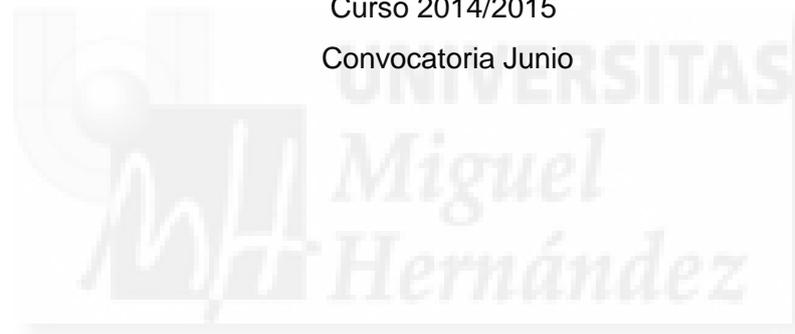




Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/2015
Convocatoria Junio



Modalidad: Trabajos de carácter profesional, relacionados con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título.

Título: Programa de intervención para pacientes con fibromialgia basado en terapias cognitivo-conductuales y de tercera generación.

Autor: Ainara Muñoz Ranchel

Tutora: Gemma Benavides Gil

Elche a 21 de Mayo de 2015

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4-8
3. Método	9
3.1. Objetivos específicos.....	9
3.2. Beneficiarios	9
3.3. Instrumentos de evaluación	10-11
3.4. Descripción del programa de intervención	12-16
4. Discusión/Conclusión	16-17
5. Referencias	18-21
6. Anexos	22
Anexo A. Descripción de las sesiones	23-24
Anexo B. Entrevista estructurada para el diagnóstico de la fibromialgia	25
Anexo C. Consentimiento informado	26
Anexo D. Tareas para casa.....	27-28



Resumen: La fibromialgia es una enfermedad crónica que cursa con dolores generalizados, agotamiento y otros síntomas físicos, y que puede generar ansiedad y depresión en las personas que la padecen. Actualmente no existe un tratamiento curativo para esta enfermedad, y la intervención está orientada al control de los síntomas. El objetivo general del presente trabajo ha sido diseñar un programa de intervención psicológica, en formato grupal, para pacientes diagnosticados de fibromialgia, que combine las técnicas cognitivo-conductuales más tradicionales con las nuevas aportaciones provenientes de las terapias de tercera generación, principalmente el *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso, a fin de mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: fibromialgia, intervención psicológica, terapia cognitivo-conductual, terapias de tercera generación.

Abstract: Fibromyalgia is a chronic disease characterized by widespread pain, fatigue and other physical symptoms, and may cause anxiety and depression in people who have it. Currently there is no cure for this disease, and the intervention is aimed at controlling symptoms. The overall objective of this study was to design a program of psychological intervention in a group format, for patients diagnosed with fibromyalgia, which combines the more traditional cognitive- behavioral techniques with new contributions from third-generation therapies, mainly mindfulness and the acceptance and commitment therapy, to improve their quality of life.

Keywords: fibromyalgia, psychological intervention, cognitive behavioral therapy, therapy of third generation.

2. Introducción

El dolor crónico se caracteriza por una sensación de malestar que dura más de tres meses, y que no mejora con reposo ni con fisioterapia (Merskey y Bogduk, 1994; Pedrajas y Molino, 2008).

Entre las enfermedades que cursan con dolor crónico destaca la fibromialgia. Según la definición propuesta por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), se define como *"una afección crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, con bajo umbral de dolor, hiperalgesia y alodinia (dolor producido por estímulos habitualmente no dolorosos)"* (p. 29).

Se caracteriza por ser una entidad crónica en la que se presentan dolores generalizados y agotamiento profundo, además de otros síntomas como fatiga, problemas de sueño, cefaleas, lumbalgias, parestesias, hipersensibilidad sensorial y problemas de concentración y de memoria. Asimismo, diversas investigaciones indican que los pacientes diagnosticados con fibromialgia a menudo presentan trastornos de ansiedad y depresión, trastornos fóbicos y compulsivos, y una mayor dependencia a los medicamentos y el alcohol (García-Bardóna *et al*, 2006).

La psicología actual está trabajando para determinar los factores psicológicos implicados en su desarrollo, mantenimiento, cronificación y tratamiento (Casado, Moix y Vidal, 2008).

La causa de la enfermedad es desconocida. Algunos estudios postulan que hay una alteración en los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del SNC, aunque tras la exploración diagnóstica con pruebas objetivas sea normal (García-Bardóna, Castel-Bernala y Vidal-Fuentes, 2006).

Además, hay evidencias de que existe una disfunción en la actividad hipotálamo-hipófiso-adrenal, ya que aunque el eje esté activado, no se produce una hipercortisolemia sino por el contrario una disminución del cortisol plasmático, lo cual representa una falta de freno a la producción de anticuerpos anti-serotonina, que se hallan elevados, y al mismo tiempo se produce una disminución de los niveles de serotonina plaquetaria y del SNC, disminuyendo así el umbral del dolor (Werle, Fischer, Muller, Fiehn y Eich, 2001).

