizar estas posibles complicaciones, es necesario un buen y temprano diagnóstico y una intervención adecuada (Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011). A su vez, tal y como plantea

García-Campayo et al. (2008), mantener a los pacientes informados sobre las causas de la enfermedad y las estrategias para reducir los síntomas es clave para reducir el impacto.

2.1. Estado de salud del paciente

La FM afecta significativamente en el estado de salud del paciente (Moioli y Merayo, 2005). Es una de las enfermedades reumáticas que más impacto produce en su calidad de vida (Rivera et al., 2006). Síntomas como la fatiga constante y los problemas del sueño van agravando los síntomas. Hay otros pacientes que sufren otras dolencias como el síndrome de piernas inquietas o el síndrome de colon irritable.

Si bien esto no se pone en duda, el impacto de la FM es distinto en cada persona. En relación a esto, Bixquert (2012) explica que cada paciente tiene unos síntomas predominantes y una variabilidad en sus ciclos de intensidad y duración. Si bien hay FM “poco graves” que permiten hacer vida más o menos normal con alguna discreta limitación, hay otras personas que sufren una FM “invalidante”, que les causa problemas de diversa índole (Carbonell et al., 2007; Bixquert, 2012).

Para entender el impacto que causa la FM en cada paciente es necesario saber que el impacto se produce a nivel físico, psicológico y de percepción de síntomas (Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011). Uno de los problemas que más afecta a los pacientes es el dolor, constante y generalizado. Los pacientes refieren que el dolor les hace “sentirse solos y asustados” y “no saber realmente para qué vivir”. Es por creencias como éstas que el papel del psicólogo es fundamental. Otro de los principales problemas es la dificultad y el tiempo que se tarda en diagnosticar. Esto produce en el paciente un sentimiento de frustración e impotencia y es necesario que una vez diagnosticado se explique que aunque no tiene una etiología clara, los síntomas son reales, sobre todo delante de la familia (Bixquert, 2012).

Como se ha explicado con anterioridad, tanto la depresión como el dolor crónico y las alteraciones de sueño se encuentran presentes en los pacientes con FM. Tal y como plantea Calandre et al., (2011), estos factores se encuentran relacionados directamente con las conductas suicidas. En su estudio, Calandre et al. (2011) concluyeron que de

los 180 pacientes encuestados, 30 pacientes reconocían haber realizado entre uno y tres intentos de suicidio y que la severidad de los síntomas puede ser un desencadenante más de estos intentos.

Por último, existen cuestionarios que pueden ofrecer información sobre cómo afecta la FM a la calidad de vida de la persona. En primer lugar, el más popular es el “*Fibromyalgia Impact Questionnaire*” FIQ y en España, recientemente se ha elaborado el ICAF, “*Índice combinado de afectación de enfermos con Fibromialgia*” que trata de evaluar dimensiones como el dolor, la fatiga, sueño, capacidad funcional y de afrontamiento, etc (Ver anexos I y II).

2.2. Ámbito familiar

El ámbito familiar es una esfera que hay que cuidar lo más posible. Son los más cercanos a la persona con FM y los que mejor pueden ayudar al paciente. El efecto que produce la FM en la vida familiar es negativo, y esto incluye las relaciones de pareja (Prados y Miró, 2012; Rivera et al., 2006; Díaz de Torres y López Rodríguez). Es necesario hacerles entender que es una enfermedad crónica con la que van a tener que aprender a vivir (Pascual López, 2011).

Una de las grandes causas de crisis en la familia, es el hecho de que haya algún familiar con una enfermedad crónica e incapacitante que necesite de ayuda (Cervantes, 2012). Las dificultades serán diferentes en función de qué miembro de la familia sufre la enfermedad. Lo primero que hay que tratar con la familia es la veracidad de los síntomas que sufre su familiar y darles la máxima información posible (Bixquert, 2012). Lo más habitual es que estos pacientes pasen por las manos de diferentes especialistas sin que les encuentren ninguna anomalía clara que puedan relacionar con alguna enfermedad (Rivera et al., 2006). Esto lleva a que los familiares duden de que los síntomas sean reales. De ahí la necesidad de información.

En este sentido, los trabajadores sociales y los psicólogos juegan un papel fundamental (Cervantes, 2012; Martín, 2012). Estos profesionales deben ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades para mejorar su calidad de vida y la de su familia. Las cargas familiares que surgen de la enfermedad, como la redistribución de tareas o de

roles en la familia junto con las posibles pérdidas económicas debido a la inactividad del paciente son puntos a tener en cuenta (Rivera et al., 2006; Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011). A su vez, deben dar respuesta a las necesidades que puedan surgir dentro de la familia y facilitar el diálogo entre sus diferentes miembros. Por otro lado, deben ofrecer toda la información y orientación necesaria que facilite la convivencia con personas con FM (Cervantes, 2012). Esta información no sólo debería de ofrecerse a la familia puesto que esta enfermedad puede producir una estigmatización social que todavía haga sufrir más al paciente (Rivera et al., 2006).

En algunos casos, según lo detallado por Díaz de Torres y López Rodríguez (2011), el alto grado de dependencia del paciente puede llevar a necesitar la inclusión de la figura del cuidador.

Parece evidente que la familia es una fuente muy valiosa de recursos. Para los pacientes con FM es una fuente asistencial y gratuita (Cervantes, 2012). Es por ello que la evolución de la FM puede variar en función de las relaciones interpersonales que el paciente tenga con su familia y amigos. Unido a esto, una buena relación familiar puede hacer que el paciente sobrelleve mejor el dolor (Cervantes, 2012). Entre las recomendaciones más habituales se encuentra evitar la sobreprotección familiar o el hacer suposiciones sobre qué es lo mejor para el paciente. Por último es necesario que en la familia haya máxima flexibilidad (Cervantes, 2012).

2.3. Ámbito laboral

La FM es un síndrome que puede causar una incapacidad permanente, tanto total como absoluta (Solanot, 2013). En principio se parte de una incapacidad temporal y pasado este período se puede presentar la solicitud para una incapacidad permanente (Carbonell et al., 2007) La FM tiene un “*notable impacto en la capacidad funcional, solamente superado por la artritis reumatoide*” (Rivera et al., 2006). Una de las consecuencias de la FM es que la alteración que produce en la vida cotidiana del individuo también puede llevarle a no poder desarrollar normalmente su actividad laboral (Carbonell et al., 2007; Solanot, 2013).

Según el informe *Pain y Europe*, publicado en 2008, el dolor crónico supone una pérdida de más de quince días al año de trabajo (De Vicente et al., 2009). En un estudio reciente llevado a cabo en Cataluña, las personas con FM perdieron una media anual de veintiún días de trabajo debido a este problema (Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011) Se calcula que entre un 20% y un 30% precisan de una incapacidad permanente total y un 15% de la absoluta, pero esto no quiere decir que la obtengan.

Conseguir esta incapacidad es complicado en pacientes con FM. Tal y como explica Solanot (2013), se desestiman el 46% de las peticiones y el paciente debe aportar multitud de documentos (reumatólogo, historial clínica y otros informes solicitados por el INSS). Esto es debido a que a día de hoy, la evaluación de la incapacidad puede llevar a cierta subjetivación, puesto que a cada persona los síntomas le afectan de una manera distinta, y es difícil identificar qué personas requieren de esa incapacidad permanente (Rivera et al., 2006). El Instituto de Salud Carlos III (2010; citado por Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011), publicó la *Guía médica de valoración de la incapacidad laboral* dirigida al personal sanitario. En ella, se recogen recomendaciones para valorar adecuadamente las limitaciones de los pacientes con FM.

Sin embargo, los datos obtenidos en la mayoría de estudios realizados indican que el número de personas con FM que están en activo se encuentran en el rango de lo obtenido en los demás países (entre un 34% y un 77%) (Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011).

2.4. Sistema sanitario

El síndrome de FM genera un elevado consumo de recursos asistenciales (Villanueva et al., 2004; Prados y Miró, 2012; De Vicente et al., 2009). Tal y como plantea Rivera et al. (2006), los costes directos sanitarios duplican los de otras enfermedades. Además, entre un 40% y un 80% de las visitas al médico se deben a problemas relacionados con el dolor (De Vicente et al., 2009). En España, según Díaz de Torres y López Rodríguez (2011), la media anual de visitas a atención primaria por paciente con FM se sitúa entre el 8,9 y 9,4. Es por ello que un buen y temprano diagnóstico disminuiría las visitas al médico y por lo tanto los costes sanitarios (Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011).

En 2006, el gasto anual de un paciente con FM fue de aproximadamente 8.654 (Rivera et al., 2006). A su vez, según Rivera et al., (2006; citado por Díaz de Torres y López Rodríguez (2011), el coste medio anual por paciente con FM en relación a las visitas médicas es de 847 euros, el asociado a las pruebas diagnósticas fue de 473,5 euros y el de sesiones terapéuticas no médicas (como masajes o hidroterapia), fue de 1368. En relación al consumo de fármacos el gasto medio anual fue de 439 euros por paciente con FM (Rivera et al., 2006; citado por Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011). También, se ha descrito mayor consumo de fármacos y de operaciones quirúrgicas que en otros pacientes con enfermedades reumáticas (Rivera et al., 2006).

3. Evaluación y diagnóstico

3.1 Anamnesis

La anamnesis constituye el punto de partida en la evaluación de la FM. Es por ello que precisa tiempo llevar a cabo una anamnesis detallada haciendo las preguntas adecuadas y que éstas nos permitan realizar una valoración integral del dolor, de la funcionalidad y del contexto del paciente (Díaz Torres y López Rodríguez et al., 2011). La FM puede estar asociada a muchos síntomas ajenos a ella y en algunos casos se pueden encontrar con factores que bien podrían haber actuado como desencadenantes del síndrome (Ver anexo III).

Se deberá preguntar al paciente por su historia personal (trabajo, estado civil, estudios previos). Seguido a esto se continuará preguntando por el inicio de la sintomatología y cómo ha ido evolucionando. Además de su evolución, se deberá preguntar si la aparición de los síntomas se ve relacionada con algún hecho traumático o enfermedad grave, así como la presencia de antecedentes psicológicos. En referencia a este aspecto psicológico, Díaz Torres y López Rodríguez (2011), incluyen dentro de una buena anamnesis preguntar también por antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares, posible sintomatología psicológica actual y el nivel de apoyo y/o impacto social que está viviendo (familiar, laboral, social).

La medición de la afectación de la calidad de vida también es otra parte del diagnóstico que se tiene que tener en cuenta (García Sánchez et al., 2010). Es importante recordar que en la anamnesis se deben de enumerar las enfermedades pasadas y actuales, así como los hábitos tóxicos y saber si realiza algún tratamiento farmacológico.

Todo esto puede permitir la valoración de una simulación o exageración del síndrome. Pocos son los estudios acerca de este hecho, pero según Capilla Ramírez (2013) en España, la incidencia estimada de exageración llega al 50 % en el contexto médico-legal.

3.2 Exploración física

La exploración física debe incluir la palpación de puntos dolorosos, evaluación de la movilidad y el aspecto articular, revisión del estado funcional de los sistemas, pruebas de laboratorio rutinarias y si es necesario pruebas de imagen, estudios del sueño y EMG/EEG.

En primer lugar se debe estudiar la historia del dolor (Carruthers et al., 2006). Es necesario saber en qué momento apareció el dolor, si es en ambos lados del cuerpo y por encima y debajo de la cintura. También se debe valorar si el dolor cambia a lo largo del día o en períodos del año, y si aumenta ante situaciones de estrés. A partir de aquí se llevaría a cabo un reconocimiento de los puntos de dolor o *tender points* (TePs).

Los 18 puntos de dolor reconocidos son: (2) en el occipucio, (2) en el cervical inferior, (2) en el trapecio, (2) supraespinoso, encima de la espina escapular, cerca del borde medial, (2) en la segunda costilla, (2) epicóndilo lateral, (2) glúteo, (2) trocánter mayor (2) rodilla. (ACR, 2010; citado por Arques Egea et al, 2014) (Ver anexo IV).

Estos TePs se deben reconocer por la palpación digital con el dedo pulgar o índice y con una fuerza de 4 kg/1,4 cm². La duración debe ser de unos segundos, ya que si es muy breve se puede dar un falso resultado negativa. El paciente debe afirmar que la palpación ha sido dolorosa para ser considerada positiva (Carruthers et al., 2006).

En segundo lugar hay que valorar que no haya un problema de movilidad y que el aspecto articular sea normal y no haya hinchazón, a menos que exista una enfermedad osteoarticular de cualquier tipo (Díaz de Torres y López Rodríguez, 2011). En tercer lugar se requiere un examen del estado funcional de algunos sistemas (Carruthers et al., 2006). Así, hay que prestar atención a una posible escoliosis, pierna corta funcional o patrones de desequilibrio muscular (Sistema musculo esquelético). También será recomendable una valoración del SNC cada 6-12 meses si hay claros signos de enfermedad neurológica. El sistema cardiorrespiratorio es otro de los sistemas a evaluar. Se deberá controlar la presión sanguínea supina y de pie, el pulso periférico y la suficiencia circulatoria. Además hay que prestar atención a arritmias y presión sanguínea errática. Por último habrá que evaluar el sistema autonómico y neuroendocrino que nos darán información sobre una disfunción tiroidea, adrenal o hipofisaria.