Por lo que respecta a la epidemiología de esta enfermedad, en España el porcentaje de personas que padecen la enfermedad se sitúa alrededor de un 11%, siendo además la duración y la intensidad mayor que en el resto de países de Europa (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006).

La fibromialgia es más frecuente en mujeres, entre un 80-90%, siendo su edad de inicio alrededor de los 30-60 años. La prevalencia global de la enfermedad en la población es de un 2,37%. Según el Instituto Ferrán de Reumatología, ello supone el 5-7 % de las consultas en Atención Primaria y el 10-20 % de las consultas en Reumatología. El impacto económico que supone tanto en los tratamientos como en términos de bajas laborales es elevado (Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Herbert, 1995).

Actualmente, el pronóstico de la fibromialgia es difícil de establecer. A día de hoy, no existe una cura para la enfermedad, que tiende a cursar con cronicidad. Sin embargo, existen una serie de factores psicológicos que se asocian a un mejor pronóstico, como son el control de dolor, la autopercepción de sentirse capaz, y la realización de ejercicio físico, que favorece el desempeño de las tareas habituales de forma sistemática (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y Río Martín, 2011).

La fibromialgia puede reducir sustancialmente la calidad de vida de las personas que la padecen. Así, por ejemplo, a nivel laboral, la fatiga y el cansancio que genera impiden a la persona realizar un trabajo que conlleve mucho esfuerzo. Asimismo, a nivel psicológico, la persona se autopercibe como poco capaz para realizar su trabajo y actividades de la vida cotidiana. En muchos casos, suelen tener una baja autoestima e ideas catastrofistas sobre la enfermedad.

Según Carville *et al.* (1999), el tratamiento ha de tener en cuenta la complejidad de los síntomas y debe incluir un equipo multidisciplinar en el que se incluya rehabilitación (ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento), farmacoterapia (antidepresivos, analgésicos y antiinflamatorios) y terapia cognitivo-conductual.

El tratamiento psicológico de la fibromialgia debe identificar y tener en cuenta los factores que pueden influenciar en la percepción del dolor de cada paciente, tanto psicológicos como sociales. La hipervigilancia y los sesgos catastrofistas que se producen ante un estímulo de dolor ocasionan respuestas emocionales de miedo y ansiedad, que a su vez llevan a la realización de respuestas de escape o evitación ante la situación estresante que genera dicho estímulo.

En determinados casos, algunos pacientes llegan a desarrollar síntomas de hipocondría, debido a la atención e hipervigilancia mantenida durante largo tiempo ante las respuestas fisiológicas y emocionales de la propia enfermedad. En definitiva, los pacientes suelen presentar problemas cognitivos y emocionales, así como grandes limitaciones en su vida cotidiana, al no poder llevar a cabo actividades que anteriormente realizaban sin restricciones (Almendro *et al.*, 2011).

El objetivo de la mayoría de los tratamientos psicológicos es ayudar a la persona a controlar los aspectos emocionales relacionados con la ansiedad y depresión, los aspectos cognitivos, así como los aspectos conductuales y sociales.

El tratamiento cognitivo conductual es la intervención psicológica que mayor eficacia ha demostrado en el tratamiento de la fibromialgia (Moix y Casado, 2011; Wells-Federman, Arnstein y Caudill-Slosberg, 2003). Según Morley, Eccleston y Williams, 1999) existe gran evidencia de la eficacia de la terapia de la conducta y el tratamiento cognitivo-conductual en la mejoría del dolor, el afrontamiento del mismo y el funcionamiento social. Por otra parte, un meta-análisis realizado por Rossy, Buckelew, Dorr, Hagglund, Thayer, McIntosh y Hewett (1999) concluyó que en el tratamiento específico de la fibromialgia, el tratamiento cognitivo-conductual es la terapia que mayor eficacia demuestra sobre el nivel de actividad, por encima del tratamiento farmacológico. En general, los resultados de la mayoría de estudios en los que se han empleado las técnicas cognitivo-conductuales no sólo muestran su efectividad, sino también un adecuado balance coste-efectividad (Lamb *et al.*, 2010).

Entre las técnicas cognitivo-conductuales tradicionales, de primera y segunda generación, utilizadas en el tratamiento de la fibromialgia, se encontrarían: la *respiración controlada*, para minimizar la percepción del dolor y reducir la ansiedad; la *relajación progresiva de Jacobson*, para romper el círculo vicioso y reducir la tensión provocada por el dolor y el dolor provocado por la tensión, así como para reducir los niveles de ansiedad; las *técnicas de reestructuración cognitiva*, para modificar las creencias erróneas y los pensamientos negativos que están manteniendo las conductas de enfermedad; la *técnica de manejo de la atención*, para controlar la atención en las situaciones de dolor y ayudar a modificar su percepción; las *técnicas de distracción cognitiva y focalización de la atención*, para focalizar la atención en pensamientos positivos y sensaciones agradables, no en la propia sintomatología; la *planificación de actividades* que se ajusten a sus nuevas

limitaciones y que al mismo tiempo contribuyan a disminuir el ánimo depresivo; la *técnica de resolución de problemas*, para ayudar a tomar decisiones y solucionar problemas teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades que la fibromialgia genera en el paciente y en su entorno; las *técnicas de manejo de emociones y asertividad*, a fin de identificar las emociones desagradables (miedo, enfado, ansiedad, tristeza, asco y vergüenza), entender cuál es su relación con el dolor y relacionarse eficazmente con los demás (Moix y Casado, 2011; Rodríguez y García, 1988; Vallejo y Comeche, 1994).