Las pruebas rutinarias de laboratorio no muestran ninguna información sobre el síndrome pero sí pueden ofrecerla para realizar el diagnóstico diferencial. Las pruebas serían: leucocitos, VSG, electroforesis de proteínas, CPK, PCR y TSR. Se pueden realizar otras pruebas más específicas dependiendo de la historia del paciente (Carruthers et al., 2006).

3.3 Criterios diagnósticos

En 1990, la ACR estableció unos criterios diagnósticos que se han utilizado ampliamente para la FM. Estos criterios establecen dos hechos necesarios (Wolfe et al., 1990):

1. Historia de dolor generalizado de al menos 3 meses de duración y con presencia en estas áreas: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y el esqueleto axial. Tiene que haber dolor en al menos tres de los cuatro cuadrantes corporales o excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división.
2. Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos gatillo o TePs que se correspondería con un bajo umbral de dolor. No debe haber inflamación y estos pacientes pueden referir dolor en más áreas de las propuestas por la ACR. (dolor en la cadera, en la mandíbula, en los codos, tobillos, etc.).

Como no existen criterios diagnósticos para la FM infanto-juvenil se recomienda usar los criterios de la ACR (1990) o los del Yunus en 1985.

La OMS reconoció la FM en 1992 y fue incorporada en la *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD). En la CIE-10 actualmente los síntomas son similares a los de la ACR (1990) incluyendo el criterio de “ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor”.

En 2010, la ACR ha propuesto unos nuevos criterios preliminares que tal y como plantean Arques Egea et al. (2014), necesitan aún de validación. Estos criterios tratan de recoger la totalidad de esferas que se ha demostrado que pueden estar alteradas, admitiendo que puede haber pacientes con FM en los que el dolor no sea el componente fundamental (Solanot, 2013).

Pero según Díaz de Torres y López Rodríguez (2011), los criterios establecidos ya por la ACR plantean una serie de limitaciones. En primer lugar se basan sólo en datos subjetivos como el dolor que se produce por la presión de unos puntos dolorosos que también dependen de una percepción subjetiva. De todas formas esto ya se ha aceptado en otros cuadros como las cefaleas o las neuralgias. En segundo lugar y el aspecto más criticado, es el hecho de que se hayan seleccionado unos puntos predefinidos de dolor. Se ha demostrado que muchas personas padecen dolor en muchas zonas no establecidas y que se distribuye a lo largo del cuerpo. Por último se plantea que el punto de corte es arbitrario puesto que cada día se es menos estricto con este criterio y se puede realizar un falso positivo.

3.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Como se ha comentado, el diagnóstico de la FM es clínico, no se apoya en ninguna prueba de laboratorio o de imagen. Sólo serán útiles estas pruebas para realizar un diagnóstico diferencial. Existen muchas enfermedades que se caracterizan igualmente por dolor generalizado, parestesias, rigidez etc. y es con éstas con las que se deberá hacer un buen diagnóstico diferencial (Carruthers et al., 2006).

Es el caso de las artropatías inmunes sistémicas como la artritis reumatoide, el lupus erimatoso o la espondilitis anquilosante (Carbonell et al., 2007; Arqués et al., 2014; Rivera et al., 2006; García Sánchez et al., 2010). La artritis reumatoide (AR) cursa a diferencia de la FM con inflamación alrededor de las articulaciones. En la FM no debe existir inflamación (De Gracia et al., 2001). Lo mismo ocurre con el lupus añadiéndole síntomas que tampoco aparecen en la FM como úlceras en la boca sin dolor o erupciones en forma de mariposa en cara, cuello y cuello cabelludo. La espondilitis anquilosante también cursa con inflamación.

Dentro del diagnóstico diferencial también se deberá prestar atención a los tumores malignos esqueléticos como un mieloma múltiple o una metástasis ósea (Giraldo, 2013; Rivera et al., 2006). Para detectar este tipo de cáncer será necesario hacer gammagrafías óseas, radiografías, o resonancias magnéticas. También con pruebas de laboratorio para evaluar si han aumentado los marcadores tumores u otras pruebas de sangre.

En tercer lugar figuran los desórdenes neuromusculares como la esclerosis múltiple o la polineuropatía (Rivera et al., 2006; Giraldo, 2013). La EM, al ser una enfermedad degenerativa que va eliminando las vainas de mielina, puede detectarse a través de una resonancia magnética u otras pruebas a diferencia de la FM. También, tal y como plantea García Sánchez et al., (2010), debería hacerse un diagnóstico diferencial con la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Lyme o procesos víricos como el VIH, hepatitis o mononucleosis siempre y cuando sea necesario. Arqués et al., (2014) consideran necesario poder realizar un diagnóstico diferencial con el síndrome Sjögren que también cursa con dolor, pero con pruebas de laboratorio pueden descartarse.

En cuarto lugar se plantea el diagnóstico diferencial con el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC). Ambos síndromes van a la par pero se diferencia en su origen (Villanueva et al., 2004; Carruthers et al., 2006). El SFC puede tener un origen vírico. Por último se encuentran las alteraciones endocrinas que incluyen el hiperparatiroidismo primaria y secundario, el hipotiroidismo (Carbonell et al., 2007; Arqués et al., 2014) o el hipoadrenalismo que se diferenciarán de la FM con pruebas de laboratorio (Carruthers, 2006).

Muchas de estas enfermedades pueden ser comórbidas con la FM (Giraldo, 2013; Hudson et al., 1985; citado por De Gracia, 2001). Que se deba hacer un diagnóstico diferencial con ellas no significa que no puedan coexistir con la fibromialgia. Así pues, la presencia de artropatías inmunes es bastante común en pacientes con FM y tal y como explica García Sánchez et al., (2010), el 25% de los pacientes con enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide cumplen también criterios de FM (Carbonell et al., 2007). El síndrome del intestino irritable (SII) también puede aparecer junto con la FM (Rivera et al., 2006). Tal y como plantea Bixquert (2012), padecer SII aumenta el riesgo de sufrir FM de 15 a 30 veces y padecer FM triplica la posibilidad de sufrir SII. También puede aparecer el síndrome de colon irritable y cefaleas persistentes (Rivera et al., 2006).

Por otro lado, estos pacientes puede sufrir de sobrepeso e hipertensión (Carbonell et al., 2007). Esto es debido a la falta de ejercicio físico que realizan por esos problemas de dolor incapacitante. También pueden presentar hipercolesterolemia y alergias. Sin embargo, un reciente estudio de la SER (citado por Rivera et al., 2006), refiere que no existe evidencia que asocie FM con un aumento de la comorbilidad de enfermedades cardiovasculares o infecciones. El síndrome de fatiga crónica también es una de las enfermedades que más comorbilidad pueden mostrar estos pacientes.

Por último, en referencia a lo tratado en esta investigación, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad son unos de los problemas comórbidos en la FM (Carbonell et al., 2007). La FM en general presenta esta comorbilidad con más asiduidad que otras enfermedad de tipo reumático (De Gracia et al, 2001). Hudson et al., (1985; citado por De Gracia, 2001) demostró que un 71% de los pacientes con FM presentan trastornos ansioso-depresivos frente al 14% de los que padecen artritis reumatoide. Los síntomas de ansiedad que presentan estos pacientes pueden ser irritabilidad, insomnio, ataques de ansiedad, etc. Además pueden sufrir síntomas depresivos como tristeza, apatía o pérdida de apetito. Por último también pueden presentar baja autoestima debido a un aislamiento social, o a problemas laborales y/o personales. A parte de estos dos trastornos pueden aparecer trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, el

trastorno de estrés postraumático, y, según refiere Rivera et al. (2006), el trastorno límite de la personalidad (Ver tabla 1).

TABLA 1

Ansiedad	Depresión	Baja Autoestima
Irritabilidad	Tristeza	Pobre concepto de uno mismo
Insomnio	Apatía	No saber quiénes somos
Ataques de ansiedad	Pérdida de apetito	Cambio de patrones de comportamiento
Fobias	Pérdida de libido	Aislamiento social
Problemas de memoria y concentración	Problemas de memoria y concentración	Problemas laborales, pareja, relación con los hijos

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín (2012)

4. Tratamiento

El tratamiento debe ir dirigido a paliar los síntomas, es decir, a mejorar la calidad de vida y la funcionalidad del paciente. Debe ir orientado a reducir el dolor y los posibles síntomas que le acompañan. Actualmente no existe un tratamiento totalmente eficaz que acabe con la FM, pero es importante que se establezca un tratamiento individualizado para cada paciente debido a la gran sintomatología que puede darse (Carruthers et al., 2006; Solanot, 2013; Giraldo, 2013). Además, tal y como plantea Villanueva et al., (2004) el tratamiento no debe basarse exclusivamente en el aspecto farmacológico, aunque sea un aspecto muy importante.

Es por lo tanto necesario que el tratamiento sea multidisciplinario, que incluya tratamiento farmacológico y no farmacológico (Giraldo, 2013).

4.1 Tratamiento farmacológico

En la actualidad no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos como tratamiento específico para la FM (Rivera et al., 2006; Díaz de Torres et al., 2011; Giraldo, 2013; Arques et al., 2014). Sin embargo, después de muchos estudios se ha demostrado que hay fármacos con una eficacia considerable. Pero si bien es cierto, se debe evitar la polifarmacia (Villanueva et al., 2004), administrando fármacos por orden de importancia de síntomas. Además, sería recomendable proponer “*vacaciones farmacológicas*” programadas con el fin de que los pacientes no se habitúen a los fármacos (pueden generar tolerancia).

Varios meta análisis han demostrado la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la FM y en concreto los más eficaces han resultado ser los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (Díaz de Torres et al., 2011). Otros fármacos que pueden ser utilizados son los miorrelajantes, los anestésicos, los analgésicos y los antiinflamatorios (García Sánchez et al., 2010).

Los antidepresivos suelen ser los más utilizados por la elevada existencia de comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos (Giraldo, 2013). A su vez, son eficaces por su capacidad de mitigar el dolor y mejorar el sueño aunque no exista un trastorno psiquiátrico (García Sánchez et al., 2010). Los antidepresivos tricíclicos son los más estudiados. La amitriptilina y la ciclobenzaprina son los que mejores resultados han dado en la estructura del sueño y la sensación de bienestar (Díaz de Torres et al., 2011).

La amitriptilina está considerada uno de los mejores tratamientos para el dolor, la fatiga y el sueño (Arqués et al., 2014; Prados et al., 2012). La ciclobenzaprina no se usa tanto como antidepresivo sino como un relajante muscular (Carbonell et al., 2007; Díaz de Torres et al., 2011; Arqués et al., 2014). Por otro lado, el ISRS más estudiado es la fluoxetina que ha demostrado ser útil en relación a la mejoría del estado de ánimo y de la fatiga a dosis 45mg/día pero no en la mejoría del dolor (Giraldo, 2013). También se ha demostrado que usar tricíclicos unidos a ISRS puede aportar mejorías significativas.

Tal y como plantean Giraldo (2013) y Carbonell et al. (2007), la unión de amitriptilina junto con fluoxetina ha mostrado mejorías en el dolor pero con una tasa de abandono alta debido a sus efectos secundarios. Por último, los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como la venlafaxina o la duloxetina parecen dar mejores resultados que el placebo (García Sánchez et al., 2010) y en concreto la duloxetina parece ser eficaz contra el insomnio (Prados et al., 2012). Sin embargo, demostraron una eficacia muy leve en la mejoría del dolor, la reestructuración del sueño y la depresión (Díaz de Torres et al., 2011). Arqués et al., (2014) difiere de esto afirmando que la duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño y la calidad de vida de algunos pacientes.

En segundo lugar se encuentran los antiepilépticos (García Sánchez et al., 2010). La gabapentina es un fármaco que se utiliza habitualmente por su efecto analgésico. Según el estudio realizado por Acín et al., (2005), La gabapentina actúa en diferentes estructuras que participan en la transmisión del dolor. A su vez, la pregabalina ha demostrado ser mejor que el placebo (Díaz de Torres et al., 2011) y en concreto parece tener efecto sobre la arquitectura del sueño, especialmente en el sueño lento (Hindmarch et al., 2005; citado por Prados et al., 2012). En tercer lugar se encuentran los analgésicos como el tramadol (García Sánchez et al., 2010). Este fármaco ha demostrado ser levemente eficaz en el tratamiento del dolor y en la disminución del umbral del dolor siempre y cuando se ingiera combinado con paracetamol (Díaz de Torres et al., 2011; Arqués et al., 2014). El paracetamol es el fármaco más utilizado aunque no hay estudios que avalen su eficacia (Giraldo, 2013; Arqués et al., 2014).

Sin embargo, tal y como plantean García Sánchez et al., (2010), Giraldo (2013) y Carbonell et al. (2007), no existe evidencia de que los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), como el ibuprofeno, sean eficaces cuando se administran solos aunque podrían dar resultados cuando se combinan con amitriptilina. Por otro lado, en referencia a los opiáceos es necesario realizar más estudios al respecto puesto que pueden derivar a un posible abuso o dependencia.

El último tratamiento farmacológico propuesto son las benzodiacepinas (García Sánchez et al., 2010). Por su composición pueden desencadenar abuso o dependencia

por lo que hay que recetarlas con precaución. Su uso debería limitarse a problemas de insomnio y ansiedad cuando los antidepresivos no hayan sido eficaces. En Estados Unidos, los medicamentos más utilizados para tratar la FM son la duloxetina, la amitriptilina, la ciclobenzaprina y la venlafaxina. Otro medicamento común en América es la ya mencionada gabapentina.