Por otra parte, la última generación dentro de la terapia cognitivo-conductual, a saber, las terapias de tercera generación, están teniendo resultados eficaces en el tratamiento de la fibromialgia. Destacan, principalmente, el Mindfulness y la Terapia de aceptación y compromiso. En los últimos años, ha sido creciente la investigación basada en este tipo de terapias.

Mindfulness o conciencia plena es definido por Kabat- Zinn (2003) como “*la toma de conciencia que emerge mediante prestar atención de forma intencionada en el momento presente y sin juzgar la experiencia que se desarrolla en cada momento*” (p.144).

Esta técnica tiene como objetivo concentrar la atención en cada momento, pensamiento, emociones y sensaciones que se va experimentando sin juzgarlos, simplemente tomando conciencia de ellos y aceptándolos. Esta técnica incluye la práctica de ejercicios de diferentes tipos de meditación y yoga, disminuyendo el interés negativo del contenido del pensamiento, viendo la experiencia del momento con mayor claridad y objetividad (Veehof, Maarten-Jan Oskam, Schreurs Ernst y Bohlmeijer, 2011).

En un meta-análisis realizado por Lakhan y Schofield (2013), en el cual se basaba en una revisión sistemática para determinar la eficacia de la terapia de Mindfulness en trastornos de somatización (fibromialgia o fatiga crónica), se encontró que los programas de reducción del estrés basados en Mindfulness y en la terapia basada en Mindfulness son más efectivos que los programas que no la incluyen.

La *Terapia de aceptación y compromiso*, tiene como objetivo aceptar el sufrimiento como parte de la vida (en este caso el dolor) y, a pesar de ello, orientarse hacia las metas y valores que son importantes para uno mismo, es decir, no dejarse llevar por el dolor ni centrar todos nuestros esfuerzos en controlarlo, sino aceptarlo y continuar haciendo lo que es importante para nosotros, a pesar del dolor.

Asimismo, lo que se busca con esta técnica es el equilibrio entre la atención y los procesos de aceptación de cambio de comportamiento al servicio de una mayor flexibilidad psicológica y la participación en las actividades que realmente importan (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). En un estudio realizado por McCracken y Velleman (2010) se indagó sobre la efectividad de la flexibilidad psicológica en la percepción del dolor, encontrándose que esta puede reducir el impacto del dolor crónico en los pacientes, ya que los procesos de flexibilidad psicológica interactúan significativamente con las sensaciones de dolor, las emociones, los pensamientos y las actividades de la vida cotidiana.

En definitiva, tras numerosas investigaciones se ha concluido que la intervención más adecuada es aquella que combine variables biológicas, psicológicas y sociales en relación a la conducta de dolor, proponiéndose un modelo biopsicosocial basado en la búsqueda de las alternativas terapéuticas más adecuadas para disminuir la intensidad del dolor, es decir, que el impacto de dolor ocasione el menor malestar a la persona y pueda tener una adecuada calidad de vida (Almendro *et al.*, 2011).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo general del presente trabajo es diseñar un programa de intervención psicológica, en formato grupal, para pacientes diagnosticados de fibromialgia, que combine las técnicas cognitivo-conductuales más tradicionales con las nuevas aportaciones provenientes de las terapias de tercera generación, principalmente el *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso, a fin de mejorar su calidad de vida.

3. Método

3.1. Objetivos específicos

Del objetivo general previamente expuesto se desprenden una serie de objetivos específicos. Con el programa de intervención propuesto en el presente trabajo se espera que el paciente sea capaz de:

- Identificar las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y motoras que agravan su enfermedad.
- Modificar las expectativas y los pensamientos distorsionados sobre la fibromialgia.
- Adquirir habilidades de manejo del dolor y de los estados emocionales negativos.
- Mantener los objetivos vitales y el funcionamiento diario a pesar de la enfermedad.
- Aplicar lo aprendido en las sesiones a su vida diaria y mejorar su calidad de vida.

3.2. Beneficiarios

La población a la que va dirigida la propuesta de intervención planteada en este trabajo son los usuarios diagnosticados con fibromialgia asistidos en la Unidad de Dolor de los centros hospitalarios.

Los criterios de inclusión establecidos para poder recibir el tratamiento propuesto son:

- Haber recibido un diagnóstico de fibromialgia.
- Mostrar un elevado compromiso con el tratamiento.
- Presentar una funcionalidad que le permita participar en el tratamiento.

3.3. Instrumentos de evaluación

Antes de comenzar el tratamiento se llevará a cabo una evaluación inicial, de línea base, con cada uno de los pacientes que integren el grupo. Al finalizar el mismo se realizará una evaluación postratamiento, a fin de evaluar si se han cumplido los criterios de mejoría y comprobar la eficacia del programa de intervención.

Los instrumentos de evaluación que se aplicarán son:

- “Entrevista estructurada para el diagnóstico de la fibromialgia” (elaborada específicamente para el programa de intervención). Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que, a través de preguntas tanto dicotómicas como de respuestas abiertas, explora diversas áreas de la historia clínica del paciente (datos personales, tratamiento farmacológico y psicológico, limitaciones funcionales).
- “Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia” (*Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ*; Burckhardt, Clark y Bennett, 1991; adaptación española de Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004). Es un cuestionario autoaplicado que mide la intensidad del dolor e interferencia del mismo en las actividades de la vida cotidiana, en el estado de ánimo y en la capacidad de interacción social. Consta de 10 ítems con una escala de respuesta tipo Likert (0-4). En un estudio realizado por Esteve y Batlle (2006), en el que se comparaban varias versiones del cuestionario de validación, se obtuvo un α de Cronbach de 0.93.
- “Escala de Ansiedad y Depresión” (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD*; Zigmond y Snaith, 1983). Es una escala autoadministrada de autovaloración que permite detectar estados de ansiedad y depresión al margen de la influencia de enfermedades físicas. Utilizada con frecuencia en el ámbito hospitalario (Perpiñá, Richart y Cabañero, 2010). Consta de dos subescalas compuestas por siete ítems en formato tipo Likert (0-3). En un estudio en el que se comparaban las propiedades psicométricas del SF-36 (cuestionario orientado a evaluar la sintomatología en pacientes hepáticos) y el *HAD*, la validez discriminante que se obtuvo fue de 0.64 (Estraviz, Quintana, Valdevieso, Bilbao, Ortiz de Urbina y Sarabia, 2007).
- “Escala de Catastrofización ante el dolor” (*Pain Catastrophizing Scale, PCS*; Michael Sullivan, 1995; adaptación española de García-Campayo, Rodero, Alda, Sobradiel, Montero y Moreno, 2008). Es una de las escalas más utilizadas para evaluar el constructo CAD (catastrofización ante el dolor crónico). Incluye 13 ítems divididos en tres dimensiones: magnificación, rumiación y desesperanza. El rango en el que oscila la puntuación total es entre 13 y 62, indicando escasa catastrofización las

puntuaciones bajas, y alta catastrofización las puntuaciones altas. La versión española de la PCS muestra adecuadas propiedades psicométricas, similares a la escala original, por lo que su uso está orientado a la práctica asistencial e investigación clínica (García-Campayo *et al.*, 2008). Según el estudio de validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor realizado por estos autores, sus resultados mostraron una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0.79), fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase = 0.84) y sensibilidad al cambio de tamaño (tamaño del efecto > 2).

- “Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor” (*Assessment of Chronic Pain Strategies*, CSQ; Rossenstiel y Keefe, 1983; adaptado a la versión española por Soriano y Monsalve, 1999). Es uno de los cuestionarios más utilizados en la evaluación del dolor a través de estrategias de afrontamiento. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (0 = nunca y 7 = siempre. En el estudio de evaluación de estrategias de afrontamiento del dolor crónico realizado por Rodríguez, Cano y Blanco (2004) los resultados acerca de la estructura factorial y la consistencia interna del cuestionario mostraron un α de Cronbach de 0.78 para el primer factor y 0.46 para el segundo factor. Ambos datos fueron significativos (prueba F) a $p < 0.01$. Las propiedades psicométricas dependen de la estructura que adopta en cada muestra seleccionada y en la que es utilizado el cuestionario, del mismo modo, es un instrumento válido y fiable (Rodríguez *et al.*, 2004).
- “Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico” (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire*, CPAQ; McCracken, Vowles, y Eccleston, 2004; adaptación española por Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol y Aramburu, 2007). Es un cuestionario que evalúa el grado de aceptación del dolor crónico, consta de 20 ítems y responde a un formato de respuesta tipo Likert (0-7). Según Geiser (1992), los estudios iniciales realizados en relación a la aceptación y la adaptación al cuestionario CPAQ, muestran una adecuada consistencia interna y correlaciones esperadas con medida de funcionamiento físico y malestar psicológico. Tras estudios posteriores en los que se evaluó su contenido y dimensionalidad (McCracken, Vowles y Eccleston, 2004), se establecieron dos factores, *la implicación en las actividades* (α de Cronbach de 0.82) y *la apertura al dolor* (α de Cronbach de 0.78).