4.2 Ejercicio físico

El ejercicio físico es uno de los tratamientos más utilizados en FM (Carbonell et al., 2007). Carruthers et al, (2006) comentan que no existen evidencias fiables de cuál es su máxima función pero García Sánchez et al., (2010) comenta que sí hay estudios que avalan el deporte como tratamiento para la FM. Éste debería ser progresivo y nunca llegar a fatigar (Rodero et al., 2009; García Sánchez et al., 2010; Arqués et al., 2014). Para ello, se empezará con un ejercicio muy leve para ir aumentando de número, tiempo e intensidad las sesiones (Castilla et al., 2007). Además, el ejercicio físico debe ser individualizado y adaptado para cada persona (Giraldo, 2013; Díaz de Torres et al., 2011; Carruthers et al., 2006) por lo que hay que tener el mismo cuidado a la hora de prescribirlo que con el tratamiento farmacológico.

Los ejercicios de tonificación realizados de manera aeróbica mejoran el dolor y la fatiga (García Sánchez et al., 2010; Castilla et al., 2007; Giraldo, 2013). Junto con los ejercicios aeróbicos y los de tonificación están los de estiramiento, cuyo objetivo es mejorar la flexibilidad de los tejidos blandos (Martínez-Lavín, 2012; Giraldo, 2013; Díaz de Torres et al., 2011). Además, tal y como plantea Prados et al., (2012), el ejercicio físico mejora la calidad del sueño y la resistencia cardiovascular, el equilibrio y el control postural (Martín, 2012).

A parte del ejercicio físico también se puede utilizar el tratamiento rehabilitador constituido por fisioterapia supervisada, crioterapia o termoterapia. Los masajes pueden tener un efecto positivo ya que producen la estimulación de las terminaciones nerviosas y ayuda a mejorar la circulación. Además los masajes disminuyen la ansiedad y provocan que el paciente adquiera un estado de bienestar (Castilla et al., 2007. Tal y como plantea Carbonell et al.(2003), se demostró que de una muestra de 131 sujetos,

el 23,7% utilizaban los masajes por encima de otros tratamientos no farmacológicos, seguido de la rehabilitación (21,4%).

4.3 Terapias alternativas

Estas terapias, están definidas como un conjunto de prácticas sanitarias que están siendo utilizadas sin estar integradas dentro del sistema sanitario (Rivera et al., 2006). Estas terapias engloban algunas como la acupuntura, la homeopatía, la fitoterapia o la magnetoterapia. Sin embargo, hay pocos estudios que estudien y avalen su eficacia.

La magnetoterapia se basa en investigar con campos magnéticos estáticos y con campos pulsantes de baja frecuencia (Díaz de Torres et al., 2011). La acupuntura por su parte no ha demostrado tener suficiente evidencia para ser recomendado como tratamiento, aunque algunos estudios revelan cierta mejoría en el dolor (Giraldo, 2013; Díaz de Torres et al., 2011). Por otro lado, la homeopatía tampoco ha demostrado tener suficiente eficacia pero hay algunos pacientes que refieren haber notado alguna mejoría (Giraldo, 2013; Díaz de Torres et al., 2011).

Otras técnicas como el QI-GONG, Reiki o Taichi también han sido propuestas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y armonizar el sistema nervioso autónomo (Martínez-Lavín, 2012). Sin embargo, los estudios revelan que no tienen eficacia en la mayoría de los casos (Giraldo, 2013).

4.4 Tratamiento psicológico

Los factores psicológicos son cruciales en la fibromialgia puesto que pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento del síndrome (Castilla et al., 2007). Por un lado pueden influir como antecedentes del trastorno al encontrarse casos de personas que han empezado a sufrir fibromialgia a partir de un traumatismo emocional (abusos sexuales en la infancia, maltrato psicológico, depresión mayor, un duelo patológico, etc.). Por otro lado, los factores psicológicos pueden actuar como consecuencia de la fibromialgia puesto que un síndrome de estas características puede generar unos cambios que agravan la sintomatología emocional (Martín, 2012). Igual que las demás

propuestas de tratamiento, las terapias psicológicas van encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente (Peñacoba, 2009) y conseguir mayor funcionalidad (Giraldo, 2013). En este caso, estas terapias darán valor a los aspectos psicosociales y tratarán problemas de ansiedad, depresión, problemas familiares etc. (Martín, 2012; García Sánchez et al., 2010).

Existe diversidad de terapias que pueden ser útiles en este caso. Si bien, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que más estudios ha promovido y se ha demostrado que es la que mejores resultados genera (Castilla et al., 2007; Rivera et al., 2006; Martín, 2012; De Vicente et al., 2009; Peñacoba, 2009). Tal y como plantean Bennett y Nelson (2006) en su estudio, la TCC mejoraba aspectos como, la autoeficacia o las estrategias de afrontamiento y en los casos juveniles el dolor. Además, tal y como plantea García-Campayo et al., (2008) la TCC es un tratamiento efectivo para el descenso del catastrofismo y para la rumiación. A su vez, en un estudio llevado a cabo por Comeche et al., (2010), se demuestra que un TCC llevado a cabo en una sesión grupal ayudaba a mitigar los problemas emocionales asociados al síndrome y que este disminuía los pensamientos de rumiación y catastrofismo y aumentaba la autoeficacia.

El catastrofismo está directamente ligado a la idea de que el dolor no se cura y no se va a poder controlar. Esto determina en la persona sus estrategias de afrontamiento y su capacidad de adaptación. Es por ello que debemos de prestar especial atención a este síntoma puesto que puede influir mucho en la evolución del síndrome (Castilla et al., 2007). La terapia cognitivo conductual sería muy recomendable para tratar dicho aspecto pero por sí sola no sería efectiva para la reducir la fatiga o el sueño (Díaz de Torres et al., 2011). Sin embargo hay estudios que no avalan la eficacia de esta técnica a largo plazo (Rodero et al., 2009).

La TCC es un abordaje terapéutico que incluye una amplia variedad de técnicas (relajación, *biofeedback*, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, control de estímulos, imaginería guiada, manejo de contingencias, etc.) (Rivera et al., 2006; Castilla et al., 2007; Peñacoba, 2009). Es por este motivo que puede dar lugar a diversas formas de tratamiento (Díaz de Torres et al., 2011). El objetivo de esta terapia es dotar a las personas de estrategias para mejorar su funcionalidad y el control sobre

sus vidas (Peñacoba, 2009; García Sánchez et al., 2010). Además, tal y como plantea Rivera et al. (2006), el objeto del abordaje terapéutico es controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y depresión, así como los cognitivos, conductuales y sociales. Es por ello que la TCC está formada por una parte de psicoeducación orientada a que el paciente conozca y se reconozca en la enfermedad, y se continuaría con un entrenamiento en adquisición y mejora en la habilidad de afrontamiento el dolor y sus consecuencias para concluir con una puesta en práctica en situaciones reales (Peñacoba, 2009; Díaz de Torres et al., 2011; Giraldo, 2013).

Cuando un paciente es diagnosticado del síndrome de fibromialgia puede evolucionar hacia distintas fases (Martín, 2012). En primer lugar aparece la fase de negación. “*esto no me puede ocurrir a mí*” o “*no es verdad*” son algunas de las frases más repetidas por los pacientes. A partir de la negación aparece la rabia por la situación. Los pacientes viven esta situación como injusta y esto les lleva a una situación de tristeza y catastrofismo. Al final, el paciente acepta la situación que le ha tocado vivir y es en ese momento donde hay que explicarle la importancia de que aprenda a vivir con la situación y que la use como punto de partida para empezar a hacer cosas nuevas y vivir de otra manera.

La psicoeducación es muy importante puesto que es el momento en el cual el paciente puede ajustar sus expectativas y posibilidades de acción, además de que es un buen elemento para reducir la ansiedad que genera el problema (Alegre de Miquel et al., 2010; Rivera et al., 2006; Díaz de Torres et al., 2011). Se debe hacer hincapié en la importancia de la persona en su progreso y en verse como un agente y motor del cambio (Castilla et al., 2007). Lo que diferencia al tratamiento psicológico de los demás tratamientos es que el sujeto tiene un papel activo (puesto que es él quien modifica sus hábitos, sus conductas o emociones) y aunque el proceso de cambio es lento, lo cierto es que a largo plazo el cambio es duradero y ayuda a aumentar la autoestima del paciente (Martín, 2012).

En referencia a las habilidades de afrontamiento existen muchas opciones válidas como por ejemplo técnicas dirigidas a la regulación de la actividad fisiológica como el *biofeedback*, o actividades como el ejercicio físico. También tomarán un papel

importante las técnicas de reestructuración cognitiva que permitan el reconocimiento y modificación de las creencias irracionales por pensamientos más adaptativos (Giraldo, 2013; Díaz de Torres et al., 2011). Por otro lado, la exposición en imaginación sería apropiada para tratar el catastrofismo y la rumiación (García- Campayo et al., 2008). Para concluir sería importante dotar a la persona de técnicas para solucionar problemas e incorporar prácticas para mejorar la asertividad, entre otras. (Díaz de Torres et al., 2011).

Este tipo de tratamiento puede llevarse a cabo de manera individual o colectiva (Martín, 2012). El tratamiento individual dependerá del grado de afectación del paciente. Las sesiones se centrarán en tratar aspectos específicos del paciente (como familiares, laborales o sociales) y dotarlo de herramientas para hacer frente a esas situaciones. En este tipo de tratamiento es muy importante crear un buen vínculo terapéutico con el paciente (Martín, 2012). Además, esta modalidad no es incompatible con la grupal ya que incluso se pueden complementar. La modalidad grupal varía en el número de sesiones (promedio de 10 sesiones) y está constituida por una reunión semanal de dos horas con un mínimo de 4 personas y máximo 10. Este tipo de tratamiento es el más aceptado porque posibilita el abaratamiento de los costes, y permite que los pacientes se sientan más motivados y más apoyados socialmente (Martín, 2012). Además, tal y como plantea García-Campayo et al., (2005) en su estudio, la intervención grupal es más efectiva que la individual en este caso puesto que con la terapia de grupo se mejoran los aspectos relacionales y de expresión emocional.

Pero aparte de la TCC existen otras formas de tratamiento psicológico. Estas serían las llamadas terapias de Tercera Generación. En primer lugar se encuentra el *mindfulness*. El *mindfulness* se basa en centrar la atención de manera intencionada para establecer una configuración alternativa del procesamiento de la información y no cambiar el contenido (Teasdale, 1999; citado por Quintana y Rincón, 2011). Además, el *mindfulness* considera que todos los elementos presentes en la conciencia del paciente tan sólo deben ser observados, no confrontados (Grossman et al., 2007). La técnica de *mindfulness* requiere la focalización en un solo objeto, como por ejemplo la repetición de un sonido, la visualización de una imagen. Así, se logra que nuestras emociones no se vean distorsionadas por nuestros pensamientos y no generen una depresión o un

cuadro de ansiedad (Sephton et al., 2007; Quintana y Rincón, 2011). Además, una parte fundamental del tratamiento es la adquisición por parte del paciente de una actitud de aceptación, generosidad y paciencia a la hora de hacer frente a las emociones negativas (Grossman et al., 2007).

Tal y como plantean Quintana y Rincón (2011) se ha demostrado una mejoría significativa después del tratamiento con *mindfulness* en relación a la calidad de vida, la presencia e intensidad del dolor y la sintomatología depresiva. Además se establecieron estrategias de afrontamiento al dolor basadas en la autoafirmación y en la búsqueda de información que daban una respuesta más adaptativa. Sin embargo, estos resultados no se mantuvieron al cabo del mes (Quintana y Rincón, 2011). Este estudio se llevó a cabo a partir del *Midfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) y se centraba en la reducción del estrés (Greeson, 2009; citado por Quintana y Rincón, 2011). MBSR está basado en tradición de la meditación budista y se centra en que la persona aprenda a no juzgar sus experiencias somáticas y cognitivas. Varios estudios han demostrado que el MBSR mejoraba los síntomas depresivos en los pacientes con fibromialgia que realizaban dicho tratamiento (Sephton et al., 2007).

En segundo lugar se encontraría la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Esta terapia entiende que los pensamientos, sentimientos y emociones que aparecen son de ese modo debido al contexto en el que se desarrollan. Son la reacción del organismo a una situación específica. Es por esto que se considera el comportamiento de una persona en relación directa con su contexto (Uribe, 2012). El problema surge a raíz de las reacciones que tienen las personas ante emociones o sentimientos negativos. La TAC plantea que el hecho de querer estar intentando modificar estas emociones y sentimientos lo que genera es el refuerzo de los mismos. Para ello se necesita de una flexibilidad psicológica. Un estudio realizado por McCracken & Velleman (2010; citado por Uribe, 2012), se demostró que la flexibilidad psicológica contribuye a reducir el impacto del dolor crónico, ya que influye en las sensaciones de dolor, en las emociones, pensamientos y en las actividades del día a día (Uribe, 2012).

Todo esto se lleva a cabo a través de cinco procesos o habilidades psicológicas (Hayes et al. 2005; citado por Uribe, 2012). En primer lugar se encontraría la etapa de

aceptación. Se trata de preparar a los pacientes para que reconozcan sus procesos personales internos y no intenten cambiarlos (Hayes et al., 2005; citado por Uribe, 2012). El contacto con el presente sería el segundo proceso. Se trataría de enseñar al paciente a visualizar el ambiente tal y como es sin juzgarlo. En tercer lugar se encontrarían los valores. Es una parte fundamental de la terapia puesto que se intenta que el paciente aclare sus valores. Para la TAC, los valores son como las direcciones vitales, globales, que guían a la persona. Son los que dan sentido al comportamiento (Uribe, 2012).