3.4. Descripción del programa de intervención

El programa de intervención propuesto está constituido por dieciséis sesiones; catorce sesiones de terapia en formato grupal y dos sesiones individuales. La periodicidad de las sesiones será una vez a la semana, durante tres meses. Tras haber realizado la intervención, se realizará un seguimiento a los seis meses. La duración de las sesiones tendrá una duración de tres horas. Cada sesión consiste en tres partes diferenciadas. En primer lugar, se comentan las tareas realizadas en casa, para conocer más detalladamente cómo ha ido la práctica de la tarea y para resolver dudas que hayan podido surgir. En la segunda parte de la sesión, se explica la temática de la misma sesión, siempre a través de una parte teórica y posteriormente mediante diferentes ejercicios prácticos. Finalmente, se propone a los pacientes las tareas que han de practicar durante la semana de todo lo aprendido.

En relación a las dos sesiones individuales, se realizan al principio del tratamiento para conocer con mayor detalle al paciente, el curso de la enfermedad, sus necesidades y los recursos de los que dispone para afrontar la enfermedad, evaluar qué conocimientos tiene sobre las técnicas que se emplean en el tratamiento de la fibromialgia, y tratar cualquier cuestión particular que el paciente trabaje.

Además, en estas sesiones individuales se han de tratar con el paciente los aspectos éticos de la confidencialidad de sus datos y los resultados de la intervención. Asimismo, antes de iniciar la intervención, en la primera sesión, se ha de firmar un consentimiento informado (véase Anexo C).

Aunque la intervención está centrada en una terapia grupal, cabe la posibilidad de realizar más sesiones individuales personalizadas en casos concretos en los que las necesidades del paciente sean inmediatas.

En cuanto a las sesiones grupales, el tamaño adecuado del grupo oscila entre 8 y 10 participantes. En ellas se explican y practican las distintas técnicas cognitivo-conductuales y de tercera generación que conforman el grueso del programa de intervención.

En la Tabla 1 se muestran las sesiones de intervención individual y en la Tabla 2 la intervención grupal, respectivamente, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso. La información más concreta sobre el desarrollo de cada una de las sesiones se presenta en el Anexo A.

Tabla 1. Descripción de la intervención individual

Sesión	Objetivos	Técnica	Material
1	<p>Identificar el motivo de consulta</p> <p>Comprobar si se cumplen los criterios de inclusión</p> <p>Empatizar con el paciente</p> <p>Presentar la propuesta de intervención</p> <p>Establecer el acuerdo entre el profesional-paciente</p>	Entrevista	<p>Entrevista estructurada clínica para el diagnóstico de la fibromialgia</p> <p>“Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia” (<i>Fybromialgia Impact Questionnaire, FIQ</i>)</p> <p>Contrato psicológico</p>
2	<p>Realizar la evaluación detallada del caso</p> <p>Detectar posibles conductas problema</p>	<p>Pase de cuestionarios</p> <p>Técnicas y habilidades específicas</p>	<p>“Escala de Ansiedad y Depresión” (<i>Anxiety and Depression Scale, HAD</i>)</p> <p>Autorregistro de observación</p>

Tabla 2. Descripción de la intervención grupal

Sesiones	Módulo	Técnica	Material
1	<p>Psicoeducación y compromiso con el tratamiento</p> <p>Objetivo: Proporcionar información sobre la fibromialgia.</p>	<p>Información sobre los aspectos biopsicosociales de la fibromialgia</p>	<p>Información escrita y visual sobre la fibromialgia</p> <p>Biblioterapia para casa</p> <p>Compromiso de confidencialidad</p>
2-3	<p>Relajación y distracción</p> <p>Objetivo: Aprender a autoobservar la conducta de dolor y manejarla mediante técnicas de respiración, relajación y distracción.</p>	<p>Autoobservación del dolor</p> <p>Técnicas de respiración y relajación</p> <p>Técnicas de distracción</p>	<p>Ejercicios de relajación y respiración para casa</p>
4-5	<p>Modificación de pensamientos negativos</p> <p>Objetivo: Identificar las distorsiones cognitivas y los pensamientos negativos, modificarlos por otros más adaptativos.</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>“Escala de Catastrofización al Dolor” (<i>Pain Catastrophizing Scale, PCS</i>)</p> <p>Autorregistro ABC</p>
6	<p>Planificación de actividades agradables</p> <p>Objetivo: Identificar actividades agradables para el sujeto y planificar su realización en la vida</p>	<p>Búsqueda de objetos de reforzamiento</p>	<p>Autorregistro de actividades agradables</p> <p>Autorregistro de nuevas actividades</p>

	diaria.		
7	<p>Solución de problemas y actividades agradables</p> <p>Objetivo: Identificar las situaciones de dolor y controlar el dolor.</p>	Resolución de problemas	“Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor” (<i>Assessment of Chronic Pain Strategies, CSQ</i>)
8	<p>Asertividad</p> <p>Objetivo: Reducir el malestar que ocasiona el dolor e incrementar las emociones positivas.</p>	Entrenamiento en habilidades sociales	Cuestionario de Asertividad
9-10	<p>Vivir en el presente</p> <p>Objetivo: Centrar la atención en cada momento presente, sensación y pensamiento.</p>	Mindfulness	<p>Meditación de la respiración</p> <p>Body Scan</p> <p>Meditación de las emociones, los pensamientos y las sensaciones físicas</p>
11-12-13	<p>Aceptación y compromiso</p> <p>Objetivo: Atender a los pensamientos y sensaciones corporales, sin juzgarlos.</p>	Terapia de Aceptación y Compromiso	“Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico” (<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire, CPAQ</i>)
14	<p>Prevención de recaídas</p> <p>Objetivo: Prevenir las recaídas a través de la psicoeducación, técnicas de afrontamiento y reestructuración cognitiva.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Técnicas de afrontamiento</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>	Autoinformes e informes autobiográficos

4. Discusión/Conclusión

Con este presente trabajo se pretende tomar conciencia y acercar la necesidad de introducir un abordaje biopsicocial y multidisciplinar del tratamiento de dolor en la enfermedad de fibromialgia. Además, se ha observado anteriormente en diversos estudios e investigaciones que el tratamiento indicado para tratar la fibromialgia en determinados casos no resulta eficaz puesto que la sintomatología y el origen que cursa con esta enfermedad tiene una etiología desconocida.

Nos planteamos la posibilidad de llevar a cabo una intervención individual y grupal, con la intervención individual se trata de una forma más cercana y personalizada la intervención con el paciente, tratando aquellos aspectos que por sí mismos no se pueden tratar en la terapia grupal.

Por otro lado, con la intervención grupal se ofrece la oportunidad al paciente de compartir experiencias y aprendizajes con otras personas, del mismo modo verse identificado con las vivencias de otros.

Asimismo, se intenta fomentar una actitud activa en los pacientes ante las conductas de dolor, aumentar sus expectativas de autoeficacia en relación al tratamiento y estrategias de afrontamiento dirigidas al control y el manejo de la sintomatología de dolor en situaciones difíciles, así como identificar y regular las emociones, modificar esquemas cognitivos de los pacientes por pensamientos positivos. Aunque no desaparezca toda la sintomatología de dolor, al menos se busca lograr disminuir ese dolor con la intervención a través de las estrategias y técnicas específicas anteriormente comentadas, de ese modo reducir la percepción de dolor incontrolable, la frecuencia y la intensidad de dolor, siendo menor la interferencia en su vida cotidiana.

De este modo, se plantea la posibilidad de utilizar una ventana temporal más amplia con el fin de comprobar si se han producido resultados efectivos y modificaciones observables en el nivel del dolor percibido por los pacientes.

Además, más allá de las modificaciones que se produzcan en relación a la funcionalidad, podemos destacar cambios en la autoestima y crecimiento personal en los pacientes, así como una mejor percepción de sí mismos y un mayor autoconocimiento de la enfermedad y del entorno, al mismo tiempo, ello se extrapola a

las diversas áreas de su vida y se traduce en una adecuada y saludable calidad de vida.

Por un lado, se incide en el manejo psicológico del dolor a través de técnicas específicas, como son la relajación y respiración controlada, con ello se intenta transmitir el descentramiento de la queja somática y dolores físicos, con ello fomentar estrategias de afrontamiento más activas.

Por otra parte, tanto los pacientes como los terapeutas posiblemente valoren con gran satisfacción la experiencia de las sesiones en grupo, puesto que la dinámica y participativa, hay gran interacción entre los pacientes teniendo la posibilidad de compartir sus experiencias vitales con otras personas, asimismo, sentirse comprendidos por otras personas que padecen la misma enfermedad. Con todo ello, se plantea el equilibrio tanto físico como emocional, la aceptación de las limitaciones de la funcionalidad y un activo afrontamiento.



5. Referencias bibliográficas

- Almendro, M.T., Clariana, S.M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y Río Martín, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de Asociación Española de Neuropsicología*, 31, 213-227.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I. y Aramburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124 -133.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher., A. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 10, 287-333.
- Burckhardt, C., Clark, S. y Bennett, R. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18, 728-833.
- Cano, F.J, Rodríguez., L., García, J. y Antuña, M.A. (2005). Utilización de en escalas de afrontamiento y parámetros sensoriales en dolor cónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 138-218.
- Carville, S.F., Arendt-Nielsen, L., Bliddal, H., Blotman, F., Branco, J.C., Buskila, D et al. (2008). EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis*, 67, 536-541.
- Casado, M. I, Moix, J. y Vidal, J. (2005). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*, 19, 379-392.
- Eccleston, C., Williams, A. y Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2.
- Esteve, J.J y Battle, J. (2006). Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Reumatología Clínica*, 2, 283-288.
- Estraviz, B., Quintana, J.M., Valdevieso, A., Bilbao, A., Ortiz de Urbina., J. y Sarabia, S. (2007). Propiedades psicométricas de un cuestionario específico de calidad de vida en trasplante hepático. *Revista Española de Enfermería*, 99, 13-18.