En cuarto lugar se encuentra el proceso del Yo como contexto. Este proceso es propio del *mindfulness* y se centra en que el paciente limite su contexto a su propio ser para que le sea más viable estar atento a sus procesos internos. Por último, se encuentra la “acción cometida” o la consecución de las acciones. Este proceso consistiría en ayudar al paciente a encontrar cada vez más patrones de comportamiento eficaces que vayan unidos a sus valores (Uribe, 2012).

Para concluir, se puede hablar de una terapia incluida también dentro de las de Tercera Generación que se llama Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Uribe, 2012). Esta terapia se centra en que los pacientes aprendan durante la misma sesión a través de sus propios problemas. Es una terapia que le da mucha importancia a la relación terapeuta-paciente, puesto que considera que la base del problema aparece en las relaciones interpersonales. El terapeuta ayudaría al paciente a reconocer esas situaciones en las que se debe de responder de una manera más adecuada y adaptativa (Uribe, 2012).

5. Tratamiento Cognitivo Conductual en un caso con Fibromialgia

5.1 Objetivos del tratamiento

Los objetivos que se propondrían se han clasificado en generales y específicos. Como ya se ha comentado con anterioridad, el objetivo general de la terapia psicológica es

mejorar la calidad de vida de las personas que sufren FM, ofreciendo estrategias psicológicas que permitan afrontar la enfermedad y sus síntomas de una forma más adaptativa. En la terapia se tratarán aspectos cognitivos, conductuales y emocionales.

Los objetivos específicos abarcarían desde dar a conocer los aspectos psicológicos de la FM, hasta enseñar técnicas para reducir el estrés, para aprender a soportar el dolor, para mejorar aspectos como el sueño o la higiene postural. También se plantearían estrategias para solucionar problemas, aprender técnicas cognitivas para afrontar la FM o técnicas para mejorar la asertividad, la autoestima o el autoconocimiento.

5.2 Metodología

La terapia se basaría en sesiones grupales, mínimo 4 personas y máximo 10, que presenten problemas similares que nuestra paciente. Además de la parte grupal se realizarían sesiones individuales con el objetivo de reforzar lo adquirido en la terapia grupal. La técnica que se utilizaría será la Terapia Cognitivo-Conductual.

Durante las sesiones se le daría mucha importancia a explicar el papel fundamental y activo de la persona en su mejora, así como la constancia en el tratamiento y el realizar las tareas propuestas para casa. Es importante que se cree un buen vínculo con todos los pacientes en general y con cada uno en particular.

5.3 Aspectos espacio-temporales de la terapia.

La terapia consistiría en 10 sesiones grupales y 3 sesiones individuales intercaladas. Se comenzaría con una sesión individual con el objetivo de recabar la información más específica de cada paciente y realizarle pruebas de evaluación. Se considera importante tener la sesión individual antes de la grupal para poder explicarle a cada paciente a grandes rasgos en qué consistiría la terapia grupal y motivarles a acudir sintiéndose cómodos y seguros.

Importante también hacerles entender la importancia de la terapia psicológica y sus beneficios. Además, se podrían tratar aspectos más personales de cada paciente que no quieran tratar en las sesiones de grupo. Estas sesiones individuales durarían 1 hora. La primera sesión individual duraría 2 horas con el fin de poder recabar toda esa información necesaria para la terapia. Las sesiones grupales tendrían una duración de 2 horas y se repartirían a una sesión por semana como mínimo.

La organización de las sesiones sería la siguiente:

TABLA 2

Sesión individual 1	Presentaciones. Anamnesis. Evaluación del paciente. Establecimiento de objetivos
Sesión grupal 1	Presentación de la terapia grupal. Psicoeducación. Establecimiento de normas del grupo.
Sesión grupal 2	Relajación Progresiva de Jacobson y técnicas de relajación. Trabajo para casa
Sesión grupal 3	Técnicas para identificar y controlar las emociones. Trabajo para casa
Sesión individual 2	Dudas de la terapia grupal. Relajación. Tratar aspectos personales de la paciente
Sesión grupal 4	Reestructuración cognitiva: pensamientos alternativos. Distorsiones cognitivas.
Sesión grupal 5	Actividades diarias y técnicas para el manejo del dolor
Sesión grupal 6	Técnicas de gestión del tiempo
Sesión individual 3	Dudas acerca de la terapia grupal. Revisión del trabajo para casa. Tratar temas personales y relación con sus compañeros de grupo.
Sesión grupal 7	Problemas de sueño y de higiene postural
Sesión grupal 8	Mejora de la autoestima y de la comunicación y asertividad
Sesión grupal 9	Técnicas de resolución de problemas y focalización de la atención y la memoria
Sesión individual 4	Dudas acerca de la terapia grupal revisión trabajo para casa. Despedida.
Sesión grupal 10	Evitar recaídas. Hábitos de vida

Fuente: elaboración propia

5.4 Desarrollo de las sesiones

Sesión Individual nº 1

Esta primera sesión se centraría en conocer a cada paciente de manera individual. Para ello se realizaría una anamnesis de tipo conductual en la que respondería a las preguntas más generales y específicas de la enfermedad. Se daría importancia a cuadros de ansiedad o depresión (dando importancia a los síntomas de estas enfermedades como falta de atención, memoria, problemas de sueño), al impacto de la FM en su vida diaria y en sus relaciones interpersonales. Además se preguntaría por las estrategias que utiliza el paciente para manejar el dolor, si tiene pensamientos catastrofistas o su nivel de autoeficacia. Se le preguntarían cuáles son sus expectativas para la terapia y se le daría una hoja que tendría que rellenar para casa en la que explique qué expectativas tiene y describir qué objetivos se ha propuesto para cumplirlas (Anexo III). Por último, se le pediría que las traiga a la primera sesión grupal.

A continuación, con el fin de recopilar toda la información necesaria para la terapia, se administrarán una serie de pruebas para conocer la personalidad, el nivel de impacto y posibles síntomas ansioso-depresivos (Ver anexos I y IV).

- Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ)
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
- Cuestionario de ansiedad-rasgo- estado (STAI)
- Cuestionario de Personalidad de Millon (MCMI-III)¹

Sesión Grupal nº 1

El objetivo general de esta sesión sería que los pacientes conocieran algunos aspectos de la enfermedad y entendieran la importancia de una terapia psicológica en fibromialgia. Además de esto sería recomendable que los pacientes se conocieran y

¹ Este cuestionario no aparece en Anexos por estar prohibida su difusión

explicaran un poco de su vida y de las expectativas que tienen de esta terapia. Por último, se establecerían las normas que se deberían seguir en el grupo.

Para ello se propondría el siguiente orden de trabajo. En primer lugar, se dedicaría tiempo a las presentaciones. Los terapeutas se presentarían al grupo y seguidamente se presentarían los pacientes. Se trataría de que trajeran una imagen que simbolice algo que forme parte de su vida, que sea ajeno a la Fibromialgia y que sea positivo. Tendrían que presentarse, decir desde cuándo tienen FM, si han recibido tratamiento psicológico alguna vez, si trabajan o no, cuáles son sus expectativas para la terapia y expondrían su imagen. En relación a las expectativas tendrían que aportar la hoja que se les dio en la primera visita individual.

En segundo lugar se comenzaría con la psicoeducación. Se explicaría en qué consiste la fibromialgia, cuáles son los síntomas, cómo puede aparecer, cómo puede afectar a su vida y los tratamientos actuales existentes. Se haría hincapié en la importancia de esta terapia, porque ayuda a mejorar su calidad de vida y a afrontar la enfermedad. Para concluir se comentarían aspectos más técnicos como horario de las sesiones, duración, fechas y objetivos a largo plazo. Se les daría una hoja con toda la información de la terapia y de los aspectos técnicos.

Para concluir, se establecerían las normas del grupo que serían: ser puntuales, asistir a todas las sesiones, realizar las tareas para casa que se pidan y no venir con perfumes o cremas. Se les daría una información acerca de la relajación progresiva de Jacobson que tendrán que leer en casa. Para la sesión siguiente se les pediría que trajeran esterillas, ropa cómoda y zapato cómodo.

Sesión grupal nº 2

En esta sesión se haría un repaso de lo que se ha pedido leer para casa y se explicaría más detenidamente en qué consiste la relajación progresiva de Jacobson y la relajación por respiración. Los objetivos serían por un lado aprender qué partes del cuerpo están implicadas en la relajación y saber distinguir cuándo se está en estado de tensión y cuándo se está tranquilo. Además, se aprendería la técnica de Jacobson y la relajación

por respiración con el fin de que los pacientes sepan aplicarlo por sí mismos en cualquier situación.

Se comenzaría por la Respiración Progresiva de Jacobson (RPJ). Se definiría qué es el estrés y la ansiedad. Seguidamente se comentaría cómo afectan las situaciones de irritabilidad al cuerpo en forma de tensión muscular. Esta tensión puede servir para aumentar el dolor en la FM. Es por ello que la RPJ se centra en ayudar a conocer cuándo los músculos están tensos y cuándo están relajados. Con la RPJ se pueden tensar o destensar los músculos de una manera voluntaria, con el fin de poder conseguir la relajación. Para que esta técnica funcione es necesario que se haga de una manera constante cada día y en un lugar tranquilo, a poder ser siempre el mismo. Después de la explicación se realizaría un ejercicio de prueba para enseñarles cómo se realiza esta técnica con la finalidad de que la realicen en casa por lo menos dos veces al día y si hay situaciones estresantes también. Una vez terminado se les pediría que cada día rellenen un registro en el que detallen la hora de la relajación y el grado de estrés inicial y final, para ir viendo la mejora. Como lo tienen que hacer en casa, se les dará una hoja con todas las instrucciones y pasos a seguir en la relajación.

En segundo lugar se llevaría a cabo la relajación por respiración. Se les expondría que es una técnica muy sencilla y muy eficaz. Se les explicaría que consiste en llevar la respiración de una manera voluntaria con el fin de controlarla. A partir de aquí se comentaría que este tipo de relajación también debe hacerse de forma habitual y en diferentes momentos del día. Se propondrían varios ejercicios. Para comenzar se les pediría que se sentaran cómodamente con las manos superpuestas encima del abdomen. Después de esto se les enseñaría una técnica de respiración que consistiría en cerrar los ojos, respirar e ir llenando la parte inferior de los pulmones, luego la media para concluir con los pulmones completos. Deberían de imaginarse una bolsa vacía en el abdomen y sentir que la van llenando. Seguidamente se les pediría que fueran soltando lentamente el aire diciéndose a sí mismos “que relajado estoy”, “no tengo tensión”.

Sesión grupal nº 3

En esta sesión se trataría de poner nombre a las emociones y saber identificarlas. Para ello, se comenzaría la sesión pidiendo a los pacientes que se pongan en círculo y que fueran diciendo emociones que conozcan. Además, se les pediría que con la cara hicieran el gesto que tendrían cuando apareciera esa emoción. A partir de ahí los terapeutas irían describiendo cada emoción que se va nombrando. Cuando se hubiera concluido, se les haría una introducción de lo que son las emociones, y se les explicaría la importancia del cuerpo en su expresión. También se les preguntaría si consideran que las emociones son positivas, negativas o de los dos tipos. Cuando hubieran contestado, se les explicaría que no existen emociones negativas o positivas sino que cada una tiene una función adaptativa en el funcionamiento de nuestro organismo y se les pondría ejemplos (un incendio se ha propagado en nuestra casa, si no se sintiera miedo no se podría huir).

A su vez, se les explicaría que algunas emociones pueden incrementar la sensación de dolor y que para poder actuar es necesario que se sepa reconocer las emociones. Con una tabla se les explicaría qué situaciones son las más propensas a generar malestar y a generar dolor y se preguntaría si alguna vez se han sentido identificados con alguna de esas situaciones (Ver anexo V).

Para concluir se realizaría una actividad que consistiría en hacer grupos pequeños (tres personas como máximo) y se les pediría que explicaran una emoción que han sentido en un momento concreto (sin explicar el contexto), y pedirles que comenten que sensaciones corporales tuvieron (aumento tasa cardíaca, sudoración, lágrimas). Para concluir se les pediría que relataran los pensamientos que tuvieron durante ese momento. Una vez concluyera el paciente sus compañeros deberían adivinar qué emoción han sentido.

Al finalizar la sesión, se les entregaría la lista de emociones que pueden generar dolor y una hoja con una tabla para que realicen en casa el mismo ejercicio que en clase. Nombrar una emoción, qué efectos han sentido en su cuerpo y que pensamientos les han venido a la cabeza.

Sesión individual nº 2

En esta sesión se tratarían dudas de la terapia que puedan haber surgido. Se le preguntaría al paciente cómo está viviendo la terapia y si hay algo que no haya entendido. A veces no es fácil que las pacientes dediquen tiempo en casa para hacer las tareas que se le han pedido y es por esto que se le pediría que fuera sincero/a y comentara si le resulta difícil hacer las tareas, o si la información que se le da es suficiente y si le está ayudando. Puede que surjan dudas sobre la realización de la relajación a lo que se propondría hacer el ejercicio de Jacobson durante esta sesión. Podría ser que también surgieran dudas acerca de por qué le surge tanto dolor, o hasta qué punto la terapia psicológica es útil.