- García-Bardóna, V., Castel-Benala, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*, 2, 38-43.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131, 487- 492.
- Geiser, D.S. (1992). A comparison of acceptance focused and control psychological treatments in a chronic pain treatment center. *Unpublished Doctoral Dissertation*. University of Nevada-Reno.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. y Beckham, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavioral Therapy*, 21, 349-362.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D y Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. *Behaviour Therapy*, 35, 667-688.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *American Psychological Association*, 10, 144-156.
- Lakhan, S. y Schofield, K. (2013). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- Lamb, S.E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnovo, E., Wither, E., Nichols, V., Potter, R. y Underwood. (2010). Group cognitive behavioral treatment for low back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. Recuperado el 26 de febrero de 2010, desde <http://www.thelancet.com>
- McCracken, L., & Velleman, S. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148, 141-147.
- Merskey, H. y Bogduk, N. (1994). Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. En *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. Seattle, WA: IASP press.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Fibromialgia

- Moix, J. y Casado, M.I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22, 41-50.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*. 31, 507-613.
- Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Pedrajas, J. M. y Molino, A. M. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19, 277-294.
- Perpiñá, J., Richart, M. y Cabañero, M.J., (2010). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. *Archivos de Bronconeumología*, 47, 184-189.
- Recuperado el 26 de febrero de 2011, desde
http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fi_bromialgia.pdf
- Rodríguez J. y García J. (1988). Aplicaciones de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de dolor crónico. En D. Macía y F.X. Méndez (Ed.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta* (pp. 309-338). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, L., Cano, F.J. y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Española de Psiquiatría*, 32, 82-91.
- Rossy, L.A., Buckelew, S.P., Dorr, N., Hagglund, K.J., Thayer, J.F., McIntosh, M.J., Hewett, J.E. (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*, 21, 180-191.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico / Assessment, coping and emotion in patients with chronic pain. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. y Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385- 397
- Vallejo, M.A. y Comeche, M. (1994). *Evaluación y tratamiento del dolor crónico*. Madrid. Fundación Universidad Empresa.

Veehof, M., Maarten-Jan Oskam, M., Schreurs, K., Ernst, T. y Bohlmeijer, E. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.

Wells-Federman, C., Arnstein, P. y Caudill-Slosberg, M. (2003). Comparing patients with fibromyalgia and chronic low back pain participating in an outpatient cognitive-behavioral treatment program. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11, 5-12.

Werle, E., Fischer, H.P., Muller, A., Fiehn, W. y Eich., W. (2001). Antibodies against serotonin have no diagnostic relevance in patients with fibromyalgia syndrome. *Clinic Rheumatology Review*, 40, 290-296.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Rusell, J. y Herbert. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia syndrome in the general population. *Arthritis Rheum*, 38, 19-28.



6. Anexos

Anexo A. Detalle del programa de intervención

Sesiones de intervención individual

Sesión 1

Esta sesión consistirá en realizar una primera evaluación, observar si se cumplen los criterios para el diagnóstico, para ello se empleará una entrevista diagnóstica estructurada (véase Anexo B). Se le explicará al paciente en qué consiste la intervención, y cómo va a funcionar el tratamiento psicológico, se expondrá la posibilidad de continuar con la intervención individualizada teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente. Se dispondrá al pase del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) para conocer la sintomatología de dolor. Tras haber expuesto toda la información, se resolverán las dudas y preguntas que hayan podido surgir durante la sesión. Posteriormente, para comprometer al paciente con el programa de intervención se leerá y firmará en consulta un contrato psicológico (véase Anexo C).

Sesión 2

Esta segunda sesión se centrará en conocer más a fondo la sintomatología del sujeto, al mismo tiempo se realizará un análisis funcional de las conductas problema y las situaciones de riesgo, se administrará la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD). A través de habilidades y técnicas específicas se dispondrá a la detección de posibles conductas problema, como tarea para casa realizar un autorregistro de observación.

Sesiones de intervención grupal

Sesión 1

Esta primera sesión consiste en proporcionar información tanto escrita como visual a los pacientes de cómo será el proceso y el desarrollo de las sesiones de terapia grupal, comprendan el tratamiento y acepten un compromiso con la intervención. Tras haber expuesto todo ello, se firmará el compromiso de confidencialidad y se proporcionará biblioterapia para casa.

Sesiones 2-3

En esta segunda sesión se destinará por un lado a la relajación, se les proporcionará a cada uno de los pacientes una esterilla y se les indicará que se tumben sobre ella en la posición más cómoda para ellos, asimismo se les guiará mediante pautas todos los pasos que han de seguir para realizar la respiración profunda, tras haberse relajado se les irá indicando con autoinstrucciones para llegar a la relajación visualizada. Posteriormente, se continuará la sesión con las técnicas de distracción. Por último, como tarea para casa, la práctica de estos ejercicios.

Sesiones 4-5

En estas sesiones se busca trabajar los pensamientos y las cogniciones a través de la técnica de Reestructuración Cognitiva. Además, se aplicará la “Escala de Catastrofización al Dolor” (PCS), como tarea para casa, realizar un Autorregistro ABC (véase Anexo D > Autorregistro de pensamientos automáticos).