Es importante que en esta sesión se resuelvan todas las dudas que tenga el paciente con el fin de que pueda seguir avanzando. Por otro lado, se debe dedicar un tiempo a tratar aspectos más íntimos del paciente que no quiera hablarlos en el grupo por situaciones personales. Se debería de proporcionar un ambiente tranquilo, en el que el paciente se sintiese a gusto y confiado y hacer hincapié en el vínculo terapéutico.

Sesión Grupal nº 4

Esta sesión iría orientada a que la persona sepa reconocer los pensamientos automáticos que surgen en su día a día. En primer lugar se haría un resumen de lo que es la terapia cognitiva para que sepan cuál es su base, en que se sustenta la terapia y cómo se trabaja con ella. Para entenderlo mejor se propondría un ejercicio. Se enseñaría un vídeo de corta duración de una persona que llega a su casa y ve luces encendidas cuando no debería de haber nadie en su casa. A raíz de esto, se pediría a cada paciente que explicara por qué cree que están las luces encendidas, cómo se sentiría y qué haría en esa situación. Se apuntaría cada una de las respuestas en forma de tabla (tabla 3).

TABLA 3

Ha pasado...	He sentido...	He reaccionado...
Han entrado a robar	Miedo, Indefensión	Llamando a la policía
Me he dejado las luces encendidas	Contrariedad	Entrando y apagando la luz

Fuente: Elaboración Propia

Una vez terminado el ejercicio se utilizarían las respuestas para explicar que una situación concreta puede desembocar en que se tenga un pensamiento específico que da lugar a una emoción y conducta relacionada con ese pensamiento. Se comentaría que el hecho de sentir dolor puede provocar que se tengan pensamientos negativos que lleven a emociones y conductas negativas. Se propondría este ejemplo:

TABLA 4

Acontecimiento (A)	Creencias (B)	Consecuencias ©
No puedo ir al parque con mis hijos porque me duelen las piernas	“Soy una inútil” “nunca más podré volver a jugar con mis hijos” “no valgo para nada”	Emocionales: Tristeza, Ira, Rabia Conductuales: tumbarme en la cama sin hacer nada
No puedo salir a hacer deporte porque me duele todo el cuerpo	“Vuelvo a tener dolor” “No es algo nuevo, me pasa siempre que salgo a hacer deporte” “quizá pueda hacer otras cosas”	Emocionales: Disgusto, impotencia, tranquilidad Conductuales: Hacer planes en casa con las amigas para ver una película

Fuente: elaboración propia

A partir de este cuadro se explicaría que cada persona tiene unos pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que pueden hacer que se pierda la objetividad de las cosas que suceden a su alrededor. Es por ello que hay que aprender a reconocerlos y a intentar cambiarlos por pensamientos más adaptativos porque cambiará la forma de ver las cosas. Se explicaría el concepto de creencia y de creencia distorsionada y se pondrían varios ejemplos como: “*Necesito la aprobación de todo el mundo para ser*

feliz” o “*Es mejor evitar los problemas de la vida que afrontarlos*”. Después de ello, se explicaría en qué se basan los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas. También se darían ejemplos de las distorsiones cognitivas más comunes como la minimización, maximización, catastrofismo, todo o nada, generalización, o razonamiento emocional. Todos serían explicados con detalle y al finalizar se preguntaría si hay alguna duda.

Es importante recalcar que todas las personas tenemos estas distorsiones y que lo importante es saber identificarlas. Una vez identificadas se comenzarían a poner en duda aquellas cosas que no quedan claras, a través de un diálogo socrático.”*¿Qué evidencia hay de ese pensamiento? ¿Me hace sentir mejor respecto a mi problema? ¿Se puede explicar de otra forma? ¿Qué sería lo peor que pudiera pasarme si fuera cierto?*” (Serrano, 2013).

Para ello se propondría un ejercicio de reestructuración cognitiva (Serrano, 2013). En primer lugar, los pacientes deberían centrarse en pensamientos que les vengán a la cabeza de situaciones que les hayan pasado recientemente. Seguidamente deberían describir qué han pensado y ponerle un nombre a esa distorsión, con los ejemplos que se les han explicado con anterioridad. A partir de aquí deberían de identificar la emoción que va unida a ese pensamiento y encontrar un pensamiento alternativo, más adaptativo y que se ajuste más a la realidad.

No es tarea fácil por lo que se realizarían varios ejercicios por grupos con esta misma dinámica y al final la sesión se les entregaría una hoja con el mismo esquema para que lo vayan rellenando cada día hasta el próximo día de sesión (anexo VI). Habrá que insistir en la necesidad de hacer este registro ya que es un modo de ir mejorando.

Sesión Grupal nº 5

El objetivo de esta sesión es que los pacientes aprendan varias instrucciones para el manejo del dolor.

Se comenzaría revisando lo dado la sesión anterior y preguntando si ha surgido alguna duda. Si las dudas son muy extensas se propondría comentarlas en la sesión individual. Una vez recopilado lo dicho en la sesión anterior, se comenzaría por explicar la que se trataría en la sesión actual. En primer lugar se comenzaría por definir qué son las auto instrucciones. Son mensajes que se da uno mismo para hacer frente a una situación con el objetivo de sobrellevarla. Se pondrían varios ejemplos:

“En una situación que sé que me va a producir ansiedad decirme a mí misma: Sé en qué consiste esta situación, ya la he pasado más veces y yo sé que puedo estar tranquila, que no me voy a poner nerviosa porque soy una mujer que lo supera todo”. “Me encuentro en esta situación y lo estoy haciendo muy bien, me tengo que dejar de poner barreras a mí misma porque puedo hacerlo.” Al terminar esa situación concreta: “Lo he conseguido”, “puedo estar tranquila porque le he hecho genial”.

En segundo lugar se enseñarían técnicas para focalizar la atención. Se comenzaría explicando qué es la atención y cuántos tipos hay (selectiva, limitada y controlable) (Serrano, 2013). Después se plasmaría la relación entre atención y dolor, explicando que el dolor puede hacer que sólo nos centremos en él y en lo negativo y para ello se ofrecerían técnicas para focalizar la atención en algo diferente al dolor. Un ejemplo sería centrar la atención en un objeto concreto e ir alternando la atención en ese objeto con pensamientos que tengamos (sólo uno concreto) o alguna parte del cuerpo que no esté doliendo.

Al finalizar esta sesión se les recordaría a los pacientes que deben ir rellenando el registro de pensamientos cada día y que siempre que sea necesario usen la relajación. Se propondría para casa que practiquen la focalización de la atención y las auto instrucciones en situaciones complicadas. Se concluiría afirmando que son unas luchadoras.

Sesión Grupal nº 6

En esta sesión se comenzaría por repasar lo explicado en la sesión anterior y preguntar si han surgido dudas. Se dedicaría un poco de tiempo para conocer si han practicado

las técnicas para focalizar la atención y las auto instrucciones. También se volvería a repasar todo lo dado a lo largo de estas cinco sesiones y se daría turno a preguntas y dudas. También los terapeutas deberían de expresar su entusiasmo por las mejoras que están viendo en las pacientes y motivarlas a seguir con ese ritmo y con esas ganas de mejorar. Demostrarles que son conscientes del esfuerzo que supone y que venir cada día a las sesiones y hacer las tareas para casa demuestra que tienen ganas de salir adelante y de que su autoestima cada día está un poco más alta. Dar importancia al esfuerzo y progreso de los pacientes influirá positivamente en las mismas motivándolas a seguir adelante.

Esta sesión iría orientada a conocer varias técnicas de gestión del tiempo. El objetivo sería que aprendieran a dar más importancia a unas situaciones que a otras y a entender que deben establecer prioridades.

En esta sesión se pediría la colaboración de una voluntaria que respondiera si cuando hace un sobreesfuerzo le cuesta luego recuperarse. También se le preguntaría si tiene la tendencia a hacer absolutamente todo y estar en continuo movimiento (Serrano, 2013). A raíz de esto se explicaría que el hecho de hacer sobreesfuerzos provoca en la persona con FM que tarde más tiempo en recuperarse. Es por esto que las pacientes deben de intentar comprender que es mejor espaciar las tareas en el tiempo y dar prioridad a unas en comparación con otras. En primer lugar se comentaría que cuando una paciente está realizando una tarea y el dolor aumenta de intensidad debería inmediatamente parar la tarea. Eso no significa que sea una “vaga” o que no pueda hacer nada, sino que es consciente de los efectos que eso puede provocarle y es madura para saber que eso es negativo para su salud. Y lo importante es su bienestar.

Después de esto se darían estrategias para mejorar la gestión del tiempo. En primer lugar se establecería la necesidad de priorizar. Para ello la paciente debe hacerse preguntas tipo *¿Qué consecuencias tendría que no lo hiciera? ¿Cómo me sentiría? ¿Qué pasaría si lo hiciera para mañana?* A partir de estas preguntas la persona debería de ir jerarquizando sus tareas por grado de importancia y de tiempo. También se incluye la posibilidad de aplazar las tareas si no son urgentes o separar las tareas que sean más duras en varios días (Serrano, 2013).

Sesión Individual nº 3

En esta sesión se resolverían con cada paciente de manera individual las dudas que hayan surgido en las sesiones grupales que requieran de más tiempo. También se revisaría el registro de distorsiones cognitivas que va cumplimentando y comentar con ellos los resultados. Quizá hayan tenido problemas a la hora de identificar las distorsiones cognitivas o los pensamientos más adaptativos.

Por otro lado si necesitaran tratar temas personales como la relación con su marido/mujer o con sus hijos se dedicaría el tiempo necesario de la terapia. Se podría preguntar acerca de problemas sexuales derivados de la enfermedad. También se preguntaría por la baja laboral y por saber si realiza alguna actividad o sus relaciones interpersonales. Además, se debería evaluar cómo está viviendo el paciente la terapia y si está notando mejoría. Para concluir se comentaría la relación con sus compañeros de sesión.

Sesión Grupal nº 7

Los problemas a la hora de dormir es un síntoma muy común en las personas que sufren FM. En esta sesión se trataría de mejorar los hábitos de sueño y de higiene postural.

En la FM, el insomnio puede ser una causa y consecuencia del dolor que se sufre. Es por esto que adquirir unos buenos hábitos de sueño puede ayudar a mejorar el dolor. A los pacientes se les comenzaría por comentar la importancia del sueño como reparador. A su vez, se les explicaría que probablemente estén tomando medicación para regular el sueño pero que si ellos no tienen el hábito de irse a dormir a una determinada hora, y siempre a la misma, la medicación puede no hacer su efecto total.

Esta sesión es más específica para pacientes que sufran problemas de sueño o de higiene postural. Si por las circunstancias alguno no tuviera dichos problemas no tienen por qué cambiar sus hábitos. Esto se comentaría al principio de la sesión. Una vez explicado esto, se procedería a realizar unas actividades con el fin de conocer cómo

gestionan el tiempo de sueño, si duermen a la misma hora, si se despiertan muchas veces por las noches.

Para continuar, se darán unos ejemplos de hábitos saludables para regular y mejorar el sueño, como por ejemplo darle más importancia al ambiente en el que se duerme (luz tenue o sin luz, sin ruido, que haya comodidad), acostarse sólo cuando se tenga sueño, levantarse e irse a dormir siempre a la misma hora (usar alarmas) o usar las técnicas de relajación propuestas, evitar estimulantes como el tabaco o alcohol, ser constante en estos hábitos, entre otros. También se recomendaría llevar una dieta equilibrada, baja en grasas puesto que eso también mejoraría la calidad del sueño. Después, se realizaría un ejercicio que consistiría en presentar 10 frases que expresen hábitos de sueño y los pacientes tendrán que valorar si son erróneos o correctos.

TABLA 5

Ver la televisión antes de acostarse	Cenar abundante antes de acostarse
Levantarse siempre a la misma hora	Dormirse con las luces encendidas totalmente
Practicar relajación	Comer sano
Realizar deporte de alta intensidad justo antes de dormir	Tomar bebidas con cafeína por la noche
Comer y cenar a la misma hora	No cenar nada

Fuente: Elaboración Propia

Después de haber tratado el sueño se pasaría a hablar de la higiene postural. Para ello se harán grupos de 3 personas y se les pediría que anoten las tareas que hacen en casa (fregar el suelo, aspirarlo, limpiar cristales, poner lavavajillas, hacer las camas, trabajar en el ordenador etc.). Una vez se tenga hecha la lista se les pediría a uno de cada grupo que representara con su cuerpo cómo harían esas tareas para así demostrar los errores posturales que se cometen. Por ejemplo, barrer con la espalda encorvada o cuando está frente al ordenador. Es muy importante que se tenga una buena higiene postural para evitar dolores añadidos. Para ello, acudiría a la sesión una terapeuta que se encargaría de ejemplificarles cómo se deben hacer las tareas que ellos han expuestos en sus papeles.

Para el próximo día se pediría a los pacientes que empezasen a ponerse en práctica esos hábitos a la hora de dormir y en relación a la higiene postural. La siguiente sesión se comentaría si les ha funcionado bien.

Sesión Grupal nº 8

Esta sesión sería muy práctica y se propondría dedicar una hora a la mejora de la autoestima y otra hora a la comunicación y asertividad. Se comenzaría por preguntar por la sesión anterior y por las tareas que se pidieron para casa en referencia al sueño y a la postura. Si hay alguna duda o comentario se concedería tiempo para solucionarlo.

En la primera hora se expondría la idea de mejorar el autoconocimiento y la autoestima de los pacientes. Es por ello que se pediría a cada persona que fuera diciendo un adjetivo positivo y negativo con el que se identificara. Irían diciéndolos en círculo. Se debería de fomentar que los pacientes se pararán a pensar en sus capacidades y habilidades, y darles tiempo para explicarlas. Para ello, se les facilitaría una hoja en la que tendrían que exponer cuáles son sus mayores logros a lo largo de la vida, y cuáles han sido sus mejores cualidades para llegar a conseguir esos objetivos. En otra hoja se les pediría que apuntarán cuáles serían los logros que querrían conseguir y cuáles son las cualidades que deberían adquirir para conseguirlas. Mientras tanto, los terapeutas dibujarían en una cartulina grande dos círculos grandes enlazados. Cuando los pacientes hayan terminado deberían, uno por uno, ir explicando al grupo lo escrito en ambos folios y explicar por qué quieren conseguir esos objetivos. La aprobación del grupo dará más apoyo a la paciente para conseguir sus metas.

Al concluir el ejercicio, se comenzaría la siguiente hora hablando de comunicación y asertividad. Para explicar la comunicación se desarrollarán los tres tipos de comunicación que existen (pasiva, asertiva y agresiva). Se comentarían los puntos positivos y negativos de cada tipo de comunicación. Se explicaría que el mejor es el tipo de comunicación asertiva y se darían pautas para mejorar la forma en la que se dicen

las cosas. Se les comentaría que muchas veces, el cómo será mucho más determinante que el qué.

El explicar la comunicación asertiva servirá de apoyo para dar algunas técnicas de cómo ser asertivo. En primer lugar se podría utilizar la técnica del disco rayado que consistiría en dar tu opinión con tranquilidad y seguir repitiéndolo. Las frases deberían comenzar por un Sí (*sí pero, Sí sin embargo*) y nunca como un No (*No tienes razón, No te creo*) (Serrano, 2013). También se podría usar la técnica de la pregunta asertiva que consistiría en que ante una situación que molestó a otra persona, preguntarle qué hiciste mal, qué le molestó, para así poder entender la situación.

Para trabajar esta situación se propondría un role playing en el que se hagan grupos de dos personas y se les ofrezca un caso. Tendrán que llegar a un acuerdo siendo lo más asertivos que puedan y utilizando las técnicas proporcionadas. Para casa se les pediría que trabajasen en lo comentado en la sesión y que piensen en más proyectos de cambio.

Sesión Grupal nº 9

En esta sesión se repasaría lo aprendido en la sesión anterior y se preguntaría si han quedado dudas. Se debería recalcar que la comunicación asertiva abre muchas puertas y es muy útil para conseguir que los demás nos apoyen. Los objetivos van a ser aprender a solucionar problemas de la vida diaria y a afrontar los problemas desde un punto de vista objetivo.

En primer lugar se haría una breve introducción sobre qué son las técnicas de resolución de problemas. Se comentaría que los problemas forman parte de la vida diaria de las personas y que son inevitables. Algunas veces será más fácil resolver los conflictos porque no influyan directamente a la personas o porque no sean muy determinantes e importantes. Pero cuando existe un problema que afecta directamente a la persona existen dos formas de afrontarlo, desde la respuesta adaptativa hasta una que estén influenciada por nuestras emociones y se reaccione mal. Son en estos casos en los que las técnicas de resolución de conflictos son muy útiles.

Muchas veces las personas se quedan ancladas en el problema sin buscar soluciones, o las soluciones que aparecen no son las más acertadas. Esto es debido a dejarse llevar por el momento y no tener un momento de calma en el que poder pensar qué es lo mejor. Las técnicas de solución de problemas tratarían tanto la identificación del problema, como las posibles soluciones y el proceso de tomar la decisión correcta. Sería importante comentar que las situaciones no son el problema, sino el no encontrar una solución para esa situación. Los problemas no son situaciones imposibles sino decisiones mal tomadas y respuestas ineficaces (Serrano, 2013).

Para poner en práctica los contenidos dados se utilizaría la técnica de D`zurilla y Goldfried (1971; citado por Serrano, 2013) que consistiría en:

1. Identificación del problema
2. Definir el problema en su totalidad
3. Propuestas de alternativas adaptativas evaluando pros y contras
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de la decisión tomada

Se propondría una frase en la que surgiera un problema. Ejemplo: *“mi marido y yo discutimos a diario porque no son capaz de llegar a la hora a los sitios”*. A raíz de esto se irán explicando las fases y se pedirá a los pacientes que ejemplifiquen como llevarían a cabo esa fase en la frase propuesta.

En la fase de identificación del problema se comentaría que cada persona afronta los problemas de una manera diferente. El problema es que muchas veces se hace desde un punto de vista subjetivo. Es por esto que antes de solucionar nada es importante identificar el problema y separarlo de otros problemas diferentes. Para ello hay que aceptar que los problemas forman parte de la vida diaria y se tienen las herramientas necesarias para solucionarlo. No es bueno ver los problemas desde una perspectiva catastrofista con frases como *“lo malo siempre me pasa a mí”* *“esto no tiene solución”* porque lo que se conseguirá será alargar el problema o incluso empeorarlo. Por ello el punto de partida es aceptar que todas las personas tienen problemas y que tienen solución si se afrontan con tranquilidad, conciencia e iniciativa.

La segunda fase consistiría en conocer el problema en su totalidad. Para ello se desglosaría en: personas implicadas, importante del problema para cada persona y puntos de vista de ambas personas. Se tendrían que realizar las siguientes preguntas:

- *¿Quién tiene el problema?*
- *¿Qué sucede? ¿Por qué ha sucedido?*
- *¿Cómo me siento? ¿Quiero solucionarlo?*

En la tercera fase se propondría alternativas para el conflicto haciendo una lista de pros y contras de las decisiones. En cuarto lugar se tomaría la decisión final y se pasaría a poner en práctica.

En este momento se ofrecerían algunas técnicas para comunicar decisiones y para focalizarse en el problema como la técnica para procesar el cambio que consistiría en aprender a focalizar la atención sólo en el aspecto que se está discutiendo, dejando a un lado otros posibles problemas. También se podría usar la técnica del acuerdo asertivo en la que se admitiría un error pero separándolo del hecho de hacerlo a propósito o de hacerlo siempre.

Por último, se aprovecharía la última media hora para tratar el tema de la memoria. Muchos pacientes se quejan de problemas para recordar tareas cotidianas o citas. Es por ello que se propondría que los pacientes dedicaran parte de su tiempo libre a jugar a juegos de mesa como el ajedrez, parchís o dominó, y a hacer otras actividades como el sudoku o crucigramas. Suelen ser actividades que les atraen y no requieren de esfuerzo físico. Esta sería la tarea para casa a su vez, deberían de poner en práctica lo comentado sobre las resoluciones de conflictos. Se les recordaría que la semana que viene son las últimas sesiones individuales y que si tienen alguna duda o algo a comentar que no se les olvide.

Sesión Individual nº 4

Esta sesión es la última de las cuatro establecidas y es muy importante. Con cada paciente se tratarían todos los aspectos que ellos consideren necesarios. Por parte del terapeuta, se guaría la sesión de manera que dé tiempo a tratar los temas personas, laborales, emocionales de cada uno. Se le comunicaría cómo ha ido evolucionando durante la terapia y se le comentaría que ha hecho un gran avance gracias a su constancia y esfuerzo.

En esta sesión puede que salgan sucesos que no se habían hablado con anterioridad como el miedo a encontrarse mal cuando ya no tenga la terapia, o a no recordar lo comentado durante las sesiones. Es el momento de transmitir tranquilidad y confianza. El proceso ha sido largo y ha servido para afianzar unos aprendizajes y unas actitudes que le serán útiles en el futuro. Es una persona fuerte y luchadora que saldrá adelante. Que tuvo la iniciativa de venir a terapia porque quería afrontar la enfermedad y ha salido victorioso/a.

Por otro lado se resolverían dudas acerca de la terapia, de lo que tendría que hacer a partir de ahora y de su estado actual. Si hubieran quedado dudas sobre alguna de las sesiones anteriores o se quisiera ampliar algo se dedicaría tiempo para ello. Por último se concluiría la sesión con palabras de apoyo para cada uno de los pacientes recordándoles la importancia de que ellos sean quienes luchan por esta enfermedad, al fin y al cabo el terapeuta es un punto de apoyo.

Sesión Grupal nº 10

Se comenzaría comentando que es la última sesión y que se va a aprovechar al máximo. Se les preguntaría a los pacientes si se han sentido cómodos durante la terapia y se les recordarían los beneficios de seguir con los ejercicios propuestos a lo largo de todas las sesiones. Primero se hablaría de la importancia de evitar recaídas como es el caso de situaciones graves de ansiedad o problemas de sueño. Es crucial que sepan reconocer los síntomas para actuar cuanto antes. Después se comentarían los beneficios de llevar una vida saludable y las múltiples opciones para llevarla a cabo.

Se comenzaría hablando de los beneficios del deporte. Probablemente aquí surjan puntos de vista contradictorios porque hay personas que cuando realizan algún tipo de actividad deportiva sienten más dolor que otras. En ese momento se debería de recalcar que se trata de un deporte muy suave, aeróbico. El reposo constante es contraproducente para el dolor ya que reduce la masa muscular y aumentarían las contracturas. Hay ejercicios que son de origen rehabilitador y deberían de ser recetados por un médico. A la vez que éstos, los ejercicios aeróbicos son un excelente aliado para reducir el dolor. Ejercicios con nadar o caminar mejoran el tono muscular y el estado de ánimo. Se necesitaría crear un hábito de deporte y salir entre 2-3 veces por semana. Al principio se instauraría de manera gradual (Serrano, 2013).

También se recomendaría relacionarse con gente positiva, agradable y con hábitos saludables que ayuden a la persona a distraerse del constante dolor. Por otro lado, escuchar música relajante y evitar las aglomeraciones y las tensiones son muy recomendables.

Para concluir se preguntaría a los pacientes si las expectativas y los objetivos que se propusieron al principio de la terapia se han cumplido. Si ha sido así se volvería a repetir el ejercicio con el ánimo de encontrar nuevos objetivos a corto y largo plazo por conquistar. Se concluiría agradeciéndoles su participación y deseándoles que sigan por el mismo camino.

Conclusión

Durante el trabajo se ha podido comprobar que las investigaciones pasadas y actuales incluyen cuestiones etiológicas, clínicas, sociales y terapéuticas. Por ello, se puede concluir que en la actualidad existen tratamientos psicológicos eficaces para tratar diversos aspectos de la fibromialgia. Uno de los más utilizados es el tratamiento cognitivo conductual.

Desde el punto de vista de atención al entorno familiar, se puede decir que hoy día las terapias están más orientadas a tratar al enfermo de FM que al enfermo y su familia como un conjunto. Sería importante dar soporte a las familias para que conocieran mejor dicho síndrome y proporcionarles herramientas para afrontarlo. En el ámbito laboral es necesario concienciar a los trabajadores y a las empresas de las características y de las consecuencias de esta enfermedad, con el objetivo de que brinden apoyo a las personas que padecen fibromialgia y se les ofrezcan facilidades laborales.

En la actualidad existen asociaciones de fibromialgia que dan soporte a los afectados por esta enfermedad intentando que se mejore su calidad de vida. También hay profesionales de distintos ámbitos que están investigando en los diferentes aspectos de este síndrome tanto en su vertiente clínica como social.

En el caso propuesto, el objetivo principal es que las personas afectadas entiendan que hay posibilidades de mejoría. Este síndrome no es el fin, sino el comienzo de una vida diferente, con la que es necesario aprender a vivir y con la que se puede llegar a tener una calidad de vida adecuada. Con esto se quiere transmitir además la importancia del papel activo del paciente en su proceso de recuperación. Como conclusión, se puede afirmar que la mejora conlleva trabajo y el trabajo genera recompensas. La fibromialgia requiere de un tratamiento multidisciplinar pero no sólo a nivel profesional, sino incluyendo a la persona como principal elemento de su recuperación.

Bibliografía

ACÍN, M. P.; ESCARTÍN, R. (2005). Gabapentina en el tratamiento de la fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 12 (4), pp. 211-215.

ALEGRE DE MIQUEL, C., ET AL (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp. Psiquiatría..* Vol. 38 (2), pp. 108-120.

ARQUÉS EGEA, S. ET AL (2014). *Atención a pacientes con fibromialgia* (1º Edición). Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.

BENNETT, R.; NELSON, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical practice - Rheumatology*. Vol. 8 (2), pp. 416-424.

BIXQUERT JIMÉNEZ, M. (2012). *Fibromialgia: el punto de vista del especialista en Medicina Digestiva*. En *Guía AVAFI* (11-20). Valencia: Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia.

CALANDRE, E.P. ET AL (2011). Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology*. Vol. 50, pp. 1889-1893.

CAPILLA RAMÍREZ, P., GONZÁLEZ ORDI, H. (2013). Fibromialgia: ¿Exageración o simulación? *Clínica y Salud* 24. Vol. 24 (3), pp. 185-195.

CARBONELL ABELLÓ, J. ET AL (2007). *Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica*. En *Quaderns de la Bona Praxis* (1-7). Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

CARBONELL ABELLÓ, J. ET AL (2003). *Estudio Epidemiológico del Dolor en Reumatología en España (EPIDOR)*. Madrid: Edipharma.

CARMONA, L. ET AL. (2001). Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y

características de la población. *Revista Española de Reumatología*. Vol. 28 (1), pp. 18-25.