Sesión 6

Esta sesión se basa en la planificación de actividades agradables, conocer las actividades que realizan los pacientes y cuáles no, con el fin de planificar nuevas actividades para ellos (véase Anexo D > Autorregistro de actividades agradables y autorregistro de organización de actividades).

Sesión 7

Posteriormente, se les enseñará toda una serie de técnicas en resolución de problemas interpersonales, todo ello para comprender las emociones que generan las conductas de dolor, identificar en qué clase de situaciones determinadas el dolor llega a extrapolarse afectando a diversas áreas de la vida cotidiana, para conocer mejor

como cada paciente maneja la situación de dolor se aplicará el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ).

Sesiones 8

En esta sesión se va a dedicar a la asertividad, mediante el entrenamiento en habilidades sociales se trabajará este concepto, asimismo, para conocer el nivel de asertividad de los pacientes se aplicará un Cuestionario de Asertividad.

Sesiones 9-10

En esta sesión se busca que a través de la técnica de Mindfulness o conciencia plena, los pacientes se centren en cada pensamiento, sensación y emoción que vayan experimentando, simplemente sentir sin juzgar y de ese modo aceptar los pensamientos y sensaciones. Como tarea para casa se propone realizar los ejercicios anteriores de Mindfulness junto con otros que les indicamos.

Sesión 11,12 y 13

Con estas sesiones se pretende que el paciente centre la atención en el momento presente, en cada sensación y pensamiento, sin juzgarlos, con ello se busca que los pacientes manejen el dolor y al mismo lo acepten, todo ello se realizará con la Terapia de Aceptación y Compromiso. Posteriormente, se aplicará el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico. (CPAQ).

Sesión 14

En esta última sesión se proporcionará información y se explicarán unas pautas de ayuda en la prevención de recaídas, a través de técnicas de afrontamiento y reestructuración cognitiva. Por último, se indica que se continuará el programa a través de un seguimiento dentro de seis meses.

Anexo B. Entrevista estructurada para el diagnóstico de la fibromialgia

Nombre:

Edad:

Sexo:

1. ¿Practica algún deporte?

(1) Sí. Indique el tipo de deporte o actividad que realiza, el número de veces por semana y el tiempo que dedica.

(0) No

2. Duración de la enfermedad: _____ años.

3. Intensidad del dolor: (1) Leve (no dificulta ni prohíbe actividades diarias).

(2) Moderada (dificulta pero no prohíbe).

(3) Severa (prohíbe).

4. ¿Tiene algún familiar diagnosticado de Fibromialgia?

(1) Sí. Indique quién.

(0) No

6. ¿Tiene antecedentes familiares de hipercolesterolemia?

(1) Sí. Indique quién.

(0) No

7. Comorbilidad. (Otras enfermedades asociadas).

8. Medicación.

(0) No.

(1) Sí. Especifique que tipo de medicación.

Anexo C. Consentimiento informado

Nombre y apellidos:

D.N.I:

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. El tratamiento se llevara a cabo con una periodicidad semanal. Las consultas tienen una duración promedio de cuarenta y cinco minutos en la terapia individual, y de tres horas en el caso de la modalidad grupal, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración del tratamiento será de aproximadamente tres meses. Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podrá disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.

Lugar.....

Fecha...../...../.....

Firma del Paciente

Nº de Colegiado y Firma del Profesional

Anexo D. Tareas para casa

Autorregistro de conductas problema

Fecha y hora	
Lugar en el que se da la conducta problema	
Personas presentes	
Intensidad de la conducta problema (0-10)	
Duración de la conducta problema	
Qué estaba haciendo cuando apareció la conducta	
Qué pensó (antes, durante y después de la conducta)	
Qué sintió (antes, durante y después de la conducta)	
Qué consecuencias tuvo la conducta problema	

Autorregistro de pensamientos automáticos

Fecha y hora	Situación Describe: 1. Lo que ha pasado. 2. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginando	Pensamiento automático 1. Escriba qué pensamientos ha tenido. 2. Valore cuánto ha considerado veraz en cada uno de ellos (0-10).	Emoción/es 1. Especifique que ha sentido (ansiedad, tristeza...) 2. Valore la intensidad (0-10).	Conducta Especifique: 1. ¿Qué es lo que hace? 2. Cuánto dura su conducta. 3. Qué consecuencias tiene su comportamiento o posteriormente.

Autorregistro de actividades agradables

Anote con una X que tipo de actividades realiza, asimismo con qué frecuencia realiza cada una de ellas. En aquellas actividades que no marque con una X, proporcione una argumentación de porque no las realiza.

Actividades	Con qué frecuencia	¿Por qué no realiza la actividad?
Caminar		
Nadar		
Practicar Yoga		
Pilates		

Autorregistro de organización de nuevas actividades

Anote en la columna de “Antiguas actividades” aquellas actividades que antes realizaba y que a día de hoy le gustaría de nuevo retomar, y en la columna de “Nuevas actividades”, propuestas de nuevas actividades que les gustaría llevar a cabo.

Antiguas actividades	Nuevas actividades