CARRUTHERS, B. M.; VAN DE SANDE, I. (2006). *Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition and Guidelines for Medical Practitioners. An Overview of the Canadian Consensus Document*. Canadá: Carruthers & van de Sande.

CASTILLA PLAZA, A. M^a; LÓPEZ SANZ, J. (2007). *La Fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en los pacientes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo.

CERVANTES MUÑOZ, M^a. J. (2012). *Trabajo social y familia*. En *Guía AVAFI* (49-52). Valencia: Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia.

COMECHE MORENO, M^a. I. ET AL. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*. Vol. 21 (2), pp. 107-121.

DE GRACIA BLANCO, M. ET AL. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos en fibromialgia. (TFG, Universitat de Girona, 2001).

DE VICENTE, A. ET AL (2009). Fibromialgia y dolor crónico: abriéndose paso en el SNS. *Infocop*. Vol. 43, pp. 3-7.

DÍAZ DE TORRES, P.; LÓPEZ RODRÍGUEZ, R. M^a. (2011). *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

GARCÍA-CAMPAYO, J. ET AL (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencia entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. (73), pp. 32-41.

GARCÍA-CAMPAYO, J. ET AL (2008). Exposición en imaginación como tratamiento del catastrofismo en fibromialgia: un estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatría*. Vol 36 (0), pp. 1-4.

GARCÍA SÁNCHEZ, F.; FERNÁNDEZ LEÓN, E.; CONEJO GALINDO, J. (2010). *Síndrome de fibromialgia: aspectos etiopatogénicos y diagnósticos*. En *aspectos de interés en la Psiquiatría de enlace* (pp. 317- 329). Madrid: Ergon.

GARCÍA SÁNCHEZ, F.; FERNÁNDEZ LEÓN, E.; CONEJO GALINDO, J. (2010). *Síndrome de fibromialgia: abordaje terapéutico*. En *aspectos de interés en la Psiquiatría de enlace* (pp. 331- 337). Madrid: Ergon.

GELMAN, S.M. ET AL. (2005). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*. Vol. 32 (3), pp. 99-105.

GIRALDO PERONA, M^o. R. (2013). Impacto de una intervención de fisioterapia en la calidad de vida y niveles de ansiedad y depresión de pacientes con fibromialgia. Estudio de casos. (TFG, Universidad Alcalá de Henares, 2013).

GROSSMAN, P., RAYSC, A., ET AL (2007) Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychother Psychosom*. Vol. 76, pp. 226-233.

LÁINEZ ANDRÉS, J. M. (2012). *El neurólogo ante la fibromialgia*. En *Guía AVAFI* (25-36). Valencia: Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia.

MARTÍN FERNÁNDEZ, A. (2012). *Papel de psicólogo en la fibromialgia*. En *Guía AVAFI* (57-62). Valencia: Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia.

MARTÍNEZ-LAVÍN, M. (2012). Fibromialgia. *Tratamiento holístico basado en la ciencia*. En *Guía AVAFI* (37-48). Valencia: Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia.

MIRÓ, E.; DIENER, F.N. ET AL (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. Vol. 24 (1), pp. 10-15.

MOIOLI, B.; MERAYO, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 12 (8), pp. 476-484.

MORAL DE LA RUBIA, J; GONZÁLEZ RAMÍREZ, M.T; LANDERO HERNÁNDEZ, R. (2001). Evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia. *Ciencia UANL*. Vol. 14 (2), pp. 153-161.

PASCUAL LÓPEZ, A.; JUNTA DIRECTIVA DE ASAFA (2011). *Guía para comprender la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica*. Aragón: Asociación Aragonesa de Fibromialgia Fatiga Crónica.

PEÑACOBIA PUENTE, C (2009). Intervención psicológica en personas con fibromialgia. *Infocop*. Vol. 43, pp. 14-20.

PÉREZ-PAREJA, J. ET AL (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*. Vol. 16 (3), pp. 415-420.

PRADOS, G., MIRÓ, E. (2012). Fibromialgia y sueño: una revisión. *Revista de Neurología*. Vol. 54 (4), pp. 227-240.

QUINTANA, M., RINCÓN FERNÁNDEZ, M^a, E. (2011). Eficacia del entrenamiento en Mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud*. Vol. 22 (1), pp. 51-67.

RICE, F.L. ET AL (2013). Excessive Peptidergic Sensory Innervation of Cutaneous Arteriole-Venule Shunts (AVS) in the Palmar Glabrous Skin of Fibromyalgia Patients: Implications for Widespread Deep Tissue Pain and Fatigue. *Pain Medicine*. Vol. 14 (6), pp. 895-915.

RIVERA, J. ET AL (2006). Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*. Vol. 2 (Suplem. 1), pp. 55-66.

RODERO, B. ET AL (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia: Una revisión actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 14 (3), pp. 137-151.

SERRANO AGUSTÍN, L (2013). Diseño de un tratamiento psicológico para Fibromialgia. (TFM, Instituto Superior de Estudios Psicológicos , 2013).

SEPHTON, S.E, SALMON, P. ET AL (2007). Mindfulness Meditation Alleviates Depressive Symptoms in Women With Fibromyalgia: Results of a Randomized Clinical Trial. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. Vol. 57 (1), pp. 77-85.

SOLANOT VILA, A. (2013). La fibromialgia como causa de incapacidad permanente. (TFG, Universitat Autònoma de Barcelona, 2013).

URIBE ESCOBAR, J. I. (2012). Terapias Cognoscitivo Comportamentales de Tercera Generación (Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Cognoscitivo Comportamental Basada en Mindfulness, Psicoterapia Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia. (TFG, Universidad de Rosario, 2012).

VILLANUEVA, V. L. ET AL (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado en cuestión. *Revista Sociedad Española del Dolor*. Vol. 11 (7), pp. 430-443

WOLFE, F., SMYTHE, H.A. ET AL (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatology*. Vol. 33 (2), pp. 160-172.

Anexos

Anexo I

Fuente: Díaz de Torres et al., (2011)

Cuestionario de Impacto de la FM (CIF/FIQ)

Nombre:

Fecha:

Puntuación CIF:

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, tache la pregunta.

1. ¿Ha sido usted capaz de ...

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
Hacer la compra?	0	1	2	3
Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
Preparar la comida?	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y los cacharos de cocina?	0	1	2	3
Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
Hacer las camas?	0	1	2	3
Caminar varias manzanas?	0	1	2	3
Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3
Subir escaleras?	0	1	2	3
Utilizar transporte público?	0	1	2	3

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

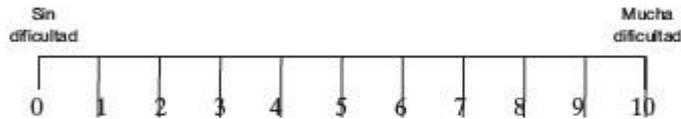
0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

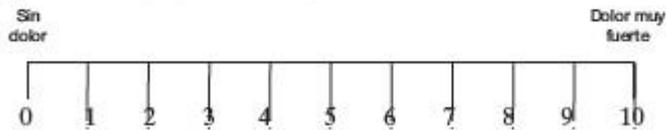
0 1 2 3 4 5 6 7

Rodee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la **ÚLTIMA SEMANA**:

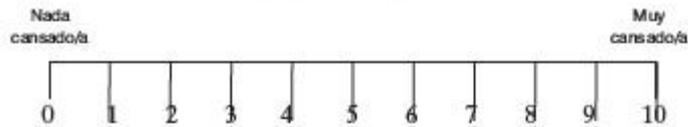
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



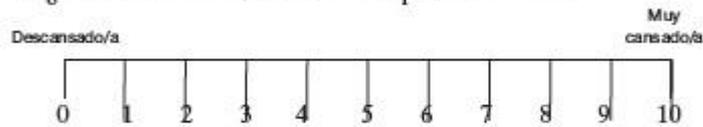
5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



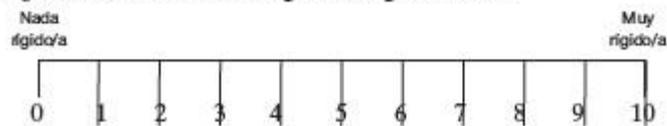
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansado/a?



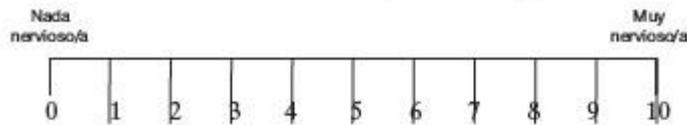
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



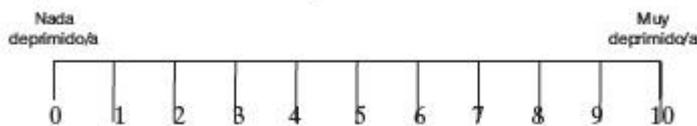
8. ¿Cómo se ha notado de rígido/a o agarrotado/a?



9. ¿Cómo se ha notado de nervioso/a, tenso/a o angustiado/a?



10. ¿Cómo se ha sentido de deprimido/a o triste?



Puntuación

- Cuanto mayor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.
- El rango de puntuación se encuentra entre 0 y 100 y cada uno de sus 10 ítems puede alcanzar valores entre 0 y 10.
- El ítem número 1 tiene 10 subítems que hacen referencia a la función física. Cada uno de ellos se puntúa entre el 0 y 3. Se suman todas las puntuaciones y se divide entre el número de subítems que ha contestado el paciente ofreciendo un valor final entre 0 y 3. Este valor se normaliza multiplicando por 3,33 para obtener un valor con un rango entre 0 y 10.
- Para puntuar la pregunta número 2 primero se recodifica de esta manera: 0 días = 7, 1 día = 6, 2 días = 5, 3 días = 4, ..., 7 días = 0. Después se multiplica la puntuación así obtenida por 1,43 para obtener una puntuación final con un rango entre 0 y 10.
- Para puntuar la pregunta número 3, se multiplica directamente el valor de la respuesta por 1,43.
- Las escalas numéricas contienen valores entre 0 y 10.
- La puntuación del CIF TOTAL es la suma de las puntuaciones de todos sus ítems. Caso de que hubiera quedado alguno sin contestar, se suman todos los demás y la puntuación se divide por el número de ítems contestados y se multiplica por 10, con lo que la puntuación final es siempre de 0 a 100.

Anexo II

Fuente: Díaz de Torres et al., (2011)

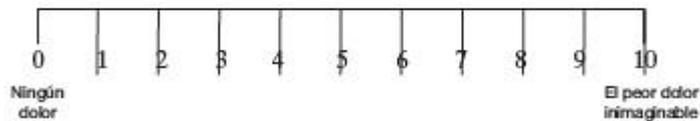
Índice combinado de afectación de enfermos con FM (ICAF)

Instrucciones

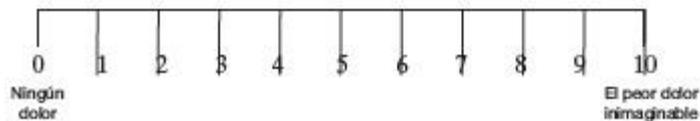
Nos interesa conocer cómo han sido los síntomas de su enfermedad durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, marque una sola respuesta por cada pregunta.

Intensidad del dolor

1. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad mínima** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



2. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad media** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



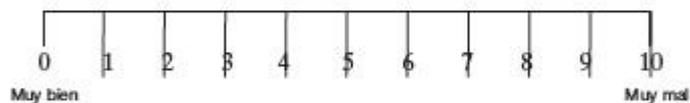
PUNTUACIÓN 1

(ítems 1+2)

Rango 0-20

Calidad del sueño

3. Rodee con un círculo para indicar **cómo ha dormido por las noches** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.



PUNTUACIÓN 2

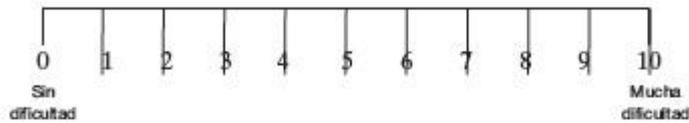
(ítem 3)

Rango 0-10

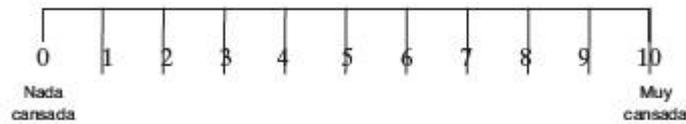
Impacto

Rodee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la ÚLTIMA SEMANA.

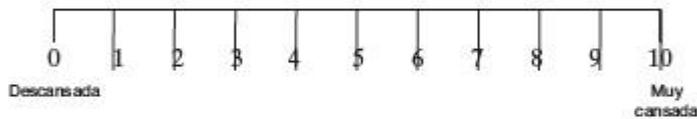
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



5. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



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



PUNTUACIÓN 3

(ítems 4+5+6)
Rango 0-30

Fatiga

Rodee con un círculo para indicar cómo se ha sentido durante la ÚLTIMA SEMANA.

	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
7. Estoy molesta por la fatiga	0	1	2	3	4
8. Me canso enseguida	0	1	2	3	4
9. No hago mucho durante el día	0	1	2	3	4
10. Físicamente me encuentro agotada	0	1	2	3	4
11. Me cuesta poneme a hacer cosas	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN 4

(ítems 7-11)
Rango 0-20

Capacidad funcional

Rodee con un círculo la respuesta que mejor indique su **capacidad para realizar** las siguientes actividades durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

Durante la semana, ¿ha sido usted capaz de ...

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
12. Vestirse solo/a, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	0	1	2	3
13. Lavarse y secarse todo el cuerpo	0	1	2	3
14. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	0	1	2	3
15. Entrar y salir de un coche	0	1	2	3
16. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	0	1	2	3

PUNTUACIÓN 5

(ítems 12-16)

Rango 0-15

Ansiedad y depresión

Marque con una cruz la respuesta que mejor describa **cómo se ha sentido** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

17. Me siento tensa y ansiosa

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

18. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

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

19. 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

20. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

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

21. Espero las cosas con ilusión

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

22. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

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

PUNTUACIÓN 6

(ítems 17-22)

Rango 0-18

Salud general

¿Cómo ha estado de salud durante la **ÚLTIMA SEMANA**? Sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Ponga una cruz en la casilla correspondiente.

23. **¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
24. **¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
25. **¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
26. **¿Se ha notado nerviosa y “a punto de explotar” constantemente?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
27. **¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**
- (0) Mejor que lo habitual
 - (1) Igual que lo habitual
 - (2) Peor que lo habitual
 - (3) Mucho peor que lo habitual
28. **¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?**
- (0) Más satisfecha que lo habitual
 - (1) Igual que lo habitual
 - (2) Menos satisfecha que lo habitual
 - (3) Mucho menos satisfecha que lo habitual

29. **¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

- (0) Más que lo habitual
- (1) Igual que lo habitual
- (2) Menos que lo habitual
- (3) Mucho menos que lo habitual

30. **¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

31. **¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

- (0) Claramente, no
- (1) Me parece que no
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente, lo he pensado

32. **¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

33. **¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente lo he pensado

PUNTUACIÓN 7

(ítems 23-33)

Rango 0-33

Estrategias de afrontamiento

Durante la **ÚLTIMA SEMANA**, ¿cuántos días ha utilizado cada uno de los siguientes medios para **intentar reducir el dolor**? (Anótelos con independencia de que en ese momento se encontrara con dolor, con menos dolor, o sin dolor).

		Número de días							
		0	1	2	3	4	5	6	7
34	Pensar en algo agradable o que me distraiga y me ayude a relajarme								
35	Ignorar el dolor								
36	Pedirle a alguien que haga algo por mí								
37	Centrarme en relajar mis músculos								
38	Apoyarme en algo cuando me siento o me levanto								
39	Decirme cosas a mí misma que me hagan sentirme mejor								
40	Conseguir el apoyo de algún familiar								
41	Pensar en las cosas buenas que tengo								
42	Pedir ayuda si tengo que levantar, llevar o empujar algo								
43	Decirme a mí misma que el dolor mejorará								
44	Evitar ponerme peso en los pies o en las piernas								
45	No dejar que el dolor interfiera mis actividades								
46	Caminar menos a causa del dolor								
47	No prestar atención al dolor								
48	Hablar con un familiar o amigo para pedirles ayuda o apoyo								
49	Sigo haciendo lo que estoy haciendo en ese momento								
50	Tumbarme en la cama								
51	Recordarme las cosas buenas que tengo, como buenos amigos, inteligencia, etc.								
52	Estar junto a un familiar								
53	Respirar profunda y lentamente para relajarme								
54	Irme a descansar a una habitación								
55	No dejar que el dolor interfiera en lo que estoy haciendo								

PUNTUACIÓN 8

(ítems fondo blanco

34 + 35 + 37 + 39 + 41 + 43 + 45 + 47 + 49 + 51 + 53 + 55)

Rango 0-84

PUNTUACIÓN 9

(ítems fondo de color)

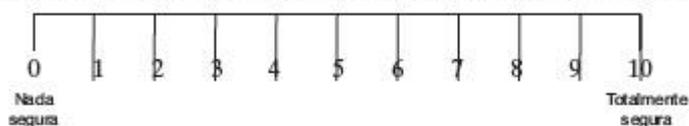
36 + 38 + 40 + 42 + 44 + 46 + 48 + 50 + 52 + 54)

Rango 0-70

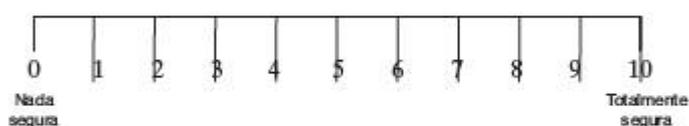
Autoeficacia

Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cómo le afecta o influye la fibromialgia y su opinión sobre su **habilidad para controlarla**.

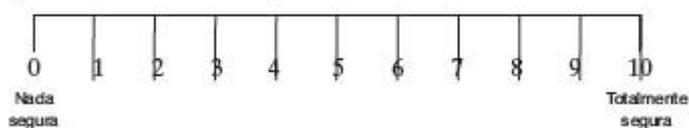
56. ¿Está usted segura de que puede hacer disminuir su dolor bastante?



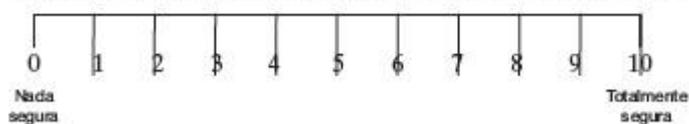
57. ¿Está usted segura de que puede evitar que el dolor le dificulte el sueño?



58. ¿Está usted segura de que puede hacer algo para ayudarle a sentirse mejor si se siente triste o deprimida?



59. En comparación con otras personas con Fibromialgia, ¿está usted segura de que puede manejar el dolor mientras realiza sus actividades diarias?



PUNTUACIÓN 10

(ítems 56-59)

Rango 0-40

HOJA DE PUNTUACIONES ICAF

Factor Físico		Factor Afrontamiento activo	
Puntuación directa (1+2+3+4+5)	<input type="text"/>	Puntuación directa (8+10)	<input type="text"/>
Punt. Z ¹ (directa - 61.7) / 13.43	<input type="text"/>	Punt. Z ¹ (directa - 63.99) / 24.04	<input type="text"/>
Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>	Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>
Factor Emocional		Factor Afrontamiento pasivo	
Puntuación directa (6+7)	<input type="text"/>	Puntuación directa (9)	<input type="text"/>
Punt. Z ¹ (directa - 23.84) / 10.48	<input type="text"/>	Punt. Z ¹ (directa - 37.06) / 14.38	<input type="text"/>
Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>	Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>

Para el cálculo del ICAF TOTAL, utilizar las **puntuaciones directas** según la siguiente fórmula:

F. Físico	F. Emocional	F. Afront. Pasivo	F. Afront. Activo	Puntuación directa
*	*	*	*	
0,23	0,53	0,1	0,14	

+ + - =

Punt. Z¹
(directa - 21,38) / 9,8 Punt. T²
(z * 10) + 50 **ICAF**

¹ La puntuación Z permite ubicar al paciente con respecto a los valores de referencia del estudio inicial realizado con 301 pacientes de Fibromialgia. En su cálculo se tiene en cuenta la media y la desviación estándar de la muestra del referido estudio.²⁹⁷

² La puntuación T tiene una media de 50 y una desviación estándar de 10.

Anexo III

Estructura de la anamnesis

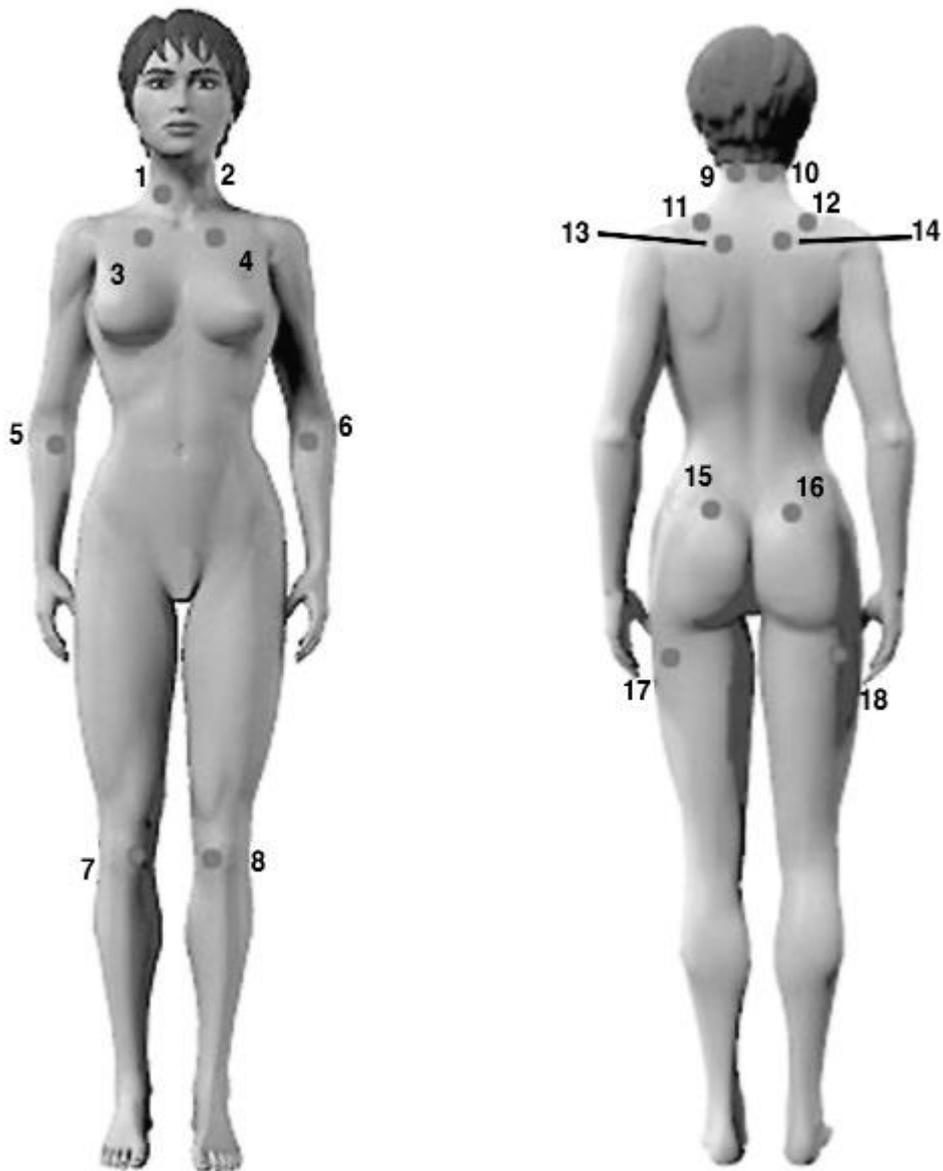
Fuente: Elaboración propia

1. Motivo de consulta	Se recoge el motivo de la demanda
<i>2. Antecedentes psiquiátricos familiares</i>	Información psiquiátrica familiar (posibles trastornos del estado de ánimo, TOC, trastornos de la personalidad)
<i>3. Antecedentes orgánicos familiares</i>	Fibromialgia, artritis reumatoide, lupus erimatoso, esclerosis múltiples neuropatías, metástasis óseas
<i>4. Historia personal y laboral</i>	Estudios previos, estado civil, situación laboral, tipo de incapacidad adquirida, situación familiar (hijos, independizados, en paro), situación traumática (con fecha)
<i>5. Hábitos tóxicos</i>	Fumar (tipo), drogas, cafeína, teína, alcohol
<i>6. Enfermedades orgánicas diagnosticadas</i>	Cefaleas, diabetes, colesterol, alergias, acúfenos...
<i>7. Enfermedades psiquiátricas diagnosticadas</i>	Depresión, ansiedad, t. personalidad, TOC, TEPT...
<i>8. Medicación</i>	Medicación psiquiátrica, hipertensión, diabetes, analgésicos, relajantes musculares...
<i>9. Orientación Psicopatológica y clínica</i>	Puntos dolorosos, cansancio, insomnio, dismenorrea, falta de apetito, disfunciones sexuales, ideas de suicidio, variabilidad anímica, ansiedad somática...

Anexo IV

Los puntos gatillo o Tender Points

Fuente: Villanueva et al.,(2004)



Anexo V

Objetivos para la terapia

¿qué objetivos te has propuesto para esta terapia	¿Cómo pueden estos objetivos mejorar tu vida?

Fuente: Elaboración propia

Anexo VI

Situaciones relacionadas con dolor que pueden hacer desaparecer emociones negativas

Emoción	Significado	Ejemplo
Enfado	Ofensa a partir de las limitaciones que el dolor provoca	Si pudiera luchar con mi dolor a muerte
Ansiedad	Amenaza incierta. Las amenazas no son un peligro inmediato sino preocupaciones y desafíos rutinarios	¿Podré vestirme? ¿Podré conducir hasta el trabajo?
Miedo	Peligro inmediato de no poder andar más	Ante un dolor muy intenso pensar: ¿Y si ya no puedo levantarme de la cama nunca más?
Culpa	Transgresión de un imperativo moral (los padres deben coger a sus hijos en brazos)	Sentirse culpable por haber olvidado el cumpleaños de alguien
Vergüenza	Fracaso con respecto al ideal del yo	Pensar "si me vieran mis compañeros, con lo que era antes"
Tristeza	Pérdidas de áreas vitales	Amigos perdidos, trabajo perdidos, incapacidad, sólo hay dolor.

Fuente: Kovacs y Moix, (2009); citado por Serrano Agustín, (2013)

Anexo VII

Reestructuración Cognitiva basada en la Teoría de Ellis

Situación	Creencia	Distorsión	Emoción	Pensamiento Alternativo

Fuente: Elaboración Propia

